



Luis Merardo Tovar Altuna
Abogado
Especialista en Derecho Médico
Especialista en Derecho Laboral
Especialista en Democracia y Régimen Electoral

Doctor
JOSÉ JULIÁN SUAVITA CORDERO
Juez
Juzgado Tercero Administrativo de Arauca
E. S. D.

Doctora
MARIA ELIZABETH MOGOLLON MENDEZ
Secretaria General
TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE ARAUCA
E. S. D.

Ref.: **Rad. No. 81-001-33-31-001-2016-00138-00.**
Recurso de Apelación.

INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS A CARGO DEL ESTADO POR FALLA EN EL SERVICIO POR PARTE DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

Demandantes: **NAZARIO RINCÓN GUTIERREZ**
GRACIELA CALDERON ORTÍZ
LUCY YADEIMA RINCÓN CALDERÓN
NESTOR NAZARIO RINCÓN CALDERON
JANETH RINCÓN CALDERON
MYRIAN RINCÓN CALDERON
NELSON RINCÓN CALDERON

Demandados: **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E. y SALUDCOOP E.P.S.** en liquidación.

En mi condición de apoderado judicial de la parte demandante en el proceso de la referencia a usted con todo respeto le manifiesto que **PRESENTO Y SUSTENTO EL RECURSO DE APELACIÓN**, oportunamente interpuesto contra la Sentencia de Primera Instancia de fecha 11 de enero de 2024 y notificada por correo electrónico el día 15 de enero del año en curso, en la cual se **RESOLVIÓ**:

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda interpuesta por los demandantes, en contra del Hospital del Sarare y Saludcoop EPS, conforme lo explicado en la parte motiva.

SEGUNDO: EXONERAR de condena en costas a la parte vencida por lo expuesto en la parte motiva de la presente providencia.

TERCERO: NOTIFICAR la presente sentencia, conforme lo consagra el artículo 203 del CPACA.



CUARTO: Una vez ejecutoriada la presente sentencia, ARCHIVAR el expediente y previamente **DEVOLVER** a la parte demandante, el remanente de los gastos del proceso, si a ello hubiere lugar.

QUINTO: ORDENAR a Secretaría efectuar los registros pertinentes en SAMAI.

DE LAS RAZONES DE LA IMPUGNACIÓN:

El recurso interpuesto se fundamenta en los siguientes aspectos:

Se acreditó a lo largo del proceso que el Señor **NAZARIO RINCÓN GUTIERREZ** y su núcleo familiar no estaban en la capacidad física y psicológica para soportar los daños antijurídicos como consecuencia de la tardía atención prestada, pues fue **negligente, atención médica tardía, error en el tratamiento, imprudente y violo los protocolos médicos** establecidos por cualquier I.P.S. que aplique sus guías médicas en dolor abdominal, resultado dado por daño antijurídico, se determina completamente con los hechos expuestos y demostrados a lo largo del proceso, para que prestara los servicios de salud a nombre del Estado Colombiano, daños que no estaban obligados a soportar, por cuanto como vemos la patología clínica que el Señor **Rincón** presentaba requería brindársele en forma oportuna, eficaz y eficiente. Como se demostró a lo largo del proceso, el Hospital del Sarare no prestó adecuadamente los servicios de salud, incumpliendo en especial lo determinado en el Decreto 1011 de 2006 artículo 3, como los requería por el Señor **NAZARIO RINCÓN GUTIERREZ**, con su actuación propicio que la trombosis progresara hasta obtener el resultado que todos conocemos como lo fue la amputación de su pierna derecha, con las consecuentes hospitalizaciones prolongadas de varios días, inclusive meses.

Igualmente, está demostrando que la **E.P.S. SALUDCOOP** hoy **SALUDCOOP en Liquidación** fue negligente y violó todos los derechos de los usuarios del sistema de salud al negar la remisión urgente que requería el Señor **RINCÓN GUTIERREZ** a una I.P.S. de Alta Complejidad, al punto de que fue por gestiones de los familiares que el paciente fue remitido al Hospital San Ignacio de la ciudad de Bogotá D.C. y como si fuera poco fueron estos últimos los que sufragaron el gasto del avión ambulancia, situación que no fue tenida en cuenta por parte del Ad – Quo, mucho menos se mencionó o analizó y que deberá ser tenida en cuenta en la segunda instancia.

Para el caso en concreto, se demostró que hubo un daño, que no es otro que la pérdida del miembro inferior derecho y en la salud del Señor **Nazario Rincón** quien tuvo que padecer la pérdida de su miembro inferior como resultado de la atención quirúrgica que necesitaba y que recibió tardíamente. En este punto, es importante tener en cuenta que el Juez de primera instancia no tuvo en cuenta el tiempo que duro mi poderdante principal en el hospital del **SARARE**, antes de ser remitido a una Institución hospitalaria de mayor complejidad, donde duró más de



5 días sin ser remitido, lo cual permitió el avance de su enfermedad y posterior amputación de su pierna.

A continuación, demostraré porque las demandadas son responsables de los daños causados a mis poderdantes, para lo cual trataré los siguientes puntos:

1. De las atenciones médicas brindadas por el Hospital del Sarare.
2. De las autorizaciones y actuaciones administrativas de la E.P.S. SALUDCOOP hoy en liquidación.
3. De las fallas médicos sanitarias en el caso en concreto, y
4. Del nexo causal.
5. Finalmente, de la sentencia sustitutiva de segunda instancia.

1. DE LAS ATENCIONES MÉDICAS BRINDADAS POR EL HOSPITAL DEL SARARE.

Es un hecho de la administración el desconocimiento o aplicación irregular de guías, protocolos y normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad, como parámetro de vigilancia y control de los riesgos de salud de los usuarios del sistema general de seguridad social en salud¹, a cargo del Estado, y en cabeza de los prestadores de servicios de salud I.P.S., en este caso I.P.S. pública, como actor directo sobre el usuario o administrado.

