Sentencia T-408/22

ACCIÓN DE TUTELA CONTRA PROVIDENCIAS JUDICIALES EN MEDIO DE CONTROL REPARACIÓN DIRECTA-Vulneración del debido proceso por defecto fáctico en la valoración probatoria

(…) en este caso se configuró un defecto fáctico porque en la providencia atacada se declaró probado un hecho que no emerge con claridad y suficiencia de los medios de prueba que reposan en el expediente; y se omitió la valoración de pruebas disponibles en el expediente

ACCION DE TUTELA CONTRA PROVIDENCIAS JUDICIALES-Requisitos generales y especiales de procedibilidad

CARACTERIZACION DEL DEFECTO FACTICO COMO CAUSAL ESPECIFICA DE PROCEDIBILIDAD DE LA ACCION DE TUTELA CONTRA PROVIDENCIAS JUDICIALES

DEFECTO FACTICO-Dimensión negativa y positiva

DEFECTO FACTICO POR VALORACION DEFECTUOSA DEL MATERIAL PROBATORIO/DEFECTO FACTICO-Configuración

Referencia: Expediente T- 8.736.903

Acción de tutela interpuesta por Juvenal, Fermina1 y otros2 contra el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca.

Magistrada sustanciadora:

CRISTINA PARDO SCHLESINGER

Bogotá D.C., dieciocho (18) de noviembre de dos mil veintidós (2022).

La Sala Séptima de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados Natalia Ángel Cabo, José Fernando Reyes Cuartas y Cristina Pardo Schlesinger, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241 numeral 9º de la Constitución Política,

ha proferido la siguiente:

SENTENCIA

Dentro del trámite de revisión de la providencia proferida en primera instancia por la Subsección A, Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, el 15 de diciembre de 2021, y de la sentencia de segunda instancia que fue emitida por la Subsección B, Sección Tercera de la misma autoridad judicial, el 7 de marzo de 2022, dentro de la acción de tutela instaurada por Juvenal, Fermina y otros contra el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca.

I. ANTECEDENTES

Hechos Relevantes

1. Simón, hijo de Juvenal y Fermina, nació el 27 de octubre de 2008. Vivía en La Acequia, área rural del municipio de Palmira (Valle del Cauca).3

1. Entre abril y diciembre de 2009, el niño fue atendido ocho (8) veces en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE (desde ahora, Hospital Raúl Orejuela), por los motivos y diagnósticos que se muestran en la siguiente tabla:

Fecha

Motivo de consulta

Diagnóstico

20/04/2009

Tos

Reflujo gastroesofágico

22/05/2009

Fiebre

Síndrome febril a estudio/Remisión al servicio de urgencias

7/06/2009

Reflujo gastroesofágico y fiebre

A establecer

1/10/2009

Fiebre y tos

Síndrome febril e infección respiratoria aguda. Remitido al Hospital Universitario del Valle.

22/11/2009

Fiebre, tos productiva, faringe congestiva, tos ruda, ruidos basales, frecuencia cardiaca 110, frecuencia respiratoria 22 por min, temperatura 39º, cefalea, faringe congestiva, corazón rítmico, pulmones finos ruidos basales, finas sibilancias, sistema digestivo normal, genitourinario.

Enfermedad respiratoria aguda

9/12/2009

Fiebre de 38.8º, tos constante, rinorrea, astenia general, vomito desde hace dos días

Faringoamigdalitis y bronquitis leve

22/12/2009

vomito

Reflujo gastroesofágico

23/12/2009

Cuadro febril 39.3º

Dengue interrogado

1. Por su parte, en la historia clínica del Hospital San Vicente de Paúl de Palmira, se consignó que Simón estuvo hospitalizado «en 4 oportunidades por neumonía».5

1. El 6 de julio de 2010, de acuerdo con la historia clínica transcrita del Hospital Raúl Orejuela,6 Simón fue llevado por su madre a consulta externa. Para esa fecha, Simón estaba afiliado a Caprecom ARS, en el régimen subsidiado.7

Seis (6) de julio de 2010

1. Simón fue atendido en el Centro de Salud del municipio de Rozo (Valle del Cauca), adscrito al Hospital Raúl Orejuela. En la historia clínica se registró:

«09:20 horas. Consulta externa

Enfermedad actual: paciente con cuadro de 18 horas de evolución consistente en astenia, fiebre de 38.5o, tos seca hace dos días y dos episodios de emésis.

Antecedentes personales: neumonía atípica».8

1. A las 12:10 pm, Simón ingresó a urgencias en el Hospital Raúl Orejuela en Palmira (Valle del Cauca). Allí fue atendido por la Dra. Isabel Cristina Montalvo, quien escribió en la historia clínica:

«Enfermedad actual: Paciente desde hace 3 días con alza térmica, tos húmeda, congestión nasal, emesis no diarrea, no otros síntomas.

Revisión por sistemas: fiebre

Antecedentes personales: bronconeumonías n. 4

Exámen físico: hidratado, no cianosis, no aleteo nasal.

Cardiopulmonar: cardiacos ruidos presentes, pulmones con crepitos, a algunos roncus, no tiraje.

(…)

Diagnóstico: 1. Síndrome febril

2. bronconeumonía

Observación: 1. Se solicitan laboratorios, cuadro hemático y parcial de orina ya solicitados. 2. Se solicita rayos x de tórax. 3. Acetaminofén con 6 centímetros cúbicos vía oral. 4. Medios físicos».9

1. De acuerdo con los resultados de rayos x de tórax, el Dr. Hurtado describió: «infiltrados mixtos hilares y para hilares, no consolidación de derrames, auscultaron roncus y movilización de secreciones, tiraje intercostal».10

1. A las 3:33 pm, se registró que el niño fue valorado por el Dr. Hurtado, quien «ordenó dejarlo hospitalizado con diagnóstico de bronconeumonía. Se inicia tratamiento con Dextrosa en agua destilada al 5%. Katrol y Natrol, acetaminofén, pendiente toma de cuadro hemático».11 Conforme a esta orden médica, entre las 4 y las 6 de la tarde, a Simón se le suministraron los siguientes medicamentos:

Hora

Medicamento

4:00 pm

Dextrosa en agua destilada al 5%. Katrol y Natrol

4:00 pm

Ampicilina de 1 gramo, se aplica 5.5 cc endovenosa

4:00 pm

Acetaminofén 5.5. c.c.

4:00 pm

4:50 pm

Micro nebulizaciones + terbutalina 6 gotas

5:50 pm

Micro nebulizaciones + terbutalina 6 gotas

1. Además de estos medicamentos y de la hospitalización en pediatría, el Dr. Hurtado ordenó: (i) monitorear saturación de oxígeno cada 6 horas, y «si es L 93% colocar oxigeno

por c Nasal»;12 (ii) avisar cambios; (ii) «CH de control en 12 horas»; y, realizar lavado nasal a necesidad.13

1. A las 6:30 pm, en las notas de enfermería se registró que el paciente pasó el resto de la tarde tranquilo. Media hora después, 7:00 pm, se escribió la siguiente nota de enfermería: «Recibo paciente en manos de la madre con vena canalizada permeable, recibiendo Katrol y Natrol. Paciente que se observa con tos, mal olor en la boca, se habla con la Dra. Burgos, quien la valora y ordena nuevos medicamentos».

1. Por su parte, la Dra. Burgos consignó en la historia clínica:

«Evolución: el paciente presenta febril con 38.8, refiere la mamá que el niño tiene mal aliento, se examina al paciente y se encuentra frecuencia cardiaca: 110 x minuto. Frecuencia respiratoria: 20, temperatura 38.8. Presenta amígdalas hipertróficas, recubiertas de membranas purulentas.

Cardiopulmonar: no ausculto, ni estertores ni sibilancias, no signos de dificultad respiratoria. Decido cambiar las órdenes médicas y dar manejo para faringoamigdalitis».

1. En la nota de enfermería de las 7:00 pm quedó escrito: «paciente que pasa el resto de la noche estable, calmada, duerme a intervalos largos, la madre refiere verlo mucho…».14

Siete (7) de julio de 2010

1. A las 6 am, «paciente amaneció en buenas condiciones, la mamá refiere que presenta tos y no fiebre con 36.5», por lo que se decide dar salida con fórmula:

«Fórmula médica:

1. Penicilina procainica: 400.000 unidades cada 12hs intramuscular 4 dosis

2. Acetaminofén jarabe: 5cc cada 6 horas

4. Ampicilina suspensión por 250 miligramos 4 c.c. Cada 8 horas».15

Ocho (8) de julio de 2010

1. A las 3:00 am, Simón ingresó al servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl de Palmira «por continuar con fiebre alta, dificultad respiratoria, irritabilidad y anorexia».16 De acuerdo con una anotación de las 10:00 am, se ordenó valoración por pediatría.17 Finalmente, el niño fue hospitalizado.

