

Doctora:
LIDA YANNETTE MANRIQUE ALONSO
Magistrada
Tribunal Administrativo de Arauca

RADICADO: 81-001-33-31-001-2016-00138-01
MEDIO DE CONTROL: REPARACION DIRECTA
DEMANDANTE: NAZARIO RINCON GUTIERREZ Y OTROS
DEMANDADO: HOSPITAL DEL SARARE E.S.E. Y OTROS

MONICA CAROLINA MORENO MAURNO, Mayor de edad, domiciliada y residente en esta ciudad, abogada en ejercicio, identificada civil y profesionalmente como aparece al pie de mi correspondiente firma, obrando en representación del **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.**, por medio del presente escrito me permito pronunciarme sobre el recurso de apelación impetrado por la parte demandante contra la sentencia de fecha 11 de enero de 2024:

El honorable Consejo de Estado "en reiterada jurisprudencia se ha sostenido que tratándose de la responsabilidad del Estado por la prestación de servicios de salud¹, el demandante deberá probar la concurrencia de *"tres elementos fundamentales: 1) el daño antijurídico sufrido (...), 2) la falla del servicio propiamente dicha, que consiste en el deficiente funcionamiento del servicio, porque no funcionó cuando ha debido hacerlo, o lo hizo de manera tardía o equivocada, y finalmente, 3) una relación de causalidad entre estos dos elementos, es decir, la comprobación de que el daño se produjo como consecuencia de la falla del servicio²".*" De acuerdo a lo anterior y teniendo en cuenta que en el presente proceso, en ejercicio del medio de control de reparación directa, el apoderado de los demandantes presentó demanda, con el

¹ Al respecto, se puede consultar, entre otras, las sentencias de 31 de agosto 31 de 2006, expediente 15772, C.P. Ruth Stella Correa; sentencia de 3 de octubre de 2007, expediente 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; sentencia de 28 de febrero de 2011, expediente 18515, C.P. Stella Conto Díaz del Castillo; y la sentencia de 28 de abril de 2011, expediente 20027, C.P. Danilo Rojas Betancourth.

² Sentencia de 11 de mayo de 2006, expediente 14400, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

fin de que se declarara civil y administrativamente responsable al Hospital del Sarare E.S.E. y SALUCOOP E.P.S., de todos los daños materiales e inmateriales causados a los demandantes con ocasión de la amputación de la extremidad inferior del señor NAZARIO RINCON GUTIERREZ.

Al señalar el demandante la ocurrencia de una falla en la prestación del servicio, este se encontraba en la obligación de probar que la actuación u omisión del hospital, fue la causa eficiente que conllevó a que se configurara los hechos que sustentan la presente demanda, por lo cual era deber del demandante cumplir con dicha carga probatoria, en razón a que la falla del servicio médico no se presume.

Sobre el particular el Consejo de Estado se pronunció sobre la carga de la prueba en responsabilidad médica y la certeza del daño, precisando:

“Según la posición jurisprudencial que ha manejado la Corporación, los casos de falla médica son revisados actualmente bajo el régimen de la falla probada del servicio, en el cual no solo debe demostrarse la existencia de un daño, sino también su imputabilidad a la entidad que se demanda.

Sobre la prueba del daño tenemos que el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, ha sido enfático en afirmar *"Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen..."*, no es suficiente que en la demanda se hagan afirmaciones sobre la existencia del daño, porque *"el demandante no puede limitarse, si quiere sacar adelante su pretensión, a hacer afirmaciones sin respaldo probatorio"*³.

(...)

Sobre el particular, la Sala ha expresado que:

"De manera más reciente se precisó que la exigencia de "un grado suficiente de probabilidad", no implicaba la exoneración del deber de demostrar la existencia

³ Consejo de Estado; Sección Tercera, Sentencia del 1 de febrero de 2012, Exp. 21466; C.P. Enrique Gil Botero.

del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que hiciera posible imputar a la entidad que prestara el servicio, sino que esta era una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal podía ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios⁴.