Se demostró que **NAZARIO RINCÓN GUTIERREZ** era un paciente con condiciones especiales y que el Hospital demandado no contaba con el talento humano ni biomédico para atender al paciente en cada una de las especialidades que requería, no se entiende como una I.P.S. pública, retuvo en sus instalaciones al paciente a sabiendas de que no podían prestarle los servicios médicos requeridos, simplemente se limitó a expedir ordenes médicas, pero no coordinaba con la E.P.S. los servicios que realmente necesitaba, dedicándose al manejo de una sola patología, lo cual permitió que la patología o ataque que tenía en su miembro inferior derecho avanzara al punto que después de 6 días a haber ingresado al Hospital del Sarare fuera remitido a otra I.P.S. donde finalmente le amputaron su pierna.

Se demostró a lo largo del proceso, que en el Hospital del Sarare existió demora en el diagnóstico de trombosis arterial a nivel de miembro inferior derecho, pues a pesar que desde el ingreso relataba el Actor principal un fuerte dolor a nivel de esta extremidad que no mejoraba con disminución de pulsos, perfusión distal y frialdad a este nivel, nada hicieron los galenos para tratar diagnosticar oportunamente, es más; según lo confesó el mismo testigo del hospital Dr. Etelivar Torres se concentraron en tratar las patologías de base y controlar el dolor con antibióticos y analgésicos maquillando el dolor, pero no profundizaron en el porqué del mismo.

¹ Ley 1122 de 2007, artículo 14. Decreto 1011 de 2006.



Se demostró, que con la no realización oportuna del eco doppler de miembro inferior derecho se privó al Actor de tener una oportunidad de salvar su extremidad inferior derecha, se incurrió en un error ya que esta decisión se llegó a la amputación del miembro. De acuerdo a lo plasmado en la historia clínica y lo confesado por el médico tratante el paciente con el pasar de los días y horas en la Unidad de Cuidos Intermedios continuó con aumento de frialdad y disminución de pulsos en su miembro inferior derecho y solo hasta el día 27 de abril de 2015 se le practicó el eco doppler de miembro inferior derecho, privándose así al paciente la oportunidad sanar y mantener su pierna. La sintomatología referida de dolor en miembro inferior derecho lleva a tener clínicamente un alto grado de sospecha de enfermedad arterial oclusiva en miembros inferiores, la cual es la más común en los pacientes diabéticos por los cambios que genera una neuropatía y daño de las paredes arteriales. A su vez, la diabetes mellitus y más si se encuentra descompensada aumenta el riesgo de requerir amputación de extremidad afectada y de sobreinfección a este nivel, riesgo que corrió el Hospital del Sarare de manera injustificada.

En efecto, quedó probado que, en atención a la complejidad de los síntomas padecidos por el Señor **NAZARIO RINCÓN GUTIERREZ** que la **E.S.E.** no contaba con el nivel de atención necesaria, la paciente debió ser trasladada a otra institución médica, así se desprende de la historia clínica que existe dentro del proceso.

2. DE LAS AUTORIZACIONES Y ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS DE LA E.P.S. SALUDCOOP HOY EN LIQUIDACIÓN.

Saludcoop no fue diligente ni oportuno para la autorización de los servicios de alta complejidad requeridos por el Señor **NAZARIO RINCÓN GUTIERREZ** durante el tiempo en que estuvo hospitalizado en el Hospital del Sarare, esto es; durante el periodo comprendido entre el 27 de abril de 2015 y el 01 de mayo del mismo año.

La demandada **SALUDCOOP E.P.S.** pretendió que se desconociera todo lo plasmado en la historia clínica del Señor **NAZARIO RINCÓN GUTIERREZ**, pero es la prueba reina y con ella se evidencia que el paciente requería un tratamiento médico diferencial, pues sus antecedentes médicos así lo ameritaban, sumado a ello; no hizo nada administrativamente para materializar la remisión y es aquí donde nace su responsabilidad, pues es la Ley 100 de 1993 la que asigna a las E.P.S. la función básica de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación de los servicios de salud a los afiliados, por lo que los daños sufridos por los usuarios con ocasión de la prestación o NO prestación del servicio de salud les son imputables a aquellas como suyos.

Frente a las obligaciones legales y reglamentarias del sistema de referencia y contrarreferencia en Colombia encontramos lo siguiente: Quedó probado que, en atención a la complejidad de los síntomas padecidos por el Señor **NAZARIO RINCÓN GUTIERREZ** y a que la E.S.E. Hospital del Sarare no contaba con el nivel de atención necesaria, el paciente debió ser remitido a otra institución médica, así se desprende de la historia clínica que obra dentro del proceso.



El marco normativo de la referencia y contrarreferencia de pacientes el Decreto 2757 de 1991 organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia para las entidades del subsector oficial señaladas en el artículo 5, numeral 1, literales a), b) y c) de la Ley 10 de 1990², y para las del subsector privado con las cuales tenga el Estado contrato celebrado para la prestación de servicios de salud o que participen en las formas asociativas dentro del proceso de integración funcional. Este Decreto define el régimen de referencia y contrarreferencia como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia. Además, en el párrafo segundo de artículo 2 establece:

“PARÁGRAFO 2º. Se entiende por referencia, el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud. Se entiende por Contrarreferencia, la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica”.

Ahora bien, el objetivo del régimen es facilitar la atención oportuna e integral de los usuarios, estableciendo para ello varias modalidades a saber:

“ARTICULO 4º. DE LAS MODALIDADES DE SOLICITUD DE SERVICIOS. Dentro del régimen de Referencia y Contrarreferencia se dan las siguientes modalidades de solicitud de servicios:

“1.- Remisión. Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.

2.- Interconsulta. En la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo (...)”.

² ARTICULO 5º. SECTOR SALUD. El sector salud está integrado por: 1. El subsector oficial, al cual pertenecen todas las entidades públicas que dirijan o presten servicios de salud, y específicamente: a) Las entidades descentralizadas directas o indirectas del orden nacional; b) Las entidades descentralizadas directas o indirectas del orden departamental, municipal, distrital o metropolitano o las asociaciones de municipios; c) Las dependencias directas de la Nación o de las entidades territoriales (...)



