

EFICACIA PROBATORIA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN LOS PROCESOS  
JUDICIALES QUE IMPLICAN RESPONSABILIDAD POR MUERTE NEONATAL



Maricel Murillo Mosquera

31833169

Trabajode grado para optar al título de Magister en Derecho Médico

Jorge Enrique Daza Arana

Docente Tiempo Completo USC

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI  
FACULTAD DE DERECHO  
PROGRAMA: MAESTRIA EN DERECHO MÉDICO  
CALI – COLOMBIA  
2020

# EFICACIA PROBATORIA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN LOS PROCESOS JUDICIALES QUE IMPLICAN RESPONSABILIDAD POR MUERTE NEONATAL

## PROBATIVE EFFICACY OF MEDICAL RECORDS IN LEGAL PROCEEDINGS INVOLVING LIABILITY FOR NEONATAL DEATH

### **Resumen**

El profesional ginecoobstetra y el personal que interviene en los procesos de atención del recién nacido, puede involucrarse legalmente ante casos de mortalidad neonatal; en la historia clínica se deben registrar todas las actuaciones derivadas de la atención de la salud, este documento es privado y por ende constituye prueba documental como parte del acervo en todo tipo de actuaciones judiciales. Objetivo general: identificar la eficacia probatoria de las historias clínicas en los procesos judiciales que implican responsabilidad por muerte neonatal en Colombia. Metodología: se realizó casuística con análisis e interpretación de sentencias por demandas con implicaciones médico legales en ginecobstetricia por muerte neonatal. Resultados: en uno de los casos la materna asistió por cinco ocasiones al centro de salud dependiente de la EPS, sin prever la existencia de la incompatibilidad cefalopélvica del feto. En el segundo caso, se obvia ecografía tomada con un mes de anterioridad donde se evidencia enrollamiento del cordón umbilical en la cisterna uterina, tras inducciones fallidas se opta por la práctica de una cesárea como consecuencia hubo una muerte neonatal; se detectan fallas en la atención, lo cual conlleva a demanda y a la obligatoriedad de resarcir el daño. Conclusiones: La historia clínica como documento probatorio conduce a los jueces y a los diferentes órganos jurisdiccionales a detectar fallas en el proceso de atención, aún cuando el binomio madre-hijo revistan de una preexistencia no registrada, y halla dificultad para establecer el nexo causal, con el modelo cognocitvista se establece la verdad judicial amparándose en las reglas de la carga de la prueba y de la sana crítica.

**Palabras claves:** mortalidad neonatal, eficacia, aspectos judiciales, historia clínica.

## **Abstract**

The obstetric-gynecologist (OBGYN) specialist and the personnel involved in the care of the newborn, can be legally liable in cases of neonatal death; in the medical record all the exams, assessments and procedure descriptions must be recorded, this document is private and therefore constitute documentary evidence as part of *acquis* in all types of legal proceedings. The general objective: identify the evidential efficacy of the medical records in the legal proceeding that imply responsibility for neonatal death in Colombia. Methodology: casuistry was performed with analysis and interpretation of sentences for lawsuits with medico-legal implications in OBGYN for neonatal death. Results: in one of the cases, the mother visited the health center (EPS) in five different occasions without providers foreseeing the existence of the cephalo-pelvic incompatibility of the fetus. In the second case, an ultrasound taken a month earlier with obvious evidence of coiling of the umbilical cord in the uterine cistern is not taken in consideration and after fail inductions, a cesarean section was performed but the neonate did not survive; there are clear failures in the care provided so a lawsuit is filed and eventually obligates the defendant to compensate the accuser for damages. Conclusions: The medical record as a probative document leads the judges and the different jurisdictional bodies to detect flaws in the care process, even when the mother-child pair have an unregistered pre-existence and find it difficult to establish the causal link, with the cognitive-model the judicial truth is established by protecting the rules of the burden of proof and sound criticism.