Vale señalar que en materia de responsabilidad estatal, el asunto no puede ser resuelto con la sola constatación de la intervención causal de la actuación médica, sino que esa actuación debe ser constitutiva de una falla del servicio y ser ésta su causa eficiente. Esa afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, sino que se requiere que dicho daño sea imputable a la Administración, y no lo será cuando su intervención aunque vinculada causalmente al daño no fue la causa eficiente del mismo sino

⁴ Ver, por ejemplo, sentencias de 14 de julio de 2005, exps: 15.276 y 15.332.

que éste constituyó un efecto⁵ no previsible o evitable, de la misma enfermedad que sufría el paciente⁶.⁷

⁵ Consejo de Estado; Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto de 2006, Exp. 15772; C.P. Ruth Stella Correa.

⁶ En este sentido, ver por ejemplo, el caso referido por Fernando Pantaleón “Responsabilidad Médica y Responsabilidad de la Administración”. Madrid, Editorial Civitas S.A., 1995, 91 p., quien criticó la sentencia proferida por el Tribunal Supremo el 14 de junio de 1991, cuyos supuestos de hecho y fundamentos de la decisión relacionó así: “doña María Teresa F.C. ingresó en una Residencia Sanitaria de la Seguridad Social presentando aneurismas gigantes en ambas carótidas. El cirujano que la intervino optó por reducir primero el aneurisma del lado derecho, y al no ser posible obliterar su cuello, con un clip de Hefetz, se decidió por ocluir la carótida proximal al aneurisma con el mismo clip. Unos días después, la paciente sufrió una hemiparasia braquiofacial izquierda, que le ha dejado graves secuelas. La falta de riego sanguíneo al cerebro que la produjo –al no suministrar la otra carótida, contra lo sensatamente previsible, un mayor flujo de sangre- fue precipitada por una estenosis en la carótida izquierda, probablemente relacionada con una inyección sub-intimal necesaria para la práctica de las angiografías previas a la intervención; por lo que, aunque la actuación del cirujano fue irreprochable desde el punto de vista de la *lex artis* (pues *ex ante* no había motivo para pensar que los riesgos para la paciente eran mayores por ocuparse primero del aneurisma del lado derecho), *a posteriori* podía afirmarse que hubiera sido mejor opción resolver en primer lugar el aneurisma de la carótida izquierda”. Se consideró en dicho fallo que si bien el médico responsable no había obrado de manera culpable, su actuación sí tenía incidencia causal en la producción del daño y que, por lo tanto, se estaba en presencia de un supuesto de responsabilidad patrimonial de carácter objetivo, por lo que había lugar a concederle una indemnización, excluyendo de la misma resultados lesivos inherentes a la gravísima situación clínica en la que se encontraba la paciente al momento de su ingreso y sus complicaciones posteriores. Sentencia que el autor juzgó irrazonable, en el marco de la responsabilidad que se predica en España, a partir de la verificación de que la víctima sufrió un daño que no estaba en el deber jurídico de soportar y en el que intervino causalmente la Administración, sin incurrir en falla alguna del servicio, ni tratarse de “daños cuasiexpropiatorios o de sacrificio”, esto es, los que aparezcan como consecuencia directa de actuaciones administrativas lícitas. Críticas que bien podrían tener su aplicación en la responsabilidad patrimonial que establece el artículo 90 de la Constitución y que para algunos doctrinantes debería ser suficiente para deducir la responsabilidad.

⁷ Consejo de Estado, Sala de lo contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, Consejera ponente: OLGA MELIDA VALLE DE LA HOZ, Radicación número:

De acuerdo a lo anterior y atendiendo a que el apoderado de los demandantes en el hecho 26 de la demanda, precisó:

“El actor 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 esa 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 acompañaran por el resto de su existencia. (...)”,