Adicionalmente, establece la obligación, por parte de las entidades públicas o privadas del sector salud, que hayan prestado la atención inicial de urgencias, garantizar la remisión adecuada de estos usuarios hacia la institución del grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención. Así, la entidad remitora será responsable del paciente hasta que ingrese a la institución receptora.

En el mismo sentido, la Resolución 5261 de 1994, estableció:

ARTICULO 2. DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO Y ACCESO A LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD. En todo caso los servicios de salud que se presten en cada municipio estarán sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud autorizadas para ello. Cuando las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios asistenciales que establezca cada E.P.S.

PARÁGRAFO. El acceso al servicio siempre será por el primer nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello, las que como mínimo deberán contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos. Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con él. Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria. Se exceptúan de esta norma las zonas donde se paga una U.P.C. diferencial mayor, en donde todos los gastos de transporte estarán a cargo de la E.P.S.”.

En relación con los CRUE o Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, de conformidad con lo establecido en el artículo 54 de la Ley 715 de 2001³, debe indicarse que se trata de unidades de carácter operativo no asistencial, responsables de coordinar y regular, en sus jurisdicciones, el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre, con los que se busca que en las entidades territoriales exista coordinación para la atención de emergencias o desastres, estandarización de procesos de referencia y contrarreferencia.

³ El servicio de salud a nivel territorial, deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta (...). La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud.



Asimismo, el Decreto 0412 de 1992, por el cual se reglamentan los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones, y el artículo 2 de la Ley 10 de 1990 establecen la obligación para todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud de prestar atención inicial de urgencia, independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio⁴.

En este orden de ideas, queda demostrada la responsabilidad de la **E.P.S. SALUDCOOP** al no autorizar ni remitir a **NAZARIO RINCÓN GUTIERREZ** a un centro de atención en salud de mayor complejidad, a sabiendas de que era un paciente que por sus condiciones mismas de salud requería un tratamiento médico especial. No se justifica bajo ninguna circunstancia que la E.P.S. no se haya pronunciado frente a la remisión médica, al punto tal de que fueron muchos días sin autorizarla, viéndose obligados los familiares de gestionar la I.P.S. de Alta complejidad para que fuera atendido e inclusive, pagar el avión ambulancia para su traslado.

3. DE LAS FALLAS MÉDICOS SANITARIAS EN EL CASO EN CONCRETO.

A continuación, procedo a dar una explicación científica de la **ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA** que padecía el señor Nazario Rincón:

EPIDEMIOLOGIA

La Enfermedad Arterial Periférica (EAP) afecta a un 15-20% de los sujetos mayores de 70 años si bien es probable que su prevalencia sea aún mayor si analizamos a los sujetos asintomáticos. La prueba diagnóstica realizada en mayor medida para analizar a la población asintomática es el índice tobillo-brazo (ITB). En sujetos sintomáticos, el ITB < 0,9 tiene una sensibilidad > 95% y una especificidad próxima al 100% en comparación con la arteriografía. Cuando se compara a enfermos con EAP con controles de igual edad, la incidencia de mortalidad cardiovascular es del 0,5% en controles y del 2,5% en los pacientes con EAP. Además, en los pacientes con enfermedad coronaria conocida, la presencia de EAP eleva el riesgo de muerte un 25% con respecto a los controles. Por todo esto es importante la búsqueda de la EAP incluso en pacientes asintomáticos, para controlar precozmente los factores de riesgo y reducir la mortalidad.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Los denominados factores de riesgo mayores son los que han sido determinados a partir de grandes estudios epidemiológicos y son concordantes con los factores de riesgo para enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica. Algunos estudios han confirmado que los factores de riesgo mayores (diabetes, hipertensión,

⁴ Artículo 2. DE LA OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DE LAS URGENCIAS. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2o. de la Ley 10 de 1990, todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio"



tabaquismo e hiperlipemia) están implicados en un 80-90% de las enfermedades cardiovasculares:

Sexo

La prevalencia de la EAP, tanto sintomática como asintomática, es mayor en varones que en mujeres, sobre todo en la población más joven, ya que en edades muy avanzadas prácticamente no se alcanzan diferencias entre ambos grupos. Además, la prevalencia en los varones es mayor en los grados de afectación más severa (isquemia crítica).

Edad

Es el principal marcador de riesgo de EAP. Se estima que la prevalencia de claudicación intermitente en el grupo de 60-65 años es del 35%. Sin embargo, en la población 10 años mayor (70-75 años), la prevalencia se incrementa hasta alcanzar un 70%.

Tabaco

Los fumadores más severos no sólo tienen un mayor riesgo de EAP, sino que presentan las formas más graves que ocasionan isquemia crítica. Por otra parte, la permeabilidad tanto de los injertos de derivación aortocoronaria venosos como de los protésicos se reduce en pacientes fumadores. La tasa de amputaciones y la mortalidad también son mayores en sujetos fumadores.

Diabetes

La diabetes es un factor de riesgo no sólo cualitativo, sino cuantitativo, ya que por cada aumento del 1% de la hemoglobina glucosilada se produce un incremento del 25% en el riesgo de EAP. La afectación de vasos distales de las extremidades es típica y, junto con la microangiopatía y la neuropatía, que implican una mala respuesta a la infección y un trastorno específico de la cicatrización, condicionan un riesgo de amputación hasta 10 veces superior al de los pacientes no diabéticos. Cabe destacar que en los pacientes diabéticos pueden obtenerse valores anormalmente altos de presión en el tobillo y, por tanto, falsos negativos en la valoración del ITB.

Hipertensión

Su importancia como factor de riesgo es inferior a la diabetes o el tabaquismo. No obstante, se considera que el riesgo de EAP es el doble en los pacientes hipertensos que en los controles.