Nueve (9) de julio de 2010

1. En la historia clínica se registró que el acompañante del paciente «manifiesta que pasó mala noche con fiebre, irritable, no mejora la fiebre con la toma del acetaminofén».18

1. A las 12:00 del mediodía: «paciente quien a pesar de tratamiento no mejora, se encuentra febril, con presencia de estertores y crepitos en los campos pulmonares, con una saturación de oxígeno de 83% (…) por lo cual se decide remitir, porque no hay pediatra de turno».19

1. A las 4:00 pm se anotó en la historia clínica: «se comenta paciente al servicio de Caprecom, quienes solicitan hoja de remisión y documentos por fax. Se debe esperar que ellos realicen trámites y esperar llamadas por parte de ellos. Se deja constancia de envío de fax».20

Diez (10) de julio de 2010

1. A las 7:05 am, se dejó constancia en la historia clínica de que se consultó con el Hospital Universitario del Valle, en el que informaron que no había cupo.21

1. A las 7:47 am, también se dejó constancia en la historia clínica de que se llamó a la Clínica Valle de Lili, pero respondieron que debido al el cuadro clínico no ameritaba Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).22

1. En el «Informe clínico de la institución que remite»23 se anotó la siguiente observación: «se comenta con CRUE,24 debido a que Caprecom desde ayer no dio respuesta y en CRUE tecnóloga Katherine autoriza traslado al Hospital Universitario del Valle (HUV), sin código, como urgencia vital».25

1. Finalmente, Simón fue trasladado de Palmira a Cali «por neumonía complicada».26 A las 10:55 am, ingresó al TRIAGE del HUV en Cali;27 treinta y cinco minutos después, fue llevado al «servicio de pediatría reanimación en compañía de la madre, pte que ingresa entubado con soporte de oxígeno dado por ambu (sic), trae sonda nasogástrica a drenaje; vena canalizada en miembro superior izquierdo, con tubo de tórax occilando…».

1. A la 1:00 pm, Simón fue recibido en cuarto de reanimación, allí el niño entró en paro y falleció a las 2:20 pm.28

El medio de control de reparación directa

1. El 15 de agosto de 2012, Juvenal y Fermina, actuando en nombre propio y en representación de sus 4 hijos menores de edad, así como la abuela del niño, por intermedio de apoderado, formularon el medio de control de reparación directa contra el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, Hospital San Vicente de Paúl de Palmira y Caprecom ARS, por la muerte de su hijo Simón.

1. Sentencia de primera instancia. El 19 de mayo de 2016, el Juzgado Primero Administrativo Oral del Circuito de Cali profirió sentencia.29 La jueza: (i) negó las pretensiones respecto de la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Palmira; (ii) declaró al Hospital Raúl Orejuela Bueno y Caprecom responsables de los perjuicios sufridos a los actores por la muerte de Simón; (iii) condenó a estas últimas al pago de perjuicios morales; y (iv) negó las pretensiones de la demanda respecto de María Isabel González.30 Los fundamentos de esta decisión fueron los siguientes:

1. Cambio abrupto de diagnóstico.31 La jueza refirió la declaración juramentada de la Dra. Isabel Cristina Montalvo,32 de la cual destacó que: (i) la faringoamigdalitis es una inflamación de las amígdalas con secreción y fiebre, sin otra sintomatología; mientras que la bronconeumonía es una infección respiratoria; (ii) el niño tenía un cuadro respiratorio, la tos era evidente, ruidos respiratorios, radiografía patológica que enfocaba a una bronconeumonía; (iii) la doctora nunca pensó que el paciente tuviese amigdalitis pues los hallazgos paraclínicos «enfocaban para un cuadro respiratorio agudo»;33 (iv) las enfermedades son distintas y el tratamiento no es el mismo, aunque los medicamentos son de la misma línea; (v) si la bronconeumonía es tratada como faringoamigdalitis, no está siendo tratada y puede evolucionar. Al respecto, la jueza afirmó:

«Este cambio abrupto y alífero en el nuevo diagnóstico y tratamiento en la enfermedad del niño, realizado por la doctora Burgos fue concluyente para que el estado de salud del menor se agravara con las ya conocidas consecuencias, pues según lo que reposa en historia clínica tan sólo habiendo transcurrido cuatro después del diagnóstico de bronconeumonía realizado por parte del médico Andrés Eduardo Hurtado con los resultados de los exámenes y de la radiografía de tórax, la doctora Burgos sin hacer mención de estos resultados de los

exámenes, ni a los antecedentes de bronconeumonía recurrentes que presentaba el niño, ni a las valoraciones previas realizadas por los otros tres médicos del citado hospital que atendieron al menor ese mismo día, decide cambiar el diagnóstico a faringoamigdalitis aguda y las ordenes médicas, no obstante siendo que a esa hora, 7:00 de la noche, el niño continuaba con cuadro febril de 38.8º, resolviendo finalmente a las 6:30 de la mañana del siguiente día 7 de julio de 2010, dar salida al niño con formula, en lugar de cumplir con la orden previa de hospitalización, circunstancias que de acuerdo con la declaración juramentada de la doctora Montalvo conllevaron a que la enfermedad de bronconeumonía que padecía el infante no fuera adecuadamente tratada y que no tuviera la adecuada evolución».34

1. En este sentido, añadió que la madre llevó al niño al Hospital San Vicente de Paúl de Palmira porque no mejoraba, en donde el médico de urgencias, con la lectura de radiografía de tórax, diagnosticó bronconeumonía y ordenó hospitalización, «con lo cual se ratifica que la galeno que le dio salida en la Institución de Salud Raúl Orejuela Bueno, dejó de lado el aspecto más relevante que padecía el niño, esto es, el cuadro respiratorio agudo».35

1. Demora en la autorización del traslado hacia una institución de salud de mayor complejidad. La jueza concluyó que Caprecom también era responsable por la muerte del niño, teniendo en cuenta que dicha EPS no autorizó su traslado pese a «todas las diligencias realizadas por el Hospital San Vicente de Paúl»36 y «al estado crítico en el que se encontraba el niño»;37 lo cual condujo a que «el menor fuera remitido como urgencia vital aun sin cupo al Hospital Universitario del Valle, constituyéndose en un obstáculo para que el menor fuera atendido en forma inmediata en un centro hospitalario de mayor complejidad».38 Sobre este punto, la jueza destacó que el perito del Instituto Nacional de Medicina Legal (desde ahora: INML) expuso que debía preguntarse a la EPS por qué, el 9 de julio de 2010, no se consiguió ubicación del paciente en una institución de mayor nivel.

1. En el mismo sentido, citó el Decreto 4747 de 2007, «Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo y se dictan otras disposiciones». Sobre esta norma, resaltó:

Artículo 14. La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

a. Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.

b. Para atención de servicios adicionales:

Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

1. La jueza también refirió jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre la debida atención en salud y los trámites administrativos como una barrera de acceso a los servicios de salud. Bajo estas circunstancias, señaló que la responsabilidad de Caprecom «reside en la falta de diligencia de la EPS sobre la autorización de la remisión del menor a un hospital de tercer nivel, que no le permitió el acceso a la atención especializada que en el momento requería, de acuerdo con su grave estado de salud».39

1. En cuanto al dictamen pericial del INML, en el que se informó que el niño recibió tratamiento que cubría tanto foco amigdalino como pulmonar y que el niño no respondió al tratamiento, la jueza precisó que en dicho documento no se hizo referencia al cambio de diagnóstico y que, además, en el mismo se afirmó, de forma errada, que la consulta inicial fue por un cuadro de amigdalitis bacteriana, cuando en la historia clínica consta que los dos médicos que valoraron al niño antes del cambio de diagnóstico registraron como motivo de consulta: cuadro respiratorio agudo.

1. Al respecto, también indicó que el tratamiento inicial era el acertado; pero, con el cambio de diagnóstico, sólo se le suministró una dosis de ampicilina endovenosa, pese a que le formularon cada 6 horas, no se le hizo el control de cuadro hemático a las 4 am, ni la saturación de oxígeno cada 6 horas. Esto, pese a que la bronconeumonía era una enfermedad recurrente del niño, por la que ya había estado hospitalizado en 2009, en el Hospital Universitario del Valle y en el Hospital Infantil Club Noel.

1. Además, indicó que si el 6 de julio de 2010, se hubiese hospitalizado el niño, tal como fue ordenado, y se le hubiesen dado los medicamentos y tratamiento idóneo para tratar una enfermedad respiratoria, los galenos habrían podido verificar su evolución y al ver que no respondía, desde el mismo 7 de julio, se habría dispuesto su remisión a un centro de atención de mayor complejidad.

1. Por otro lado, en la providencia se señaló que la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Palmira siempre actuó de manera diligente y que por ello no le era atribuible ninguna responsabilidad. Para llegar a esta conclusión, la jueza citó cada una de las anotaciones de la historia clínica en las que consta la atención que recibió el menor en dicha institución.

1. Al final, la jueza concluyó que los daños causados a los demandantes son consecuencia de la omisión y/o defectuoso funcionamiento del servicio por parte de la ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno y Caprecom EPS-S.