Constituía una carga del demandante probar que el Hospital del Sarare E.S.E., incurrió en una falta de diagnóstico oportuno de la trombosis arterial que padecía el señor Nazario Rincón Gutiérrez, y que dicha situación fue la causa eficiente de la amputación de la extremidad. Lo cual, no quedo demostrado dentro del presente proceso, sino que por el contrario lo que se probó es que el señor Nazario presentaba un cuadro clínico bastante complejo a su ingreso al Hospital del Sarare E.S.E., lo cual impidió tratar la trombosis arterial que padecía. Lo anterior, se puede corroborar con el testimonio rendido por el doctor Etelivar Torres, quien se pronunció sobre el cuadro clínico que presentaba el paciente a su ingreso al centro hospitalario, señalando:

“ El señor Nazario Rincón Gutiérrez, cuando llega al servicio de urgencias, llega clínicamente en un estado de shock hipovolémico, shock hipovolémico en el contexto de una hemorragia de vías digestivas altas, referidas en el medico que lo atiende en primera instancia como melenas, es decir heces oscuras durante tres días previos, es decir había evidencia de tres días previos de sangrado digestivo alto, ese sangrado digestivo alto, lo llevo a un estado de shock hipovolémico, además el señor Nazario tenía un antecedente de un plasmocitoma en el 2014, creo que tenía el antecedente de plasmocitoma en el hombro derecho, es un tipo de tumor cáncer, que requirió una serie de quimioterapias

que no están relacionadas, de cuantos ciclos de quimioterapia, ni tampoco que tipo de quimioterapia, pero se puede documentar más adelante, un paciente previamente diabético no describe cuantos años de evolución llevaba de la diabetes mellitus, pero era un paciente insulino requiriente, necesitaba uso de insulina y además utilizaba antidiabéticos orales de manera combinada para poder mantener un estado metabólico compensado, además de esto era un paciente con una historia también de hipertensión arterial esencial y lo primero que se evidencia también en la exploración física al llegar es que era portador de una arteriopatía periférica de predominio derecho, ese es el estado general en primera instancia. Que ocurre como consecuencia de esa hemorragia de vías digestivas altas y ese estado de shock hipovolémico y ese estado también de alteración metabólica, el paciente hace una acidosis metabólica, que en algún momento se planteó la posibilidad de una acidosis láctica, esta es una complicación tanto de la diabetes, como también de la hemorragia de las vías digestivas altas, esto obviamente genera una serie de consecuencias, sobretodo hemodinámicas que son las que evidenciamos en este paciente, un paciente schokiado, significa que tiene tensiones arteriales por debajo de 80 con 40, Paciente que no revirtió su estado de shock, con la reposición de volumen que es una forma rápida de sacar a los pacientes del estado de shock, es la reposición de volumen, este paciente no respondió al volumen y hubo necesidad de aportarle entonces medicamentos vasopresores para ayudar a mantener cifras tensionales en unas medias aceptables (...)"⁸

(...)

"Un paciente evidentemente con cifras tensionales muy bajas que requería vasopresores"⁹

Adicional a ello, el testigo manifiesta:

"Ya había una cascada de complicaciones tanto metabólicas como hemodinámicas que eran realmente difícil de parar y difícil de controlar, que cascada, pues la cascada desarrollada a partir de esa acidosis metabólica que

⁸ Declaración rendida por el doctor Etelivar Torres Vargas del minuto 43:09 al 46:36.

⁹ Declaración rendida por el doctor Etelivar Torres Vargas del minuto 47:20 al 47:28.

hizo el paciente, que es una complicación aguda de los dos procesos tanto de sus diabetes como de la hemorragia de las vías digestivas altas.”¹⁰

“La glicemia es las concentraciones de azúcar en sangre, esa glicemia en el paciente, cuando llego estaba catalogada en jai, jai es glicemia por encima de 400 miligramos por decilitros, es decir una franca descompensación metabólica aguda”¹¹

(...)

“Evidentemente en un paciente que está sangrando está contraindicado el uso tanto de antiagregantes plaquetarios como es el caso de (...) salicílico, conocido comercialmente como aspirina y por supuesto aún más está contraindicado el uso de anticoagulantes que hay diferentes tipos” ¹²

(...)