Dislipemia

En el estudio de Framingham se comprobó que el cociente colesterol total/CHDL fue el mejor predictor de EAP. Se ha comprobado que el tratamiento de la hiperlipemia reduce la progresión de la EAP y el desarrollo de isquemia crítica.

Hiperhomocisteinemia

Las alteraciones en el metabolismo de la homocisteína constituyen un importante riesgo de arterosclerosis y, en especial, de EAP. Hasta un 30% de los pacientes



jóvenes con EAP presenta hiperhomocisteinemia. El mecanismo de acción podría ser doble: por una parte, promover la oxidación del cLDL y, por otra, inhibir la síntesis de óxido nítrico.

Marcadores inflamatorios

Los valores de proteína C reactiva (PCR) en los pacientes con EAP establecida se han mostrado como un marcador de riesgo de futuros eventos cardiovasculares. El riesgo de infarto de miocardio durante el seguimiento de los pacientes con EAP avanzada susceptibles de tratamiento quirúrgico parece estar condicionado por los valores elevados de PCR prequirúrgicos, con independencia de la presencia de los factores clásicamente considerados de riesgo cardiovascular o del antecedente clínico de cardiopatía isquémica.

Fisiopatología

Se entiende como insuficiencia arterial periférica al conjunto de cuadros sindrómicos, agudos o crónicos, generalmente derivados de la presencia de una enfermedad arterial oclusiva, que condiciona un insuficiente flujo sanguíneo a las extremidades. En la gran mayoría de las ocasiones, el proceso patológico subyacente es la enfermedad arteriosclerótica, y afecta preferentemente a la vascularización de las extremidades inferiores, por lo que nos referiremos a esta localización.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la isquemia de los miembros inferiores puede clasificarse en funcional y crítica. La isquemia funcional ocurre cuando el flujo sanguíneo es normal en reposo, pero insuficiente durante el ejercicio, manifestándose clínicamente como claudicación intermitente. La isquemia crítica se produce cuando la reducción del flujo sanguíneo ocasiona un déficit de perfusión en reposo y se define por la presencia de dolor en reposo o lesiones tróficas en la extremidad. En estas circunstancias, el diagnóstico preciso es fundamental, ya que hay un claro riesgo de pérdida de extremidad si no se restablece un flujo sanguíneo adecuado, mediante cirugía o tratamiento endovascular. Diferenciar ambos conceptos es importante para establecer la indicación terapéutica y el pronóstico de los pacientes con EAP.

El grado de afectación clínica dependerá de dos factores: la evolución cronológica del proceso (agudo o crónico) y la localización y la extensión de la enfermedad (afectación de uno o varios sectores).

Correlación fisiopatológica-evolución de la enfermedad

En la mayoría de las ocasiones, la evolución clínica de la EAP es bastante estable debido al desarrollo de circulación colateral, a la adaptación metabólica de las masas musculares implicadas y al uso, muchas veces inconsciente, de grupos musculares no isquémicos. Se estima que sólo un 25% de los pacientes con claudicación experimentará un empeoramiento y evolucionará hacia la isquemia crítica, lo que suele ocurrir con más frecuencia después del primer año de diagnóstico. Si se excluye a los pacientes diabéticos, aún es menos frecuente que la EAP condicione la pérdida de la extremidad.



Probablemente, uno de los aspectos más importantes en la valoración de los pacientes con EAP sea la identificación de los casos con un mayor riesgo de evolucionar a isquemia crítica y, por lo tanto, de perder la extremidad. En este sentido, es preciso remarcar que la presencia de varios factores de riesgo cardiovascular actúa de forma sinérgica, multiplicando el riesgo de pérdida de extremidad. Cuando se analizan de forma individual se ha podido comprobar que la diabetes mellitus multiplica por 4 el riesgo de isquemia crítica, el tabaquismo lo hace por 3 y un ITB < 0,5 lo incrementa en 2,5 veces. Por ello, es de la mayor importancia realizar un diagnóstico lo más precoz posible de la arteriopatía para iniciar una terapia de modificación de los factores de riesgo y, así, reducir el riesgo de progresión de la enfermedad.

CLINICA Y EXPLORACION BASICA

La sintomatología de los pacientes con insuficiencia arterial de las extremidades provocada por arteriopatía crónica se estratifica según la clasificación de Leriche-Fontaine (tabla 1). Esta clasificación agrupa a los pacientes que representan una insuficiencia arterial progresiva, en 4 estadios, y tiene valor pronóstico, por lo que es muy útil para la indicación de tratamiento.

Grado I	Asintomático. Detectable por índice tobillo-brazo < 0,9
Grado IIa	Claudicación intermitente no limitante para el modo de vida del paciente
Grado IIb	Claudicación intermitente limitante para el paciente
Grado III	Dolor o parestesias en reposo
Grado IV	Gangrena establecida. Lesiones tróficas
Grado III y/o IV	Isquemia crítica. Amenaza de pérdida de extremidad

Rev Esp Cardiol. 2007;60:969

El estadio I se caracteriza por la ausencia de síntomas. Incluye a los pacientes con enfermedad arterial, pero sin repercusión clínica. Esto no debe asociarse con el hecho de una evolución benigna de la enfermedad. Es evidente que los pacientes con una lesión arterial oclusiva extensa en los miembros inferiores, con un hábito sedentario o incapacitado por una enfermedad osteoarticular o neurológica, no presentarán clínica de insuficiencia arterial. En estas situaciones, los pacientes pueden pasar a presentar una isquemia crítica, desde un estadio asintomático.

El estadio II se caracteriza por la presencia de claudicación intermitente. A su vez se divide en dos grupos. El estadio IIa incluye a los pacientes con claudicación no invalidante o a distancias largas. El estadio IIb se refiere a los pacientes con claudicaciones corta o invalidante para las actividades habituales.

La claudicación intermitente típica de los pacientes con EAP se define como la aparición de dolor en masas musculares provocado por la deambulación y que cede inmediatamente tras cesar el ejercicio. Debe reseñarse que el dolor se presenta siempre en los mismos grupos musculares y tras recorrer una distancia similar, siempre que se mantenga la misma pendiente y velocidad de la marcha.