1. Sentencia de segunda instancia. El 30 de julio de 2021, el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca decidió revocar la sentencia de primera instancia y, en su lugar, negar las pretensiones de la demanda. Los fundamentos expuestos en la providencia son los siguientes:

1. El cambio de diagnóstico no fue errado. Sobre la responsabilidad del Hospital Raúl Orejuela Bueno, el Tribunal sostuvo que existieron dos diagnósticos y los dos fueron tratados adecuadamente. A esta conclusión llegó después de recordar que el 6 de julio de 2010, a las 15:33 horas, el Dr. Andrés Eduardo Hurtado confirmó el diagnóstico de bronconeumonía y, llevado a cabo el tratamiento prescrito, «a las 18:30 horas, es decir, aproximadamente 3 horas después de iniciar el tratamiento, el paciente presentó mejoría, al punto que pasó ese periodo de tiempo tranquilo y la fiebre desapareció; valga decir, respondió positivamente al tratamiento hasta ese momento».40

1. Luego, señaló que ese mismo día, a las 7:00 pm, «el menor volvió a presentar fiebre alta, pero esta vez no demostraba síntoma respiratorio alguno, por el contrario, al auscultar su cavidad oral y ante la advertencia de su madre, la doctora Burgos encontró que sus amígdalas eran hipertróficas, es decir, grandes o inflamadas y recubiertas de membranas purulentas, por lo que decidió cambiar el diagnóstico a faringoamigdalitis aguda y, por consiguiente, el tratamiento que se le estaba dispensando».41

1. Para el Tribunal «los medios probatorios también demuestran que luego de darse el segundo diagnóstico de faringoamigdalitis y cambiar el tratamiento, el menor evolucionó satisfactoriamente, a tal punto que, al día siguiente, 7 de julio de 2010, a las 6:30 a.m. fue enviado a su casa con órdenes de medicamentos y sin presentar fiebre o algún síntoma de infección o dificultad respiratoria, solamente los síntomas faríngeos que según criterio médico podían ser tratados en casa».42

1. Al respecto, el Tribunal refirió el dictamen del INML, según el cual «las enfermedades son dinámicas y no es posible en un 100% prever su evolución o complicaciones. Consideró que el paciente recibió el manejo médico respectivo en las instituciones donde fue atendido (…) el manejo recibido fue acorde a la sintomatología y hallazgos al examen físico presentado por

el paciente en ese momento (…) el manejo antibiótico que le dieron al niño cubría tanto foco amigdalino como foco pulmonar, el manejo de una neumonía en un niño es con penicilina o amoxicilina, a él se le dio amoxicilina y se le dio penicilina que cubre tanto foco respiratorio alto, como foco respiratorio inferior».43

1. Finalmente, el Tribunal sostuvo que el diagnóstico es un proceso que requiere verificación en todo momento, pues puede variar conforme a los hallazgos de la ciencia médica, por lo que el juicio jurídico exige valorar cuáles eran las posibilidades científicas y los recursos con los que contaba el médico al momento de formular el diagnóstico.44

1. La conducta de Caprecom no compromete su responsabilidad. El Tribunal precisó que «si bien CAPRECOM no demostró haber desplegado alguna labor administrativa tendiente a lograr la remisión del menor cuando le fue solicitada, lo cierto es que el personal del Hospital San Vicente de Paúl si inició los trámites pertinentes para tal fin, pero fueron las diversas IPS-Hospital Universitario del Valle, COMFENALCO y la Fundación Clínica Valle de Lili45- quienes a pesar de conocer el delicado estado de salud de Simón se negaron a recibirlo».46

La acción de tutela: cuestionamientos a la providencia judicial del Tribunal Administrativo del Valle del Cauca y pretensiones del amparo

1. La parte actora sostuvo que en esta decisión se configura un defecto fáctico, «al no apreciar las pruebas aportadas al proceso en forma conjunta». En este sentido, los accionantes expusieron las siguientes consideraciones:

1. El juez no apreció que, de acuerdo con la historia clínica, el Dr. Andrés Eduardo Hurtado ordenó control de saturación de oxígeno cada 6 horas y control de cuadro hemático cada 12 horas; por tanto, «no era posible que en el término de dos horas y media ya hubiese superado la enfermedad de bronconeumonía (…) la literatura médica frente a la enfermedad

de bronconeumonía, indica que si es leve, un niño se recupera en 2 semanas y si el tratamiento se lleva a cabo en forma adecuada suele desaparecer en 4 a 6 semanas».47

1. El juez no valoró que en la historia clínica del Hospital Universitario del Valle se diagnosticó: neumonía complicada.49

1. De acuerdo con las pruebas, la enfermedad que padecía el menor era bronconeumonía, pero al cambiar el diagnóstico, dicha enfermedad no fue tratada y evolucionó hasta convertirse en una sepsis de origen pulmonar que causó la muerte.50

1. Caprecom no autorizó el traslado del menor a un hospital de tercer nivel, desconociendo los dispuesto en el Decreto 4774 de 2007 y pronunciamientos de la Corte Constitucional.51

1. En consecuencia, se solicitó al juez constitucional que se ordene al Tribunal Administrativo del Valle del Cauca que profiera una nueva sentencia, en la que valore de manera adecuada el material probatorio que se encuentra en el expediente.

Respuesta de la autoridad judicial accionada

1. El Tribunal Administrativo del Valle del Cauca señaló, en primer lugar, que el principio de la doble instancia en los procesos administrativos garantiza la efectividad de los derechos fundamentales, pues las partes pueden debatir aspectos sustanciales y procesales ante un superior, los cuales, a su juicio, no pueden ser objeto de discusión a través del amparo constitucional.52

1. Luego, afirmó que sí tuvo en cuenta cada uno de los elementos probatorios allegados al expediente y que, con base en ellos, llegó a las conclusiones expuestas en la sentencia. Para el Tribunal, una cuestión distinta a las pretensiones del amparo, es que con base al análisis probatorio se hubiese fallado en contra de los intereses de la parte actora.53

1. Finalmente, solicitó negar las pretensiones planteadas en la acción de tutela.

Decisión de primera instancia

1. El 15 de diciembre de 2021, el Consejo de Estado, Subsección A de la Sección Tercera, negó el amparo. A su juicio, en la acción de tutela se expuso, sin aportar evidencia, que no pudo haber mejoría o recuperación del menor en un lapso de dos horas y media. Al respecto, agregó que esa afirmación no fue objeto de debate al interior del proceso judicial. Además, señaló que dicha aseveración desconoce la razón de la decisión: que existió una patología distinta y no un cambio en el diagnóstico. 54

1. Por otra parte, luego de citar varios apartes de la sentencia atacada, en la que se refirieron las distintas actuaciones médicas, sostuvo que la conclusión del Tribunal «estuvo soportada en la situación clínica y evolución del paciente contenidas en la historia clínica».55 Además, indicó que «la autoridad judicial accionada estudió la tesis de los demandantes de si el cambio de diagnóstico constituía una falla del servicio causante del daño antijurídico reclamado, para concluir que no era imputable a las demandadas».56

1. Para el Consejo de Estado, «la tutela desconoce que el menor presentó una notable mejoría una vez fue medicado para tratar la amigdalitis, desapareció la fiebre y estuvo estable, por lo cual la médica tratante estimo viable que siguiera su tratamiento en casa».57

Además, estimó que es sólo una acusación, sin que en la tutela se dé cuenta de los supuestos errores en ese proceder y su incidencia en el deceso.

1. De otro lado, indicó que no es cierto que el Tribunal no hubiese cotejado el dictamen pericial con la declaración de la médica Cristina Montalvo Holguín, pues si se tuvo en cuenta; pero, se consideraron válidos los argumentos del perito «de que las atenciones médicas fueron adecuadas y no tuvieron incidencia en el fallecimiento y que los medicamentos recetados para la faringoamigdalitis contrarrestaban los efectos de la otra enfermedad».58 Al respecto, precisó que lo determinante en el análisis realizado por el Tribunal es que Simón ya no presentaba síntomas de bronconeumonía sino amigdalitis.59

1. En este sentido, señaló que los actores no demostraron que las conclusiones del Tribunal fuesen abiertamente antagónicas a las pruebas judiciales, sino que en la tutela se hizo una interpretación de las mismas para plantear una conclusión contraria al fallo atacado, pero sin demostrar que sea irracional o contraevidente. Por tanto, consideró que «la autoridad judicial accionada valoró conjunta e integralmente las pruebas, incluidas las que señala el demandante como supuestamente omitidas o erradamente analizadas y no se advierte un examen desatinado o incorrecto».60

1. Finalmente, respecto a «las deficiencias de Caprecom en la remisión del paciente»,61 sostuvo que «solo se afirma ese hecho, sin adjudicarle a la decisión irracionalidad o defecto alguno derivado de esa premisa»62 y que en el fallo se llegó a la conclusión de que la demora fue imputable a las IPS que no recibieron al niño.63

Impugnación

1. El 17 de enero de 2022, la apoderada de los accionantes presentó escrito de impugnación en contra del fallo de tutela de primera instancia.64 Allí planteó que el médico Andrés

Eduardo Hurtado, luego de revisar el resultado de los exámenes realizados a Simón, decidió la hospitalización del niño en pediatría con diagnóstico de bronconeumonía y prescribió control de 6 a 12 horas. No obstante, indicó la apoderada, la Dra. Burgos ordenó la salida del niño 4 horas después del diagnóstico de bronconeumonía.65

1. De otro lado, refirió la declaración de la médica Isabel Cristina Montalvo, en la que explicó la diferencia entre bronconeumonía y faringoamigdalitis.66

1. También se refirió a la historia clínica del Hospital San Vicente de Paúl, para señalar que allí se diagnosticó bronconeumonía y remisión como urgencia vital por neumonía. En el mismo sentido, agregó que en la historia clínica del HUV se consignó como diagnóstico confirmado: neumonía complicada. Del mismo modo, citó el resultado de la autopsia del Departamento de Patología del HUV; así como el Informe Pericial de Clínica Forense, en el que se indica que la causa de «la muerte fue una sepsis de origen pulmonar (infección de origen en los pulmones».67