“ La arteriopatía del señora Nazario evidentemente es una patología que él venía arrastrando desde muchos años, acelerada por su enfermedad de base, por su diabetes mellitus, recordemos que era un paciente relativamente joven de 66 años, quiere decir que al menos desde el inicio de la enfermedad de la diabetes, que no tengo el dato exacto de cuantos años llevaba cursando con la diabetes mellitus, pero desde el inicio de la diabetes mellitus en lo adelante podemos decir que ese proceso de mayor evolución o mayor crecimiento de esa arteriopatía, es decir que si la luz de la arteria estaba ocluida un 25% antes de adquirir la diabetes mellitus, a partir de la diabetes mellitus hasta el día en el que fue atendido ese crecimiento fue acelerado pudo haber crecido a un 75% o 80%, porque para haber manifestaciones clínicas tiene que haber una artereopatía superior al 75% de oclusión de la luz de la arteria, es decir que efectivamente fue un proceso crónico pero que fue críticamente agudizado en el contexto de ese shock

¹⁰ Declaración rendida por el doctor Etelivar Torres Vargas del minuto 48:53 al 49:23.

¹¹ Declaración rendida por el doctor Etelivar Torres Vargas del minuto 49:50 al 050:14.

¹² Declaración rendida por el doctor Etelivar Torres Vargas del minuto 50:44 al 051:05.

hipovolémico que tuvo el paciente por la hemorragia, ósea la hemorragia termino llevar ese estado de artereopatía a un estado crítico realmente”¹³.

(...)

“El actuar fundamental es preservar la vida del paciente, preservar la vida del paciente implicaba en primera instancia que se logró el objetivo, que era la estabilización hemodinámica, lograr que el paciente tuviera cifras tensionales estables que permitiera la perfusión de órganos vitales como corazón, cerebro, riñón, eso se logró, que el paciente a pesar de las primeras horas a pesar de estar utilizando vasopresores, horas después se hizo el retiro de los vasopresores, porque se lograron bajar tensiones arteriales, se logró la compensación metabólica del paciente que era el segundo objetivo clave en la atención, logramos que esas cifras de glicemia tan elevadas llegaran a un rango de normalidad y logramos a su vez que esa descompensación metabólica del paciente y ese trastorno del medio interno como fue la acidosis metabólica también logramos revertirla, una acidosis metabólica, no revertida tiene un desenlace fatal, entonces la premisa fundamental que era conservar la vida de paciente se cumplió y para poder preservar la extremidad se requiere de dos actuaciones, una actuación farmacológica que implicaba el uso de antiagregantes, de vaso dilatadores arteriales y el uso de anticoagulantes, lo cual estaba absolutamente contraindicado en este caso y la segunda actuación el uso de endarterectomía arterial que solamente se hace en un lugar donde haya cirugía vascular y nosotros no contamos con esa herramienta en la institución.”¹⁴

(...)

“La realización del eco doppler arterial, no cambia en absolutamente nada el desenlace o la evolución del caso, clínicamente ya estaba definido que el paciente era portador de una arteriopatía periférica, existía también el antecedente del plasmocitoma, sin embargo el realizar o no realizar el doppler no era realmente lo fundamental, ya clínicamente había claridad sobre el problema subyacente, aquí que era lo prioritario, lo prioritario vuelvo insisto era el control hemodinámico del paciente, el control metabólico del paciente, porque llevar un paciente la

¹³ Declaración rendida por el doctor Etelivar Torres Vargas del minuto 54:06 al 055:40.

¹⁴ Declaración rendida por el doctor Etelivar Torres Vargas del minuto 56:40 al 58:35.

realización de un eco doppler arterial implica un buen tiempo de realización del estudio, no es un estudio que se haga de manera muy rápida, que no solamente no se hace de manera muy rápida, sino que además cuando usted tiene un paciente , que esta con uso de vasopresores arteriales, pues nos induce también a error de diagnóstico por esa razón también para poderle hacer un eco doppler a un paciente tenemos que tener certeza de que el paciente no está bajo efecto vasopresora, porque se entenderá que lo que vamos a ver es el doppler, es el estudio del flujo en el vaso sanguíneo, si tenemos un vasopresor, ese vaso va a estar más ocluido para poder mantener presiones arteriales medias, entonces eso nos va a inducir por supuesto en un error.”¹⁵

(...)