Una gran cantidad de pacientes refiere una sintomatología dolorosa en las extremidades en relación con la deambulación, pero no con la presencia de enfermedad arterial. *Muchos de ellos tienen enfermedad muscular, osteoarticular o*



neurológica, y en ocasiones alguna de ellas coexiste con una enfermedad arterial obstructiva. En estas situaciones es de la mayor importancia establecer un correcto diagnóstico diferencial, que inicialmente será clínico y con posterioridad se confirmará con estudios no invasivos. En este sentido, la clínica de estos pacientes suele referirse a dolores articulares, en relación con el ejercicio, pero también durante la movilización pasiva de la extremidad.

El estadio III constituye una fase de isquemia más avanzada y se caracteriza por presentar sintomatología en reposo. El síntoma predominante suele ser el dolor, aunque es frecuente que el paciente refiera parestesias e hipoestesia, habitualmente en el antepié y en los dedos del pie. Las parestesias en reposo pueden ser indistinguibles de las debidas a neuropatía diabética, si bien en este último caso suelen ser bilaterales, simétricas y con distribución «en calcetín». Una característica de este dolor es que mejora en reposo cuando el paciente coloca la extremidad en declive, por lo que muchos sacan la pierna de la cama o duermen en un sillón. Ésta es la causa de la aparición de edema distal en la extremidad debido al declive continuado. En el estadio III el paciente suele tener la extremidad fría y con un grado variable de palidez. Sin embargo, algunos pacientes con isquemia más intensa presentan una eritrosis del pie con el declive debido a vasodilatación cutánea extrema que se ha denominado *lobster foot*.

El estadio IV se caracteriza por la presencia de lesiones tróficas y es debido a la reducción crítica de la presión de perfusión distal, inadecuada para mantener el trofismo de los tejidos. Estas lesiones se localizan en las zonas más distales de la extremidad, habitualmente los dedos, aunque en ocasiones pueden presentarse en el maléolo o el talón. Suelen ser muy dolorosas, salvo en los pacientes diabéticos si hay una neuropatía asociada, y muy susceptibles a la infección.

La exploración básica del sistema arterial se basa en la valoración de la presencia de pulsos, que en la extremidad inferior incluirá la búsqueda en las arterias femoral, poplítea, pedia y tibial posterior. En caso de enfermedad oclusiva aortoiliaca, será evidente una disminución de todos los pulsos en la extremidad o una ausencia completa de éstos. En el caso de una enfermedad femoropoplítea, el pulso femoral estará presente, pero estará ausente en las arterias poplíteas y distales. La auscultación del abdomen identificará la presencia de soplos, que serán indicativos de enfermedad en la aorta o las arterias iliacas. La auscultación de la región inguinal puede poner de manifiesto la existencia de lesiones en la iliaca externa o la bifurcación femoral. También es importante la evaluación de la temperatura, la coloración y el trofismo del pie. En los pacientes con claudicación no suele apreciarse una disminución en la temperatura o el relleno capilar. Sin embargo, la disminución de la temperatura y la palidez, con o sin cianosis o eritrosis de declive, son habituales en los pacientes con isquemia crítica. Por último, no debe olvidarse la exploración clínica de los miembros superiores y la auscultación cervical por la gran prevalencia de lesiones carotídeas o de troncos supraaórticos, que en la mayoría de las ocasiones serán subclínicas.

Actitud diagnóstica ante el paciente con enfermedad arterial periférica.



Tras la evaluación inicial clínica y exploratoria, los pacientes con sospecha de presentar una enfermedad arterial oclusiva deben ser estudiados en un laboratorio de exploración vascular no invasiva. Esta evaluación permitirá cuantificar el grado de afectación funcional y la localización topográfica de las lesiones oclusivas. El estudio básico consiste en el registro de presiones segmentarias en la extremidad (muslo alto, muslo bajo, pantorrilla y tobillo) mediante un equipo Doppler que permite detectar flujos en las arterias maleolares (tibial anterior, tibial posterior y peronea). La comparación entre la presión sistólica obtenida en la arteria braquial con la obtenida en los diferentes segmentos de la extremidad inferior permite determinar la localización de la lesión y ofrece información sobre la intensidad de la afectación hemodinámica.

El registro de las ondas de volumen del pulso a lo largo de la extremidad mediante pletismografía es especialmente útil en pacientes en los que la calcificación arterial impide un registro fiable de las presiones sistólicas. El registro transmetatarsiano o digital aporta una importante información sobre el estado de la vascularización en esta zona, que difícilmente puede conseguirse con otros métodos.

Las técnicas de imagen están indicadas si se contempla una reparación quirúrgica o endovascular en el caso de identificarse una lesión apropiada. La situación clínica (claudicación corta o progresiva, dolor en reposo o lesiones tróficas) será el principal factor que se debe valorar para indicar una posible intervención. La angiografía sigue siendo la exploración de referencia, pero conlleva algunos riesgos, como las reacciones intensas al contraste yodado, la posibilidad de deterioro de la función renal y otras complicaciones locales, como disección, ateroembolia o problemas relacionados con el lugar de acceso (hemorragia, pseudoaneurisma o fístula arteriovenosa).

La eco-Doppler es una técnica menos costosa y más segura que, en manos expertas, puede ofrecer con buena fiabilidad las características anatómicas principales para realizar una revascularización. Sus principales limitaciones radican en que es excesivamente dependiente del explorador, en una baja fiabilidad en la valoración de los vasos infrapoplíteos y en el tiempo necesario para realizar una exploración completa.

Tanto la angiotomografía computarizada multicorte como la angiorresonancia se están utilizando cada vez con mayor frecuencia para el diagnóstico y el planteamiento quirúrgico. La angiorresonancia permite obtener de una forma segura imágenes tridimensionales de todo el abdomen, la pelvis y las extremidades inferiores en una única exploración. Su utilidad está limitada por la presencia de desfibriladores, implantes cocleares, endoprótesis intracerebrales, etc., así como en los pacientes con claustrofobia. La tomografía computarizada multicorte puede también ofrecer excelentes imágenes tridimensionales e informar sobre las características de la placa, y todo ello con una exploración muy rápida. Sin



embargo, se precisan dosis significativas de contraste yodado, puede afectarse por la presencia de calcio y el paciente es expuesto a radiación.