1. Para la apoderada, «todos los diagnósticos nos llevan a colegir que el menor padeció de una infección en sus pulmones, si se hubiese dado el tratamiento de bronconeumonía y no cambiarlo por el tratamiento ordenado por la médica Aura Rosa Burgos, el menor hubiese superado su estado de salud, porque le habrían realizado el tratamiento para bronconeumonía».68

1. Finalmente, respecto a la actuación de Caprecom, sostuvo que si dicha entidad hubiese autorizado el traslado oportunamente, no hubiese sido necesaria la remisión como urgencia vital.69

1. El 7 de marzo de 2022, la Subsección B, de la Sección Tercera del Consejo de Estado, profirió sentencia de segunda instancia, en la que confirmó el fallo impugnado.70 Fundamentó su decisión en las siguientes consideraciones:

1. Para el juez de segunda instancia, «el reproche de los accionantes se basa en una diferencia subjetiva frente a la interpretación del tribunal».71 En este sentido, señaló que la decisión atacada no desconoció que el niño padecía una complicación pulmonar, pues «su decisión se fundó en el hecho de que, junto con ese diagnóstico, se identificó la presencia de otra enfermedad, a saber, faringoamigdalitis, la cual también debía ser tratada por los médicos».72

1. En esta misma dirección, señaló que «el tribunal tuvo en cuenta que cuando se diagnosticó la faringoamigdalitis, los síntomas de la bronconeumonía habían disminuido bastante, por lo que era viable concluir que el tratamiento había surtido efecto. El tribunal consideró que no hubo un error en el diagnóstico, sino que brindó validez a ambos y consideró que las actuaciones de los médicos fueron adecuadas, sin que fuera posible oponerles documentos o información con la que no contaban en ese momento y que fue esclarecida posteriormente».73

1. Adicionalmente, afirmó que «la autoridad judicial accionada consideró que el tratamiento de ambas enfermedades no era incompatible, pues el perito de Medicina Legal señaló que la penicilina y la amoxicilina que le fue aplicada al menor para tratar la faringoamigdalitis son medicinas que se utilizan también para manejar la neumonía».74 Sobre este punto, el Consejo de Estado sostuvo que «si bien lo anterior contradice el testimonio de la Dra. Montalvo Holguín, ante tal situación el tribunal cuenta con la facultad de brindar mayor mérito probatorio a una de las pruebas, como sucedió en este caso”.

1. Por tanto, estimó acertada la conclusión a la que llegó el tribunal, esto es, que no hubo

error en el diagnóstico y tratamiento, «sino que, ante la evolución de este, respondió conforme a la información y los recursos con los que contaba, por lo que no se configuró la falla en el servicio alegada».75

1. Finalmente, sobre la responsabilidad de Caprecom, refirió la conclusión a la que llegó el Tribunal, esto es, que la tardanza obedeció a que las IPS contactadas por el Hospital en Palmira se negaron a recibir al niño.76

CONSIDERACIONES

1. Competencia

La Sala Séptima de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional es competente de conformidad con los artículos 86 y 241 de la Constitución y con el Decreto 2591 de 1991, para revisar los fallos de tutela adoptados en los procesos de la referencia.

1. Requisitos generales de procedibilidad de la acción de tutela contra providencia judicial

Legitimidad en la causa

1. La Sala constató que se cumple con el requisito de legitimidad en la causa por activa: los accionantes son la madre, padre y hermanos del niño cuya muerte se atribuye a una presunta negligencia médica. Del mismo modo, la legitimidad en la causa por pasiva está satisfecha, pues los accionados son las instituciones prestadoras de salud en las que fue atendido Simón, así como la entidad promotora de salud a la que estaba afiliado.

Relevancia constitucional

1. El amparo que estudia la Sala involucra la presunta vulneración del derecho fundamental al debido proceso dentro del trámite de un medio de control de reparación directa: a juicio de la parte accionante, el juez no realizó una valoración conjunta de las pruebas existentes en el expediente, las cuales, a juicio de la parte actora, conducirían a demostrar la negligencia en la que habría incurrido el personal médico del Hospital Raúl Orejuela y Caprecom durante la atención brindada a Simón, lo cual habría causado la muerte del niño.

1. De manera que este asunto sí envuelve una discusión constitucional: si la decisión judicial que exoneró de responsabilidad al Hospital Raúl Orejuela y Caprecom derivó de una valoración absolutamente inadecuada de las pruebas, así como de conclusiones contraevidentes al material probatorio disponible en el expediente.

Inmediatez

1. Este requisito está satisfecho porque la decisión atacada fue proferida el 30 de julio de 2021 y la acción de tutela fue presentada el 28 de octubre de 2021.77 De modo que trascurrieron menos de tres meses para que la parte actora interpusiera el amparo, tiempo que es, sin duda alguna, razonable y proporcional.

Agotamiento de los medios ordinarios y extraordinarios de defensa judicial

1. La Sala encontró que este requisito está satisfecho porque la sentencia cuestionada es el fallo de segunda instancia, con el que se resolvió la apelación presentada por las instituciones demandadas dentro del trámite de reparación directa. Es decir, la providencia atacada corresponde a un fallo de segunda instancia, de modo que la parte actora sólo habría podido, si se cumplían las condiciones, promover los recursos extraordinarios; pero, como se expondrá a continuación, dichos recursos no eran procedentes en este caso.

1. El recurso extraordinario de unificación de jurisprudencia, previsto en el artículo 256 del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo (CPACA), no era procedente, pues según el artículo 258 del mismo código: «habrá lugar al recurso extraordinario de unificación de jurisprudencia cuando la sentencia impugnada contraríe o se oponga a una sentencia de unificación del Consejo de Estado». En efecto, en este caso no se está cuestionando el desconocimiento de una sentencia de unificación del Consejo de Estado, sino que el reproche constitucional radica en la presunta vulneración del derecho fundamental al debido proceso por la supuesta configuración de un defecto fáctico.

1. Del mismo modo, no era procedente formular el recurso extraordinario de revisión, previsto en el artículo 248 del CPACA, pues de las evidencias que obran en el expediente no es posible concluir la estructuración de alguna de las causales previstas en el artículo 250 del CPACA.78

Pronunciamiento sobre irregularidades procesales

1. En la sentencia SU-129 de 2021,79 se precisó que cuando en el escrito de tutela sólo se exponen argumentos sobre un análisis probatorio deficiente, sin mencionar la existencia de una irregularidad procesal decisiva, no es pertinente analizar si hubo o no un pronunciamiento sobre irregularidades procesales: «si bien la tutela enuncia varias causales específicas de procedibilidad de la acción de tutela contra providencias judiciales, en realidad en su argumentación sólo identifica de manera razonable los hechos relativos a una eventual deficiencia en el análisis probatorio.80 De esta circunstancia se siguen dos consecuencias: (i) que la tutela no se refiere a la existencia de una irregularidad procesal decisiva, por lo que este requisito no es pertinente en el caso sub examine». (Énfasis fuera del texto original)

1. Bajo esta premisa, la Sala constató que, en el caso concreto, los accionantes limitaron su argumentación a la posible ocurrencia de un defecto factico y, en consecuencia, tal como ocurrió en la decisión de la SU-129 de 2021, no corresponde abordar el estudio sobre la

existencia de una posible irregularidad procesal.

Identificación de los hechos que generaron la vulneración de los derechos y que tal vulneración se hubiese alegado en el proceso judicial, siempre que esto hubiese sido posible.

1. En la sentencia C-590 de 2005, esta Corporación precisó que la parte actora debe identificar «de manera razonable tanto los hechos que generaron la vulneración como los derechos vulnerados y que hubiere alegado tal vulneración en el proceso judicial siempre que esto hubiese sido posible». De modo que, en el caso que ahora estudia la Sala, la parte actora identificó con suficiencia los hechos que causaron la interposición del amparo constitucional, así como sus consideraciones sobre la estructuración de un posible defecto fáctico, el cual habría generado la vulneración de los derechos al debido proceso y acceso a la administración de justicia de los que son titulares los accionantes. Por otra parte, dado que el reproche recae sobre la valoración probatoria que hizo el juez de segunda instancia en su sentencia, no era posible que los actores lo hubiesen alegado durante el trámite del proceso judicial.

1. La Sala constató que el amparo constitucional que es objeto de estudio no reprocha una sentencia de tutela, sino que está dirigido a cuestionar una decisión judicial proferida dentro de un proceso de reparación directa.

1. Requisitos especiales de procedencia de la acción de tutela

1. Además de los requisitos generales de procedencia, se requiere que se presente, al menos, uno de los siguientes vicios o defectos:

a. Defecto orgánico: el funcionario judicial que profirió la providencia impugnada, carece,

absolutamente, de competencia para ello.

b. Defecto procedimental absoluto: el juez actuó completamente al margen del procedimiento establecido.

c. Defecto fáctico: el juez carece del apoyo probatorio que permita la aplicación del supuesto legal en el que se sustenta la decisión.

d. Defecto material o sustantivo: casos en los que se decide con base en normas inexistentes o inconstitucionales o que presentan una evidente y grosera contradicción entre los fundamentos y la decisión.

f. Error inducido: el juez o tribunal fue víctima de un engaño por parte de terceros y ese engaño lo condujo a la toma de una decisión que afecta derechos fundamentales.

g. Decisión sin motivación: implica el incumplimiento de los servidores judiciales de dar cuenta de los fundamentos fácticos y jurídicos de sus decisiones en el entendido que precisamente en esa motivación reposa la legitimidad de su órbita funcional.

h. Desconocimiento del precedente: se presenta, por ejemplo, cuando la Corte Constitucional establece el alcance de un derecho fundamental y el juez ordinario aplica una ley limitando sustancialmente dicho alcance. En estos casos la tutela procede como mecanismo para garantizar la eficacia jurídica del contenido constitucionalmente vinculante del derecho fundamental vulnerado.

i. Violación directa de la Constitución.