**Key Words:** neonatal mortality, efficacy, judicial aspects, clinical history.

## **Introducción**

La mortalidad neonatal se produce con mayor frecuencia en poblaciones de bajo y mediano estrato socioeconómico; las causas son múltiples, y están relacionadas con la edad materna, entre otros factores. En ocasiones, las muertes neonatales se atribuyen a deficiencias en la calidad de los registros, al proceso de atención, o son generadas por errores

en los actos médicos; situaciones que obliga a enfrentar demandas por responsabilidad civil. Se hace necesario abordar la temática desde el punto de vista de salud y los aspectos legales, que implican favorecer al usuario o eximir de responsabilidad al profesional de la medicina

La historia clínica debe reflejar todas las actuaciones efectuadas por el personal de salud; los datos debidamente referenciados con una atención oportuna, pertinente, en conexión con el cumplimiento de la normatividad existente, son evidencias del deber de cuidado. La historia no solo es un documento privado, sino que es la única prueba de la actuación médica, y su valoración la define el juez o las autoridades competentes conforme a principios que conducen a lograr la máxima eficacia para la aceptación en el proceso, con base en sus conocimientos y las teorías coherencistas y pragmáticas que la sustentan; el contenido de la prueba sirve como argumento para la toma de decisiones al momento de proferir un fallo. Lo anteriormente manifestado y con fundamento en el estudio casuístico de unas sentencias que ejemplifican lo expuesto, se pretende llegar a una aproximación objetiva y se invita a la comunidad médica y sanitaria a espacios de reflexión.

## **1. Mortalidad neonatal una problemática universal**

El mayor riesgo de fallecimiento en los niños se presenta en los primeros 28 días posterior al nacimiento, este es el período en que se considera al niño como neonato. La muerte del neonato es temprana cuando se produce durante los días del 1º al 7º; posterior al 7º día, y hasta antes del día 28, se considera una muerte neonatal tardía. (Organización mundial de la salud 2017).

Los fallecimientos de recién nacidos, o neonatos, constituyen el 45% de los fallecimientos de niños menores de cinco años. La mayoría de estos fallecimientos de (75%) se produce durante la primera semana de vida, y de éstos entre el 25% y el 45% se producen en las primeras 24 horas. Las causas principales de fallecimientos de recién nacidos son: el nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, infecciones, asfixia y traumatismos en el parto. Estas causas explican casi el 80% de las muertes en este grupo de edad, siendo más evidente en los países de bajos y medianos ingresos. (Centro de prensa, 2017)

En Colombia, entre los años 2000 y 2016, hubo reducción de la mortalidad del 44% comparado con el lapso entre 1999 y 2013 el cual correspondió al 62%, pasando del 24.3%

al 13% de fallecidos por cada 1000 de nacidos vivos, el mayor porcentaje se produjo en hombres 23% , y en mujeres el 19%.

El Boletín epidemiológico del Instituto Nacional de Colombia (2019), para las semanas 1 a 52, reportó de manera agrupada la proporción de las causas de muerte perinatal y neonatal así: otras causas de muerte 25,4 % principalmente trastornos de origen perinatal y placentarios; 23,6 % por prematuridad e in-maturidad; y el 22,7 % por asfixia y causas relacionadas.

Para ese momento se notificaron 9.432 casos incluyen muerte perinatal anteparto y neonatal tardía, siendo las primeras de mayor proporción con un 48.8 %(4.599); neonatales tempranas 27.5%(2.590); neonatales tardías 14.3% (1.345); perinatal intraparto 9.4% (890) y sin dato 0.1% (8). La razón fue de 14,8 muertes por cada 1 000 nacidos vivos. (Instituto Nacional de Salud [INS], 2019).

En este año (2020), el reporte epidemiológico correspondiente a la semana N° 9 , evidencia una razón de 14,3 en relación a la mortalidad perinatal y neonatal tardía por cada 1000 nacidos vivos. La notificación es de 1426 casos; la mayor proporción es del 47.1 %(672) por muerte perinatal anteparto; neonatal temprana es del 28.9%(412); neonatales tardías representan el 13.5% (192); perinatal intraparto el 10.4% (148) y sin dato el 0.1% (2). (Instituto Nacional de Salud [INS], 2020).