Tratamiento médico de la enfermedad arterial periférica

El tratamiento médico de los pacientes con arteriopatía periférica tiene un doble objetivo. Por un lado, mejorar la situación funcional de la extremidad, y por otro, prevenir los eventos secundarios a la distribución polifocal de la enfermedad. Es conocido que los pacientes con EAP sintomática tienen un pronóstico a largo plazo muy negativo, con un aumento de la mortalidad al cabo de 10 años 15 veces superior al de los pacientes sin EAP. Por ello, deben eliminarse los factores de riesgo como primera indicación terapéutica. En los pacientes fumadores, la deshabituación probablemente sea un factor más eficaz que cualquier tratamiento farmacológico para reducir la morbilidad y la mortalidad cardiovascular tardía. Además, se ha demostrado que la claudicación intermitente puede mejorar mediante la instauración de programas de ejercicio físico supervisado. Estos programas también tienen efecto en los índices de calidad de vida, los factores de riesgo, la función endotelial y los marcadores hemorreológicos.

Los fármacos empleados en la EAP pueden dirigirse al tratamiento específico de la claudicación, en un intento de conseguir un aumento en el perímetro de marcha, o a la prevención secundaria de eventos cardiovasculares, consiguiendo así un mejor pronóstico vital de estos pacientes.

Una vez expuesto todo lo anterior, se concluye que se presentaron las siguientes fallas en la prestación de los servicios de salud que requería el Actor principal y que fueron negados o prestados de manera ineficiente por parte de los demandados:

- A. El 28 de abril de 2015 es valorado por medicina interna quien ordenó continuar monitorización en Unidad Intermedios por riesgo de reagudización de choque hipovolémico, se continua en espera de una endoscopia para definir manejo. **Se suspende eco doppler de miembro inferior derecho debido a que se consideró que el dolor era secundario a posible nueva lesión de plasmocitoma.**
- B. El 29 de abril de 2015 continúa el Señor **NAZARIO** con frialdad en su miembro inferior derecho desde la región poplítea, pulso pedio débil con sospecha de arteriopatía oclusiva periférica **por lo que se solicita nuevamente eco doppler arterial de miembro inferior derecho.**
- C. Solo hasta el 29 de abril de 2015 a las 05:42 P.M., al paciente se le realizó eco doppler donde se encontró trombosis aguda femoro poplítea y tibial derecha sin flujo colateral en pierna y pie, médico internista de turno indicó que tenía contraindicación de coagulación plena por hemorragia de vías digestivas altas, choque hipovolémico y disminución de hemoglobina postransfusión, por lo que indica remisión a cirugía vascular en avión



ambulancia debido a diagnóstico y alto riesgo de nueva evolución a choque hipovolémico.

- D. El 30 de abril 2015 le persiste la frialdad y cianosis, con pulso pedio muy débil en miembro inferior derecho, se continua igual manejo, **pendiente remisión a cirugía vascular.**
- E. El 01 de mayo de 2015, ingresa al Hospital San Ignacio de la ciudad de Bogotá D.C. con diagnóstico de miembro inferior derecho con ausencia de pulso pedio, anestesia⁵ de pie, hipoestesia⁶ de pierna, pulsos tibial posterior y poplíteo débiles, pérdida de movilidad en pierna derecha. Valorado por medicina interna considera cuadro de hemorragia de vías digestivas altas con aparente remisión sin dolor abdominal, con ausencia de síntomas o signos que sugieran sangrado actualmente, consideran viable inicio de vía oral previa valoración por cirugía general/vascular ante eventual procedimiento quirúrgico.
- F. El 02 de mayo de 2015 el paciente presenta isquemia crítica de miembro inferior derecho nivel infrapatelar por lo cual se encuentra en manejo conjunto con cirugía vascular y ortopedia pendiente.
- G. El 03 de mayo de 2015, se anotó en su historia clínica: Paciente de 67 años de edad con múltiples comorbilidades con cuadro de obstrucción arterial en miembro inferior derecho, con pérdida de la sensibilidad y movilidad, **especialidades consideran miembro con isquemia sin beneficio de reperfusión por lo que se indica amputación**⁷.

4. DEL NEXO CAUSAL.

De igual manera, se demostró el nexo causal que surgió entre la falta de remisión oportuna del paciente, lo cual concadenó en la amputación de su pierna.

Para el caso en estudio, se tiene que es evidente que hubo un daño, que no es otro que deterioro en el cuerpo y en la salud del Señor **NAZARIO RINCÓN** quien tuvo que padecer unas complicaciones postoperatorias, por consiguiente angustia, zozobra y dificultad para llevar una vida normal, como consecuencia de la tardanza en la primera intervención quirúrgica que requería.

Se genera el nexo causal en el incumplimiento del contrato de hospitalización, consistentes en prestar los servicios de salud de acuerdo al nivel de la enfermedad y de acuerdo al estado avanzado de la misma, intervenir oportunamente al paciente, el cual puede determinar con claridad y eficiencia la enfermedad y el tratamiento a seguir para cada uno de los usuarios de los servicios de salud, perdiendo así la clara opción de mejorar las condiciones de salud del paciente.

⁵ Ausencia de sensibilidad.

⁶ Disminución de la sensibilidad.

⁷ Negrilla y subrayado fuera de texto original.



Ahora bien, en asuntos como el que ahora nos ocupa, debe estudiarse con fundamento en la teoría general según la cual en materia de responsabilidad medica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indicaría que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, como lo ha señalado la máxima colegiatura judicial que impone la prueba de la existencia del daño antijurídico, la falla del servicio y el nexo de causalidad entre esta y aquel, toda vez que en la demanda se imputan actos irresponsables, indolentes y negligentes en contra de la entidad demandada referida, por deficiente atención medica del paciente **Nazario Rincón**, quien ingresó por urgencias de dicha institución con síntomas de dolor abdominal el 27 de abril de 2015, donde duró más de 5 días sin ser atendido íntegramente.