1. Bajo estas consideraciones, la Sala encuentra que en el caso concreto la parte actora señaló que, en la sentencia proferida por el juez de segunda instancia dentro del trámite de reparación directa, se estructura un defecto fáctico por indebida valoración probatoria, de manera que se trata de uno de los vicios o defectos contemplados en la jurisprudencia constitucional.

1. Por tanto, se encuentran satisfechos los requisitos generales y especial de procedencia de la acción de tutela contra providencia judicial.

1. Problema jurídico

1. El interrogante que resolverá la Sala de Revisión es el siguiente: ¿El Tribunal Administrativo del Valle del Cauca efectuó una valoración parcial y defectuosa de las pruebas que obran en el proceso de reparación directa promovido por Juvenal, Fermina y otros contra el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, Caprecom y otros?

1. Con el fin de responder esta pregunta, la Sala de Revisión reiterará la jurisprudencia de este Tribunal sobre las características del defecto fáctico, para luego resolver el caso concreto.

1. Caracterización del defecto fáctico81

1. En el Estado de Derecho, los jueces están investidos de autonomía judicial y, por ello, «el juzgador goza de un amplio margen para valorar el material probatorio en el cual ha de fundar su decisión y formar libremente su convencimiento».82 Si esta facultad se desdibuja, es el mismo Estado de Derecho el que queda comprometido, de ahí que «dicho poder jamás puede ejercerse de manera arbitraria».83

1. En este sentido, esta Corporación ha precisado que el defecto fáctico es «la aplicación del derecho sin contar con el apoyo de los hechos determinantes del supuesto legal»,84 es decir, «cuando resulta evidente que el apoyo probatorio en que se basó el juez para aplicar una determinada norma es absolutamente inadecuado».85

1. En la jurisprudencia inicial de este Tribunal, el defecto fáctico se caracterizó a partir de dos dimensiones: primero, la dimensión negativa, que implica la ausencia de «valoración de pruebas determinantes para identificar la veracidad de los hechos»,86 y «sin razón valedera da por no probado el hecho o la circunstancia que de la misma emerge clara y objetivamente».87 Segundo, la dimensión positiva, que ocurre cuando «el juez aprecia pruebas esenciales y determinantes de lo resuelto en la providencia cuestionada, que no ha debido admitir ni valorar porque, por ejemplo, fueron indebidamente recaudadas».88

1. Recientemente, y a partir de la dimensión negativa y positiva, se han distinguido tres escenarios en los que se configura el defecto fáctico: (i) omisión en el decreto y práctica de pruebas relevantes, pertinentes y conducentes; (ii) ausencia de valoración del acervo probatorio o su examen parcial; y (iii) valoración defectuosa del acervo probatorio.89

1. Sobre el examen parcial del acervo probatorio, se precisó que, para su estructuración:

«[D]ebe demostrarse que, de haberse realizado su análisis y valoración completa, evidentemente, la solución al asunto debatido cambiaría radicalmente. Bajo este escenario, para ilustrar, se ha señalado que ocurre un defecto fáctico cuando i) sin razón aparente, el juez natural excluye pruebas aportadas al proceso que tienen la capacidad para definir el asunto jurídico debatido, ii) deja de valorar una realidad probatoria que resulta determinante para el correcto desenlace del proceso, iii) declara probado un hecho que no emerge con claridad y suficiencia de los medios de prueba que reposan en el expediente y, por último, iv) omite la valoración de las pruebas argumentando el incumplimiento de carga procesales que, al final, resultan arbitrarias y excesivas90».91

1. En cuanto al defecto fáctico por valoración defectuosa del material probatorio, en la jurisprudencia constitucional se ha establecido:

"[D]ebe demostrarse que el funcionario judicial adoptó la decisión, desconociendo de forma evidente y manifiesta la evidencia probatoria. Es decir, se debe acreditar que la decisión se apartó radicalmente de los hechos probados, resolviendo de manera arbitraria el asunto jurídico debatido92.

Así las cosas, siguiendo la jurisprudencia de esta Corporación, se ha sostenido que la valoración defectuosa se presenta cuando i) la autoridad judicial adopta una decisión desconociendo las reglas de la sana crítica, es decir, que las pruebas no fueron apreciadas bajo la óptica de un pensamiento objetivo y racional, ii) realiza una valoración por completo equivocada o contraevidente, iii) fundamenta la decisión en pruebas que por disposición de la ley no son demostrativas del hecho objeto de discusión, iv) valora las pruebas desconociendo las reglas previstas en la Constitución y la ley, v) la decisión presenta notorias incongruencias entre los hechos probados y lo resuelto, vi) decide el caso con fundamento en pruebas ilícitas y, finalmente vii) le resta o le da un alcance a las pruebas no previsto en la ley93".94

6. Solución del caso concreto

1. Con el objeto de resolver el caso concreto, la Sala de Revisión abordará, en primer lugar, el análisis probatorio realizado por el Tribunal Administrativo del Valle con relación con la atención brindada por el Hospital Raúl Orejuela en la muerte de Simón y, posteriormente, hará lo mismo respecto a Caprecom EPS.

Análisis probatorio sobre la atención brindada por del Hospital Raúl Orejuela

1. La Sala comienza por señalar que el Tribunal declaró probado un hecho que no emerge con claridad y suficiencia de los medios de prueba que reposan en el expediente. A esta conclusión se llegó después de advertir que dicha autoridad judicial sostuvo, sin que hubiese prueba científica que así lo acreditara, que el diagnóstico de bronconeumonía se superó, para dar paso al de faringoamigdalitis.

1. En efecto, el Tribunal afirmó que «a las 18:30 horas, es decir, aproximadamente 3 horas después de iniciar el tratamiento, el paciente presentó mejoría, al punto que pasó ese periodo de tiempo tranquilo y la fiebre desapareció; valga decir, respondió positivamente al tratamiento hasta ese momento».98 En este punto, la Sala advierte que la mejoría del niño, su tranquilidad durante esas horas y la desaparición temporal de la fiebre no pueden conducir a que el juez, sin una prueba científica, plantee que era posible cambiar ese diagnóstico y dar paso a otro: faringoamigdalitis.

1. Esta consideración se solidifica cuando se observa que el Tribunal acudió al dictamen del Instituto Nacional de Medicina Legal para sostener que Simón recibió la atención adecuada, porque según dicho informe: «el manejo antibiótico que le dieron al niño cubría tanto foco amigdalino como foco pulmonar, el manejo de una neumonía en un niño es con penicilina o amoxicilina, a él se le dio amoxicilina y se le dio penicilina que cubre tanto foco respiratorio alto, como foco respiratorio inferior».99

1. De acuerdo con esta cita, el médico de Medicina Legal nunca indicó que la bronconeumonía se hubiese superado con el tratamiento que recibió el niño en menos de tres horas. Al contrario, hizo afirmaciones que generan duda sobre si el médico consideraba que el niño tenía neumonía al mismo tiempo que amigdalitis: así ocurre cuando en dicho informe se lee que el antibiótico suministrado a Simón cubría tanto foco amigdalino como pulmonar o cuando se señaló que la neumonía de un niño se maneja con penicilina o amoxicilina y que, en el caso del niño Simón, se le suministró amoxicilina.

1. De modo que en el expediente no hay prueba científica que conduzca al juez a la convicción de que la bronconeumonía se superó en menos de tres horas. En contraste, si hay pruebas que confirman ese diagnóstico: resultados de rayos x de tórax, con base a los cuales fue confirmado y se ordenó hospitalización.

1. Sobre este examen, es importante destacar que se trata de una herramienta confiable para el diagnóstico de neumonía, tal como se desprende de la Guía de práctica clínica para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años, publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social:

«¿En menores de 5 años de edad, como se define la neumonía?

Recomendación: se recomienda aplicar los criterios de AIEPI, en la evaluación inicial de menores de 5 años de edad con sospecha de neumonía y apoyarse en el resultado de una radiografía de tórax en lugares del país con fácil acceso a ella.

(Ver Recomendaciones #5 y #10)».100

1. En el mismo sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica: «los análisis radiográficos son una herramienta importante para diagnosticar neumonía severa, en tanto

pueden diferenciar entre las etiologías bacterianas y virales, así como si hay otro tipo de complicaciones».101 De ahí que la OPS hubiese participado en un estudio que resultó en la publicación titulada: «El uso de la radiografía de tórax para la vigilancia de neumonías bacterianas en niños latinoamericanos».102

1. De modo que, en el caso de Simón si fue posible contar con la radiografía de tórax y no había duda alguna de que el niño padecía el diagnóstico prescrito por los dos (2) médicos tratantes, tanto la Dra. Montalvo y el Dr. Hurtado: bronconeumonía.