“El traslado del se iba a dar en unas condiciones de mayor riesgo para el paciente, recordemos que es un paciente inestable hemodinámicamente y también inestable desde el punto de vista metabólico y un traslado por rápido que se haga se hace en un lapso de tres a cuatro horas, desde que sale del hospital hasta que llega al hospital receptor y un traslado de cuatro horas en un paciente hemodinámicamente estable, pues genera obviamente mucho más riesgo, por eso nunca a nosotros nos permiten trasladar a un paciente que esta hemodinámicamente inestable, esto nunca va a pasar, siempre que llega el personal médico del avión ambulancia a realizar el traslado lo primero que se verifica es el estado hemodinámico del paciente, si el paciente no está estable no se traslada.”¹⁶

De acuerdo a la declaración rendida por el testigo se puede concluir:

* El señor Nazario Rincón Gutiérrez ingreso al hospital del Sarare E.S.E., el día 26 de abril de 2015, con una hemorragia de vías digestivas altas, una diabetes descompensada y complicaciones tanto metabólicas como hemodinámicas , por lo que la vida del paciente se encontraba en riesgo, lo cual imponía de manera urgente, proceder a estabilizarlo.

¹⁵ Declaración rendida por el doctor Etelivar Torres Vargas del minuto 1:03:02 al 1:05:07.

¹⁶ Declaración rendida por el doctor Etelivar Torres Vargas del minuto 1: 15:20 al 1:16:12.

* El señor Nazario Rincón Gutiérrez, padecía de una arteriopatía producida desde hace varios años y acelerada por su enfermedad de base como es la diabetes, sin embargo dicho cuadro fue agudizado por el shock hipovolémico que sufrió con ocasión de la hemorragia digestiva que padeció.

* Con ocasión de la descompensación hemodinámica con la que ingreso el paciente al Hospital del Sarare E.S.E., se le debió suministrar medicamentos a efectos de que alcanzara unas cifras tensionales estables, por lo cual, no estaba indicado la realización del Doppler a su ingreso, atendiendo a que dicho examen podría arrojar unos resultado que no resultaban confiables, lo cual conllevó a que dicho estudio le fuera realizado posteriormente, una vez el paciente estuviera estable.

* El tratamiento pertinente para la trombosis arterial, que padecía el señor Nazario Rincón Gutiérrez, era el suministro de antiagregante y anticoagulantes, lo cual estaba contraindicado con ocasión de la hemorragia de vías digestivas que padecía. Adicional a ello, también se requería que se le practicara una endarterectomía arterial, la cual solo se realiza en una institución que cuente con cirugía vascular y el hospital del sarare E.S.E., no contaba con dicha especialidad. Por lo cual, resultaba imposible suministrarle el tratamiento adecuado para la trombosis arterial que padecía, atendiendo a que se colocaba en riesgo la vida del paciente.

* De acuerdo a lo anterior , era necesario proceder a trasladar al paciente a otra institución de mayor complejidad que contara con dicha especialidad, sin embargo dicho traslado no se ordenó de manera inmediata, atendiendo a que resultaba muy riesgoso para el paciente debido a la descompensación que padecía al momento del ingreso, por lo cual se debió esperar a que estuviera estable, para proceder a remitirlo, lo cual, solo se logró a las setenta y dos (72) horas de haber ingresado al Hospital del Sarare E.S.E.

De acuerdo al material probatorio que obra dentro del presente proceso, se puede concluir que el hospital del Sarare E.S.E., no incurrió en falla u negligencia en la atención brindada al paciente, referente a la trombosis arterial que padecía,

dado de que el tratamiento instaurado fue el pertinente para la patología padecida.