Es así como evidencia que se hallan reunidos los elementos estructurales de la responsabilidad del Estado que justifiquen que el perjuicio alegado debe ser reparado por la demandada, teniendo de presente que la fuente de la responsabilidad patrimonial del Estado es el perjuicio causado es claramente antijurídico y atribuible al Estado ya sea por la omisión el Señor **Rincón** no tenía el deber jurídico de soportar el perjuicio, por lo cual este se reputa indemnizable.

Para el caso en estudio, se tiene demostrado que hubo un daño, que no es otro que deterioro en el cuerpo y en la salud del señor **NAZARIO** quien tuvo que padecer unas complicaciones como lo fue la amputación de su pierna.

En el caso en comento, está demostrado que la administración del Hospital San Vicente incumplió el contrato de hospitalización con las obligaciones que éste genera para una institución pública de salud generando con ello efecto jurídico de responsabilidad por falla en el servicio⁸. Es un hecho de la administración el desconocimiento o aplicación irregular de guías, protocolos y normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad, como parámetro de vigilancia y control de los riesgos de salud de los usuarios del sistema general de seguridad social en salud⁹, a cargo del Estado.

Daño antijurídico se determina completamente con los hechos expuestos la negligencia, y desconocimiento de normas, protocolos y guías por parte del personal médico asistencial tratante de la Empresa Prestadora de servicios de salud **I.P.S. HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.**, como causantes del daño antijurídico que el Señor **NAZARIO RINCON GUTIERREZ** y su familia no estaba obligada a soportar, por cuanto desde su ingreso se debió diagnosticar oportunamente la enfermedad arterial oclusiva, tardanza que llevo a la

⁸ Consejo de Estado, Bogotá, D.C., veintiocho de septiembre de dos mil. Consejero Ponente: Dr. Alier E. Hernández Enríquez, REF: Expediente No. 11.405, Actor: Juan Bautista Guerrero Ramírez Y Otros. Demandado: La Nación - Ministerio De Defensa - Policía Nacional Y Hospital Santo Domingo De Málaga.

⁹ Ley 1122 de 2007, artículo 14. Decreto 1011 de 2006.



amputación de la extremidad afectada, es la violación clara y expresa al contrato de hospitalización con su garantía de seguridad lo que genera el daño antijurídico que sufre mi mandante y su núcleo familiar.

El daño, considerado en sí mismo, es la lesión, la herida, la enfermedad, el dolor, la molestia y para nuestro caso en concreto la pérdida de la oportunidad o del chance. Como se comprueba con todo lo demostrado en el proceso, se generaron una serie de perjuicios materiales, psíquicos, morales, y perjuicios de vida en relación a Señor Rincón Gutiérrez y a su familia, por causa de la incapacidad misma sufrida posterior a hospitalización en la I.P.S. de carácter pública, como producto de la falla en el servicio asistencial que durante el periodo de hospitalización prolongado en donde no diagnóstico oportunamente, manejo, o trato adecuadamente el cuadro clínico que tenía mi mandante.

Insisto, los galenos del Hospital del Sarare sabían que el Señor **NAZARIO RINCÓN GUTIERREZ** era un paciente con múltiples enfermedades de base (sangrado digestivo, diabético insulino/dependiente, cáncer e hipertenso) y que como consecuencia de ello debían darle un trato especial, enviarlo en el menor tiempo posible a una I.P.S. de Alta complejidad, pero se limitaron única y exclusivamente a dar atenciones médicas de acuerdo a su capacidad, situación que es reprochable, ya que en el Hospital del Sarare no se podía hacer mucho, tal como lo confesó el Dr. Torres Vargas Testigo de la institución hospitalaria.

De otra parte, con la finalidad de demostrar aún más la responsabilidad solidaria y compartida de los aquí demandados, encontramos que el Hospital del Sarare a las 72 horas aproximadamente de ser internado el paciente fue estabilizado, es decir; dentro de los 3 primeros días. Con ello se demuestra que una vez estabilizado el paciente estaba acto para que fuera trasladado a otro hospital, pero el Hospital del Sarare se limitó a decirles al paciente y a sus familiares que ello era responsabilidad de la E.P.S. y la E.P.S. siempre guardó silencio.

Finalmente, el daño antijurídico se determina completamente con los hechos expuestos como lo son la negligencia y desconocimiento de normas, protocolos y guías por parte del personal médico asistencial tratante de la Empresa Prestadora de servicios de salud **I.P.S. HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.**, como causantes del daño antijurídico que el Señor **NAZARIO RINCON GUTIERREZ** y su familia no estaba obligada a soportar, por cuanto desde su ingreso se debió diagnosticar oportunamente la enfermedad arterial oclusiva, tardanza que llevó a la amputación de la extremidad afectada, es la violación clara y expresa al contrato de hospitalización con su garantía de seguridad lo que genera el daño antijurídico que sufre mi mandante y su núcleo familiar.

Se demostró que el Actor principal sufrió la penosa amputación de su miembro inferior derecho por la falta de un diagnóstico oportuno frente a la trombosis arterial que presentaba y pudo ser detectada a tiempo, pues a pesar que desde el ingreso relataba dolor a nivel de esta extremidad que no mejoraba con disminución de pulsos, perfusión distal y frialdad a este nivel, los profesionales de



la salud que prestaban sus servicios a nombre del Hospital del Sarare, nada hicieron para detectarla, sufriendo las secuelas que le acompañarán por el resto de su existencia. Su esposa e hijos padecieron también la agonía de la espera y el dolor íntimo que produce el tener a un ser querido en el umbral de la muerte. Sumado a ello los gastos que sufragaron por el hecho de tener que trasladarse hasta la ciudad de Bogotá D.C. durante aproximadamente Un (1) mes.