1. Ahora bien, el Tribunal también señaló que a las 7:00 de la noche el niño volvió a presentar fiebre, pero no tenía ningún síntoma respiratorio. Pues bien, para la Sala este hecho tampoco puede llevar a concluir que la bronconeumonía se había superado, porque esa conclusión sólo puede formularla un experto en la materia y porque la ausencia de síntomas respiratorios en ese preciso instante sólo demuestra ese hecho en sí mismo: que en ese momento no había síntomas respiratorios.

1. De otro lado, la Sala también advirtió que el Tribunal no indagó sobre el tiempo que suele tomar un niño de la edad de Simón para recuperarse de una bronconeumonía. Esta información era vital y definitoria para establecer si la información científica, disponible para ese momento, podría llevar a la conclusión de que dicha patología puede superarse en menos de tres horas o, al contrario, requería más tiempo.

1. Al respecto, una pesquisa inicial sugiere que no es posible la recuperación en menos de tres horas, pues refiriéndonos solamente a la duración óptima del tratamiento antibiótico, se encuentra que guías clínicas de la Sociedad Británica Torácica, la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas, entre otras, prescriben lapsos que oscilan entre 5 y 8 días.103 Este es solamente el tiempo que tarda el tratamiento con antibiótico para la población en general, es decir, sin tener en cuenta que se trate de un menor de 5 años y que, además, ese

niño tenga antecedentes de neumonía.

1. De modo que, si el tiempo óptimo de tratamiento es de al menos 5 días, la recuperación total puede tardar más tiempo: según el Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre de Estados Unidos: «puede requerirse algún tiempo hasta recuperarse de una neumonía. Algunas personas se sienten mejor y pueden retornar a su rutina normal en 1 a 2 semanas. En otras, puede ser necesario un mes o más».104

1. Por tanto, si el Tribunal pretendía sostener la tesis de que el niño se recuperó en menos de tres horas del diagnóstico que consideró acertado, debió sustentarla con base a la evidencia científica que controvirtiera la ya existente sobre los tiempos promedio de recuperación, especialmente si se trata de un niño con antecedentes de esta enfermedad, y no a partir de su propia interpretación de datos de la historia clínica.

1. Sobre la interrupción de parte del tratamiento que venía recibiendo Simón se destaca lo siguiente: a las 3:33 pm del 6 de julio de 2010, una vez se confirmó el diagnóstico de bronconeumonía con rayos x, el médico tratante ordenó varios medicamentos; pero, esas órdenes médicas fueron cambiadas por la modificación del diagnóstico. En la siguiente tabla se contrastan las órdenes médicas:

Bronconeumonía – 3:33 pm del 6 de julio de 2010

Faringoamigdalitis- 7:00 pm del 6 de julio de 2010

Dextrosa en agua destilada al 5%. Katrol y Natrol

Ampicilina de 1 gramo, se aplica 5.5 cc endovenosa

Acetaminofén 5.5. c.c.

Dexametazona de 4 miligramos

Penicilina benzatinica 1.200

Dipirona por 1 gramo, intramusucular

Micro nebulizaciones + terbutalina 6 gotas

Interrumpida

1. Entre las 4 y las 6 de la tarde de ese día, Simón alcanzó a recibir medicamentos, según la prescripción médica: en seis oportunidades. Durante la hora siguiente, el niño experimentó mejoría, lo que lleva a la Sala a preguntarse: ¿qué hubiese pasado en caso de continuar el tratamiento tal como fue prescrito inicialmente? No es posible conocer la respuesta a esta pregunta, por la segunda consecuencia de la modificación de órdenes médicas: que la evolución de la enfermedad no fuese monitoreada en hospitalización, porque se dio de alta a Simón.

1. Adicionalmente, la Sala también advierte que el Tribunal no valoró un hecho probado: que el niño tenía antecedentes de neumonía, por lo que estuvo hospitalizado en varias ocasiones. En efecto, en la historia clínica del Hospital San Vicente de Paúl se consignó que Simón estuvo hospitalizado «en 4 oportunidades por neumonía».105

1. Finalmente, la Sala recuerda que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unicef, la neumonía es la causa de muerte número uno en los niños más pequeños: «la neumonía mató más niños menores de 5 años que ninguna otra enfermedad en todas las regiones del mundo. De un estimado de 9 millones de niños muertos, alrededor del 20% o 1.8 millones (…) la mortalidad debido a la neumonía infantil está fuertemente vinculada a malnutrición, pobreza y un inadecuado acceso al sistema de salud».106

Análisis probatorio sobre la atención brindada por Caprecom EPS

1. La Sala advierte dos inconsistencias: la primera, el Tribunal no tuvo en cuenta el dictamen de Medicina Legal para valorar la conducta de Caprecom, pese a que dicha experticia fue usada en el análisis sobre la responsabilidad del Hospital Raúl Orejuela y, segundo, omitió valorar la historia clínica del Hospital San Vicente de Paúl de Palmira.

1. Sobre la primera inconsistencia, la Sala destaca que el médico del INML precisó en su informe que: «Desde el punto de vista de la remisión, se debe preguntar a su respectiva EPS por qué el 09/07/2010 no se consiguió ubicación del paciente en una institución de mayor nivel»;107 sin embargo, este cuestionamiento no fue considerado por el Tribunal: lo pasó por alto.

1. Esta primera inconsistencia está relacionada con la segunda, porque la inquietud del INML fue sobre la inactividad de Caprecom durante el 9 de julio de 2010 y, en efecto, el Tribunal omitió la información de la historia clínica de ese 9 de julio de 2010, en la que consta que, desde ese día, a las 4:00 pm, en el Hospital de Palmira requirieron hoja de remisión a una institución de mayor complejidad: «se comenta paciente al servicio de Caprecom, quienes solicitan hoja de remisión y documentos por fax. Se debe esperar que ellos realicen trámites y esperar llamadas por parte de ellos. Se deja constancia de envío de fax».108 (Negrilla fuera del texto)

1. Sin embargo, esta información no fue valorada y, en su lugar, el Tribunal afirmó que «si bien CAPRECOM no demostró haber desplegado alguna labor administrativa tendiente a lograr la remisión del menor cuando le fue solicitada, lo cierto es que el personal del Hospital San Vicente de Paúl si inició los trámites pertinentes para tal fin, pero fueron las diversas IPS-Hospital Universitario del Valle, COMFENALCO y la Fundación Clínica Valle de Lili109- quienes a pesar de conocer el delicado estado de salud de Simón se negaron a recibirlo».110

1. Es decir, el Tribunal planteó que el Hospital San Vicente de Paúl hizo el trabajo que correspondía a Capecrom en la búsqueda de una institución de primer nivel, pero esa afirmación no es cierta, porque a las 4 de la tarde del 9 de julio, el Hospital solicitó la remisión y quedó anotado: «Se debe esperar que ellos realicen trámites y esperar llamadas por parte de ellos. Se deja constancia de envío de fax».111 Esto indica, con claridad, que el Hospital solicitó a Caprecom la remisión y quedó en espera de una respuesta por parte de la EPS.

1. Por tanto, en la historia clínica consta, con absoluta claridad, que el Hospital San Vicente de Paúl estuvo esperando respuesta de Caprecom durante 15 horas: desde las 4:00 pm del 6 de julio hasta las 7:00 del 7 de julio. Sin embargo, esta información no fue valorada por el Tribunal.

1. Sobre este aspecto, debe recordarse que la jueza que conoció el medio de control de reparación directa en primera instancia, citó el Decreto 4747 de 2007, «Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo y se dictan otras disposiciones». Sobre esta norma, resaltó:

Artículo 14. La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

a. Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.

b. Para atención de servicios adicionales:

Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

1. Es decir, Caprecom disponía de hasta 6 horas para responder la solicitud de autorización de traslado a un hospital de mayor complejidad; pero, luego de 15 horas, el Hospital San Vicente de Paúl no había recibido respuesta y, de hecho, no hay constancia en el expediente de que la autorización por parte de la EPS hubiese llegado después de ese lapso.

1. En consecuencia, la Sala de Revisión concluye que en este caso se configuró un defecto fáctico por (i) declarar probado un hecho que no emerge con claridad y suficiencia de los medios de prueba que reposan en el expediente: cuando el Tribunal afirmó que la bronconeumonía se había superado para dar paso a un nuevo diagnóstico, sin que dicha conclusión esté soportada en prueba científica; y (ii) omitir la valoración de pruebas disponibles en el expediente: al pasar por alto el cuestionamiento del dictamen del INML sobre la inactividad de Caprecom durante el 9 de julio de 2010, así como los datos de la historia clínica que dan cuenta de que el Hospital San Vicente de Paúl estuvo esperando por 15 horas la respuesta a la solicitud de remisión.

Síntesis de la decisión

1. La Sala Séptima revisó las sentencias de tutela que negaron el amparo del derecho fundamental al debido proceso, invocado por los accionantes con fundamento en una valoración defectuosa de las pruebas por parte del Tribunal Administrativo del Valle del Cauca. Ese Tribunal consideró que la atención médica brindada a Simón en el Hospital Raúl Orejuela fue adecuada, con base en que después de diagnóstico de bronconeumonía el niño mejoró con el tratamiento que recibió durante 3 horas en dicha institución y que, por la ausencia de síntomas respiratorios, cuando fue revisado a las 7:00 pm del 6 de julio de 2010, era posible pasar a un nuevo diagnóstico: faringoamigdalitis.

1. Además, ese despacho judicial estimó que Caprecom tampoco era responsable, porque si bien no adelantó ninguna actuación para gestionar el traslado de Simón a una institución de mayor complejidad, dicha labor sí fue realizada por el Hospital San Vicente de Paúl.