En cuanto al transporte del paciente, es oportuno precisar que de acuerdo a lo registrado en la historia clínica, al paciente se le remitió a valoración por cirugía vascular el día 29 de abril de 2015 a las 05:42 p.m.:

*** FECHA:** 29/04/2015

HORA: 05:42 P.M.

(...)

EXAMEN MEDICO GENERAL:

NORMOCEFALO, PINRAL, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL, NO INGURGITACION YUGULAR.

CP. RSCSRS NO SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS SIN SOBREGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, ABUNDANTE PANICO ADIPOSEO, DOLOR A LA PALPACION EN EPIGASTRIO, NO DEFENSA

GU: Sonda vesical a cistiflo con orina clara

EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR 2 SG SE PALPA FRIALDIA DE 1/3 DISTAL DE PIE DERECHO PULSOS PEDIO DISMINUIDO

NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTES

CONCLUSION:

ANALISIS CLINICO:

PTE CON DX ANOTADOS EN EL MOMENTO NORMOTENSO SIN REQUERIMIENTO DE VASOPRESOR EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO AUN EN DESCOMEPNACION METABOLICA POR HIPERGLICEMIA, SE RALIZA ECO DOPPLER DONDE EVIDENCIA TROMBOSIS AGUDA FEMORO – POPLITEA Y TIBIAL DERECHA SIN FLUJO COLATERAL EN PIERNA Y PIE. SE COMENTA CON MEDICO INTERNISTA DE TURNODR CASTILLO QUIEN INDICA PACIENTE PTE EN EL MOMENTO CONTRAINDICADO COAGULACION PLENA POR HVDA SHOCJ HIPOVOMEICO CON DISMINUCIOND EHB EN 2 DIAS POSTRASFUSION DE GRE 2GR/DL, POR EL CUAL SE INDICA REMISION A CX VASCULAR EN AVION AMBULANCIA DEBIDO A DX, Y ALTO RIESGO DE NUEVA EVOLUCION A SHOCK HIPOVOLEMICO.

(...)

PLAN DE TRATAMIENTO

(...)

REMISIÓN A CX VASCULAR, TRASLADO EN AVIÓN AMBULANCIA.

Y una vez se genera la remisión de un paciente hospitalizado es responsabilidad de la entidad responsable del pago, es decir de la EPS a la cual se encuentre afiliado, asegurar la prestación de los servicios requeridos de manera ininterrumpida, y en el caso en particular era obligación de SALUDCOOP EPS, empresa de salud en la cual se encontraba afiliado el señor NAZARIO RINCON GUTIERREZ , garantizarle el transporte y la consecución de una institución de salud que contara con el servicio que requería el paciente (Cirugía Vascular) . Por lo que si se llegó a presentar demora en la consecución de una entidad receptora que contara con la complejidad que requería o si el transporte no fue prestado de manera oportuna, estas gestiones no constituyen una obligación a cargo del hospital del sarare, debido a que su actuación se circunscribe únicamente a la generación de la respectiva remisión y a partir de allí es obligación de la Entidad prestadora de los servicios de salud garantizar la atención ininterrumpida, tal y como lo señala el artículo 17 de decreto 4747 de 2007, el cual establece:

"Proceso de referencia y contrarreferencia. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del

manejo y cuidado del paciente es del prestador remitidor hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.”

Por lo cual, no existe fundamento jurídico para pretender una condena en contra del Hospital del Sarare E.S.E., por la suma de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS MC/TE., atendiendo a que el transporte del señor Nazario Rincon Gutierrez, no estaba a cargo del Hospital del Sarare E.S.E.

De acuerdo a lo anterior y atendiendo a que se probó de que el Hospital del Sarare E.S.E., actuó conforme a la lex praxis, de manera respetuosa solicito a su señoría se confirme la sentencia de fecha 11 de enero de 2024 mediante la cual, se negaron las pretensiones de la demanda.

Atentamente:



MONICA CAROLINA MORENO MAURNO

C.C. 68'296.126 de Arauca

T.P. 125117 del C.S.J.

Correo electrónico: monicamor80@hotmail.com