5. DE LA SENTENCIA SUSTITUTIVA EN SEGUNDA INSTANCIA:

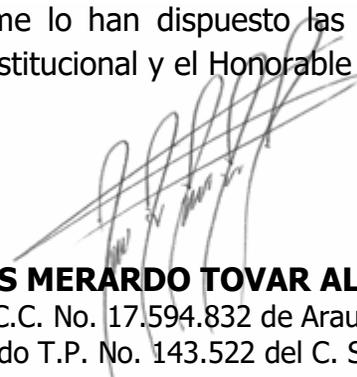
Con base en todo lo expuesto, comedidamente solicito al Honorable Tribunal Contencioso Administrativo de Arauca se sustituya en su totalidad el fallo proferido en primera instancia por el Juzgado Tercero Administrativo de Arauca proferido el 11 de enero de 2024 y notificada por correo electrónico el día 15 de enero del año en curso, para que se declare:

1. Solicito que mediante el trámite del establecido para el Medio de Control de **REPARACIÓN DIRECTA**, se declare que el **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.** Representante Legal Dr. **Cesar Humberto Londoño Salgado** o quien haga sus veces y **SALUDCOOP E.P.S.** en Liquidación a través de su representante legal o quien haga sus veces, son **CIVIL Y ADMINISTRATIVAMENTE RESPONSABLES** de todos los daños materiales e inmateriales causados a los Señores **NAZARIO RINCÓN GUTIERREZ**, domiciliado en Tame-Arauca, identificada con cedula de ciudadanía número 5.579.082, expedida en Barichara - Santander, obrando a nombre propio y en calidad de víctima directa, **GRACIELA CALDERON ORTÍZ**, identificado con cedula de ciudadanía No. 28.402.554, expedida en San Vicente de Chucuri - Santander, en calidad de cónyuge de la víctima directa, **LUCY YADEIMA RINCÓN CALDERÓN**, identificada con cedula de ciudadanía No. 37.864.791, expedida en Bucaramanga - Santander, en calidad de hija de la víctima directa, **NESTOR NAZARIO RINCÓN CALDERON**, identificado con cedula de ciudadanía No. 96.191.439, expedida en Tame - Arauca, en calidad de hijo de la víctima directa, **JANETH RINCÓN CALDERON**, identificada con cedula de ciudadanía No. 68.302.295, expedida en Tame - Arauca, en calidad de hija de la víctima directa, **MYRIAN RINCÓN CALDERON**, identificada con cedula de ciudadanía No. 68.302.282, expedida en Tame - Arauca, en calidad de hija de la víctima directa y **NELSON RINCÓN CALDERON**, identificado con cedula de ciudadanía No. 96.186.708, expedida en Saravena - Arauca, en calidad de hijo de la víctima directa.
2. Que El **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.** Representante Legal Dr. **Cesar Humberto Londoño Salgado** o quien haga sus veces y **SALUDCOOP E.P.S.** en Liquidación, a través de su representante legal o quien haga sus veces, **CANCELEN** como consecuencia de la falla del servicio en la prestación del servicio médico-asistencial, por concepto de **DAÑOS MORALES** por el sufrimiento y dolor que le ha causado a los demandantes, por las siguientes sumas:
 - 2.1. **NAZARIO RINCÓN GUTIERREZ**, en calidad de víctima directa, la



- suma de Ochenta (80) Salarios Mínimo Mensual Legal Vigente.
- 2.2. **GRACIELA CALDERON ORTÍZ**, en calidad de cónyuge de la víctima directa, la suma de Sesenta (60) Salarios Mínimo Mensual Legal Vigente.
 - 2.3. **LUCY YADEIMA RINCÓN CALDERÓN** en calidad de hija de la víctima directa, la Sesenta (60) Salarios Mínimo Mensual Legal Vigente.
 - 2.4. **NESTOR NAZARIO RINCÓN CALDERON**, en calidad de hijo de la víctima directa, la Sesenta (60) Salarios Mínimo Mensual Legal Vigente.
 - 2.5. **JANETH RINCÓN CALDERON**, en calidad de hija de la víctima directa, la Sesenta (60) Salarios Mínimo Mensual Legal Vigente.
 - 2.6. **MYRIAN RINCÓN CALDERON**, en calidad de hija de la víctima directa, la Sesenta (60) Salarios Mínimo Mensual Legal Vigente.
 - 2.7. **NELSON RINCÓN CALDERON**, en calidad de hijo de la víctima directa, la Sesenta (60) Salarios Mínimo Mensual Legal Vigente.
3. Que El **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.** Representante Legal Dr. **Cesar Humberto Londoño Salgado** o quien haga sus veces y **SALUDCOOP E.P.S.** en Liquidación, a través de su representante legal o quien haga sus veces, **CANCELEN** el pago de indemnización por **DAÑO EN LA VIDA DE RELACIÓN** ocasionado al Señor **NAZARIO RINCÓN GUTIERREZ**, en calidad de victima directa, lo cual estimo en la suma de **CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$ 50.000.000.00) M/te.**
 4. Que como consecuencia de la declaración de la responsabilidad del **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.** y de **SALUDCOOP E.P.S.** en Liquidación, se les ordene **CANCELAR** por concepto de **DAÑO EMERGENTE** la suma de **SIETE MILLONES DOSCIENTOS PESOS (\$7.200.000.00.00) M/TE.**
 5. Que el **HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E. DE ARAUCA**, proceda a cancelar a mi mandante los intereses causados conforme al artículo 192 del C.P.A.C.A.
 6. El **HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E.** de Arauca, dará cumplimiento a la Sentencia en los términos del artículo 192 del C.P.AC.A.
 7. Que se condene en costas y agencias en derecho a las entidades demandadas conforme lo han dispuesto las últimas jurisprudencias de la Honorable Corte Constitucional y el Honorable Consejo de Estado.

Atentamente;


LUIS MERARDO TOVAR ALTUNA
C.C. No. 17.594.832 de Arauca.
Abogado T.P. No. 143.522 del C. S. de la J.