1. La Sala de Revisión concluyó que en este caso se configuró un defecto fáctico porque en la providencia atacada: (i) se declaró probado un hecho que no emerge con claridad y suficiencia de los medios de prueba que reposan en el expediente: cuando el Tribunal afirmó que la bronconeumonía se había superado para dar paso a un nuevo diagnóstico, sin que dicha conclusión esté soportada en prueba científica; y (ii) omitir la valoración de pruebas disponibles en el expediente: (a) al pasar por alto el cuestionamiento del dictamen del INML sobre la inactividad de Caprecom durante el 9 de julio de 2010, así como los datos de la historia clínica que dan cuenta de que el Hospital San Vicente de Paúl estuvo esperando por 15 horas la respuesta a la solicitud de remisión; y (b) no valoró los antecedentes de hospitalización de Simón por episodios previos de neumonía.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Constitucional, administrando justicia, en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

PRIMERO. REVOCAR la providencia proferida en primera instancia por la Subsección A, Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, el 15 de diciembre de 2021, y la sentencia de segunda instancia que fue emitida por la Subsección B, Sección Tercera de la misma autoridad judicial, el 7 de marzo de 2022, dentro de la acción de tutela instaurada por Juvenal, Fermina y otros contra el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca. En su lugar, TUTELAR el derecho fundamental al debido proceso de los accionantes.

SEGUNDO. REVOCAR el fallo de segunda instancia, proferido por el Tribunal Administrativo

del Valle del Cauca, el 30 de julio de 2021, dentro del trámite del medio de control de reparación directa promovido por Juvenal, Fermina y otros contra el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, Hospital San Vicente de Paúl de Palmira y Caprecom ARS.

TERCERO. ORDENAR al Tribunal Administrativo del Valle del Cauca que, dentro del mes siguiente a la notificación de esta providencia, profiera una sentencia de reemplazo, teniendo en cuenta las consideraciones expuestas en este fallo de tutela.

CUARTO. LIBRAR las comunicaciones –por la Secretaría General de la Corte Constitucional–, así como DISPONER las notificaciones a las partes –a través del juez de tutela de instancia–, previstas en el artículo 36 del Decreto Ley 2591 de 1991.

Cópiese, notifíquese, comuníquese, publíquese y cúmplase.

Magistrada

NATALIA ÁNGEL CABO

Magistrada

JOSE FERNANDO REYES CUARTAS

Magistrado

Con aclaración de voto

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

ACLARACIÓN DE VOTO DEL MAGISTRADO

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

A LA SENTENCIA T-408/22

A continuación, expreso las razones que me llevan a aclarar el voto en la Sentencia T-408 de 2022.

1. La Sala Séptima de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional estudió una acción de tutela presentada por Juvenal y Fermina contra el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, por la decisión de segunda instancia proferida dentro del medio de control de reparación directa adelantado por los accionantes ante la muerte de su hijo menor Simón.

1. En la Sentencia T-408 de 2022 concedió el amparo del derecho fundamental al debido proceso de los accionantes, revocó el fallo de segunda instancia proferido por el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca y ordenó al mencionado Tribunal proferir una nueva sentencia, de conformidad a las consideraciones del fallo de tutela.

1. Si bien comparto la decisión adoptada, considero que ésta debió integrar algunos elementos necesarios para sustentar las conclusiones a las que arribó.

1. En primer lugar, considero que la Sala debió adelantar un análisis de los elementos de la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, dado que sobre este aspecto versaba el medio de control de reparación directa adelantado por los accionantes ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

1. Al respecto, el artículo 90 de la Constitución Política dispone que para que se configure la responsabilidad patrimonial del Estado, se deben demostrar tres elementos: i) el daño antijurídico; ii) la imputación de este al Estado y iii) el nexo causal. En igual sentido, en asuntos de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, el Consejo de Estado ha establecido que el título de imputación aplicable es el de la falla del servicio y que se debe acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad113.

1. Además, esa Corporación ha establecido que en estos asuntos es necesario que se demuestre que i) la atención médica no cumplió con estándares de calidad fijados por el Estado; y ii) deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente -no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance-114.

1. En ese sentido, se echa de menos en las consideraciones de la decisión, un análisis de lo establecido por el Consejo de Estado115 en materia de responsabilidad médica, en la que opera el régimen de la falla el servicio116.

1. En hilo de lo anterior, considero que en el caso concreto se debió incluir un estudio de cómo la indebida interpretación probatoria del Tribunal Administrativo del Valle del Cauca imposibilitó demostrar que efectivamente el cambio de diagnóstico de bronconeumonía a faringoamigdalitis y la demora en la remisión a una entidad hospitalaria de mayor complejidad, generaron una falla médica de tal índole que desencadenó en la muerte de Simón (daño antijurídico, imputación de este al Estado y nexo causal)117.

1. En segunda medida, la sentencia en cuestión establece en los fundamentos 97 a 105, que no era posible que Simón pudiera recuperarse en menos de tres horas del diagnóstico de bronconeumonía, según la evidencia científica que se cita. Al respecto, la decisión menciona una revista médica internacional (fundamento 103) y un concepto médico sobre la recuperación de la neumonía (fundamento 104), para sostener que en efecto ese diagnóstico no podía superase en dicho lapso. Considero que estas fuentes no podían ser entendidas como los únicos conceptos médico científicos que respaldan esa conclusión, y por el contrario, se debieron incorporar diferentes conceptos sobre la bronconeumonía, su tratamiento y recuperación, según consultas a fuentes idóneas, o en subsidio indicar que el Tribunal accionado debía contar con un medio probatorio pertinente y conducente para tal efecto -i.e. peritazgo médico-, para concluir que Simón había superado su diagnóstico inicial.

1. Finalmente, en el análisis sobre la atención brindada por Caprecom EPS, la sentencia determina que esa entidad disponía de hasta 6 horas para responder la solicitud de autorización de traslado a un hospital de mayor complejidad, sin embargo esto nunca sucedió y el Hospital San Vicente de Paul de Palmira debió ocuparse del traslado del menor, ante la falta de respuesta de dicha EPS.

1. Al respecto, considero que el análisis sobre la responsabilidad de Caprecom pudo incluir los planteamientos de la Corte Constitucional sobre a) el acceso a los servicios de salud y reiterar la jurisprudencia constitucional que ha definido que la salud tiene una doble connotación: i) como derecho118 -prestación oportuna, eficiente y de calidad y según principios de continuidad, integralidad e igualdad-; y ii) como servicio público119 -según principios de eficiencia, universalidad y solidaridad-; y b) la garantía superior de los derechos fundamentales de los niños en materia de salud, que exige a las EPS asumir un nivel mayor de protección, en especial, cuando se trata de remover obstáculos administrativos para asegurarles la prestación del servicio en términos de prontitud, eficacia y eficiencia120.

1. En conclusión, si bien comparto el fondo de la decisión y estimo las medidas adoptadas como adecuadas para la protección de los derechos de los accionantes, considero que se debieron analizar los elementos de la responsabilidad del Estado por las fallas en el servicio alegadas, pues sobre este aspecto versó el medio de reparación directa sobre el cual el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca consideró que la atención médica brindada a Simón en el Hospital Raúl Orejuela fue adecuada y que Caprecom tampoco era responsable por su muerte. A su vez, era necesario citar diferente evidencia científica que permitiera enrostrar al mencionado Tribunal, que en efecto el diagnóstico de bronconeumonía no se podía superar en el lapso de 3 horas para dar paso a un nuevo diagnóstico. Finalmente, se podían integrar en la decisión los planteamientos de la Corte Constitucional sobre las responsabilidades a cargo de las empresas prestadoras de salud, en especial al tratarse de los derechos fundamentales de un menor de edad en materia de salud.

En los anteriores términos dejo consignada mi aclaración de voto.

Fecha ut supra,

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Magistrado

1 Los nombres han sido cambiados en el texto de la providencia publicada, con el fin de proteger los derechos a la vida privada y familiar del niño, conforme con el artículo 33 del Código de Infancia y la Adolescencia.

2 Refiere a los 4 hijos menores de edad de Fermina y Juvenal.

3 De acuerdo con copia del registro civil de nacimiento. Documento disponible en: Archivo digital, documento consecutivo No. 22, 01Cuaderno1-2012-00063-00, pág. 3.

4 Archivo digital, documento consecutivo No. 22, 01Cuaderno1-2012-00063-00, págs. 119 a 121.

5 Ibid., pág. 244, párr. 2.

6 Varios de los apartes de la historia clínica son ininteligibles, por ello la historia clínica fue trascrita por el subdirector científico del Hospital Raúl Orejuela.

7 De acuerdo con copia de carné que se encuentra en: Archivo digital, documento consecutivo No. 22, 01Cuaderno1-2012-00063-00, pág. 5.

8 Archivo digital, documento consecutivo No. 22, 01Cuaderno1-2012-00063-00, pág. 121.

9 Ibid., pág. 122.

10 Ibid.

11 Ibíd, último párrafo.

12 Ibíd., pág. 11

13 Ibíd.

14 Ibíd., pág. 123.

15 Ibíd., pág. 123.

16 Ibíd., pág. 244, párr. 1, líneas 8 a 10.

17 Ibid., pág. 243, última línea.

18 Ibid., pág. 246.

19 Ibid., pág. 247.

20 Ibid.

21 Ibíd., pág. 248.

22 Ibid.

23 Ibíd., pág. 33.

24 Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

25 Archivo digital, documento consecutivo No. 22, 01Cuaderno1-2012-00063-00, pág. 33.

26 Ibíd., archivo 03PruebasPteDemandante3-2012-00063-00, pág. 3.

27 Ibíd., pág. 39.

28 Archivo digital, documento consecutivo No. 22, 01Cuaderno1-2012-00063-00, pág. 46.

29 Archivo digital, documento consecutivo No. 1.

30 Teniendo en cuenta que no allegó prueba de su condición de abuela materna. Ver Archivo digital, documento consecutivo No. 1, pág. 7, párr. 3.

31 Archivo digital, documento consecutivo No. 1, pág. 15, párr. 6.

33 Archivo digital, documento consecutivo No. 1, pág. 15, párr. 4.

34 Ibíd., págs. 15 y 16.

35 Ibid., pág. 16, párr. 4.

36 Ibid., pág. 19, párr. 2.

37 Ibid.

38 Ibid.

39 Ibid., pág. 26.

40 Archivo digital, documento consecutivo No. 22, archivo 07 Sentencia, pág. 15.

41 Ibíd., pág. 16.

42 Ibíd.

43 Ibíd., pág. 18.

44 Ibíd., pág. 19.

45 Sobre esta última institución, el Tribunal indicó que no haría ningún pronunciamiento sobre su conducta porque no fue demandada, pese a que le llamó la atención que hubiese considerado que el niño no requería cuidados intensivos, aunque existía la orden de un especialista en ese sentido,

46 Ibíd., pág. 21.

47 Archivo digital, documento consecutivo No. 4, pág. 7.

48 Ibid., pág. 7, párrs. 3 y 4.

49 Ibid., párr. 5.

50 Ibid., párr. 6.

51 Ibid., párr. 7.

52 Archivo digital, documento consecutivo No. 24, pág. 2.

53 Ibid., pág. 3.

54 Archivo digital, documento consecutivo No. 33, pág. 10.

55 Ibid., pág. 13.

56 Ibíd.

57 Ibíd.

58 Ibíd., pág. 14.

59 Ibid.

60 Ibíd., pág. 16.

61 Ibid., párr. 3.

62 Ibíd.

63 Ibid., párr. 4.

64 Archivo digital, documento consecutivo No. 37.

65 Archivo digital, documento consecutivo No. 36, pág. 2.

66 Ibid.

67 Ibid., pág. 3.

68 Ibid., pág. 4

69 Ibíd., pág. 3.

70 Archivo digital, documento consecutivo No. 45.

71 Ibid., pág. 9.

72 Ibid.

73 Ibid., pág. 10.

74 Ibid., pág. 11.

75 Ibid.

76 Ibid., pág. 12.

78 «ARTÍCULO 250. CAUSALES DE REVISIÓN. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 20 de la Ley 797 de 2003, son causales de revisión: 1. Haberse encontrado o recobrado después de dictada la sentencia documentos decisivos, con los cuales se hubiera podido proferir una decisión diferente y que el recurrente no pudo aportarlos al proceso por fuerza mayor o caso fortuito o por obra de la parte contraria. 2. Haberse dictado la sentencia con fundamento en documentos falsos o adulterados. 3. Haberse dictado la sentencia con base en dictamen de peritos condenados penalmente por ilícitos cometidos en su expedición. 4. Haberse dictado sentencia penal que declare que hubo violencia o cohecho en el pronunciamiento de la sentencia. 5. Existir nulidad originada en la sentencia que puso fin al proceso y contra la que no procede recurso de apelación. 6. Aparecer, después de dictada la sentencia a favor de una persona, otra con mejor derecho para reclamar. 7. No tener la persona en cuyo favor se decretó una prestación periódica, al tiempo del reconocimiento, la aptitud legal necesaria o perder esa aptitud con posterioridad a la sentencia o sobrevenir alguna de las causales legales para su pérdida. 8. Ser la sentencia contraria a otra anterior que constituya cosa juzgada entre las partes del proceso en que aquella fue dictada. Sin embargo, no habrá lugar a revisión si en el segundo proceso se propuso la excepción de cosa juzgada y fue rechazada».

79 MP. Jorge Enrique Ibáñez Najar.

80 Supra 41.

81 Las consideraciones presentadas en este capítulo fueron tomadas de la sentencia T-357 de 2021, MP. Cristina Pardo Schlesinger.

82 T-039 de 2005, MP. Manuel José Cepeda Espinosa.

83 Ibíd.

84 Sentencia T-231 de 1994, MP. Eduardo Cifuentes Muñoz.

85 Sentencia T-567 de 1998, MP. Eduardo Cifuentes Muñoz. Reiterada por las sentencias SU-462 de 2020.

86 Sentencia SU-462 de 2020, MP. Cristina Pardo Schlesinger

87 Sentencia T-039 de 2005, MP. Manuel José Cepeda Espinosa.

88 Sentencia T-039 de 2005, MP. Manuel José Cepeda Espinosa.

89 Sentencia T-074 de 2018, MP. Luis Guillermo Guerrero.

90 Sentencias SU-490 de 2016 y SU-537 de 2017.

91 Ibíd.

92 Sentencia T-302 de 2003, reiterada en las Sentencias SU-195 de 2012, SU-566 de 2015 y SU-537 de 2017.

93 Sentencias T-388 de 2006, SU-946 de 2014 y SU-537 de 2017.

94 Sentencia T-074 de 2018, MP. Luis Guillermo Guerrero.

95 Sentencias SU-198 de 2013, SU-946 de 2014, SU-556 de 2015, SU-490 de 2016 y SU-210 de 2017.

96 Sentencia SU-817 de 2010, SU-946 de 2014, SU-490 de 2016, SU-210 de 2017 y SU-537 de 2017.

97 Sentencia T-074 de 2018, MP. Luis Guillermo Guerrero.

98 Archivo digital, documento consecutivo No. 22, archivo 07 Sentencia, pág. 15.

99 Ibíd., pág. 18.

100 Ministerio de salud y Protección Social, Guía de práctica clínica para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años, pág. 24. Documento disponible en: https://medicosgeneralescolombianos.com/images/Guias_2014/GPC_42_Neumonia_y_Bronquilitis.pdf

101 Organización Panamericana de la Salud. Los servicios de radiología son críticos para cubrir las necesidades en salud pública. 2003. Documento disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9141:2013-radiology-services-critical-meeting-public-health-needs&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0 (fecha de consulta: 12 de octubre de 2022).

102 Lagos, Rosanna. Di Fabio, José Luis. El uso de la radiografía de tórax para la vigilancia de neumonías bacterianas en niños latinoamericanos. Documento disponible en: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2003.v13n5/294-302/

103 Revista Internacional de la Sociedad Respiratoria Española de Neumología y Cirugía Torácica, Duración del Tratamiento antibiótico en la neumonía adquirida en la comunidad, pág. 1. Documento disponible en https://www.archbronconeumol.org/es-pdf-S0300289615000575

104 Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre, Neumonía Recuperación. Información disponible en https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/neumonia/recuperacion#:~:text=Puede%20requerirse%20alg%C3%BAn%20tiempo%20hasta,durante%20alrededor%20de%20un%20mes. (fecha de consulta: 3 de noviembre de 2022).

105 Ibid., pág. 244, párr. 2.

106 OMS y Unicef. 2009. Plan de Acción Global para prevenir y controlar la neumonía, pág. 5. Traducción libre. Documento disponible en https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/2460_d_informe_neumonia_

OMS_UNICEF_2009.pdf. (Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2022).

107 Archivo digital, documento consecutivo No. 22, 05PruebapteDemandante-2012-00063-00, pág. 7.

108 Ibid.

109 Sobre esta última institución, el Tribunal indicó que no haría ningún pronunciamiento sobre su conducta porque no fue demandada, pese a que le llamó la atención que hubiese considerado que el niño no requería cuidados intensivos, aunque existía la orden de un especialista en ese sentido,

110 Ibíd., pág. 21.

111 Ibid.

112 Ibíd.

114 Consejo de Estado, sentencia del 3 de octubre de 2016, exp. 40057.

115 Consejo de estado sentencia del 15 de febrero de 2012 exp. 21907, del 30 de enero de 2013 exp. 24986, del 28 de septiembre de 2015 exp. 34086 y del 24 de octubre de 2016 exp. 38555.

116 Al respecto, se pudo observar el análisis realizado en la sentencia T-270 de 2017.

117 En ese sentido, se pudieron observar los análisis que se adelantaron, por ejemplo, en las Sentencias T-147 de 2020 o en la SU 048 de 2022 sobre el defecto factico de indebida valoración probatoria, en las que se contrastaron las consideraciones de la autoridad judicial accionada sobre la falla en el servicio y los elementos de prueba con los que contaba para llegar a una conclusión diferente.

118 Ver por ejemplo las sentencias T-760 de 2008, T-460 de 2012 y C-313 de 2014, entre muchas otras.

119 Ver por ejemplo la sentencia T-121 de 2015.

120 Ver por ejemplo las sentencias T-1198 de 2003, T-164 de 2009, T-479 de 2012, T-505 de 2012, T-234 de 2013, T-124 de 2016, T-405 de 2017 y T-256 de 2018, entre muchas otras.