Una de las metas del tercer objetivo del desarrollo sostenible (ODS) planteado por la OMS es disminuir las muertes prevenibles; los subregistros de las muertes no permite obtener datos objetivos por lo tanto, son cifras aproximadas. La meta para el año 2030, es que no se generen muertes en este grupo etario, e ir reduciendo las cifras por lo menos a 12 muertes por cada 1000 nacidos vivos de las muertes neonatales y 25 por cada 1000 nacidos vivos de muertes en menores de 5 años. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

En Colombia, los nacidos vivos en el segundo trimestre de los últimos cinco años han disminuido en un 2%, en contraste con las defunciones que para el mismo período fue del 6,8%. Para el segundo trimestre del 2018 y 2019 la proporción fue de 1,0% de nacidos con respecto al 2,7% de las defunciones. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2019)

Los datos reportados muestran el escenario social de Colombia en cuanto a la mortalidad de los neonatos, lo que ha causado algunas demandas por responsabilidad civil instauradas a galenos o, a instituciones de salud por falla en los actos médicos o en la

prestación del servicio, por tal motivo la historia clínica y los soportes deben estar debidamente diligenciados para su utilidad como eficacia probatoria en los casos necesarios.

El fallecimiento en neonatos, se presenta en ocasiones por fallas en el proceso de atención o por deficiencias en los registros en la historia clínica, creando una presunción de culpabilidad en los profesionales que intervienen en las prácticas ginecobstetras, y enfrentándose a demandas, lo que constituye un problema de gran preocupación no solo a nivel local, sino también internacional.

## **2. Desarrollo de la historia clínica**

El desarrollo de la historia clínica escribe Lain (1998) se remonta al siglo V a.c, con los escritos de Hipócrates en el Corpus Hippocraticus, a este se suman los relatos de las cuarenta y dos historias contenidas en los libros I y III de las Epidemias hipocráticas, las cuales fueron mencionadas por Galeno y restauradas por el médico francés Desmars en el siglo XVIII. En las catastásis expuestas en estos libros, los asclepiadas hipocráticos de Grecia, escribían de manera organizada y precisa sus experiencias, basadas en las enfermedades de algunos pacientes; las historias reflejaban el poder de la observación y de la minuciosa descripción de la sintomatología en orden cronológico. Los escritos incluían la zona geográfica, astronómica y climática del lugar donde el paciente vivía y la ocasión en que enfermó; es decir, se tenía en cuenta al individuo y al contexto que le rodeaba; es epidemiología propiamente dicha. En el medioevo, se constituye la etapa del concilium, surgieron diversos autores destinados a realizar teorías sobre patologías de los diferentes órganos y de cómo deberían ser curados los pacientes; en la época del renacimiento durante los siglos XV y XVI, hubo una etapa observacional de la patología y de anatomía con disecciones; en el siglo XVII pudieron describir la anatomía patológica y correlacionar estos datos con la sintomatología del enfermo.

En el siglo XVIII, Wuani (2010) hace referencia a la unión entre la mentalidad clínica sydenhamiana, y los conocimientos anatomopatológicos, como parte de la historia clínica originando una estructura canónica y su representante es el maestro holandés

Hermann Boerhaave y surgen las primeras cátedras de Clínica en Edimburgo en 1.741 y en Oxford en 1.780 dando un paso a la medicina moderna.

La mentalidad clínica sydenhamiana, tiende a la objetividad y describe las especies morbosas proponiendo nosografías empíricas dejando atrás historia morbi basada en la individualidad hipocrática y la especificidad medieval, adicionando un factor externo correspondiente a las perturbaciones atmosféricas las cuales afectan al ser humano por permanecer en este mundo. En el siglo XIX, Wuani (2010) expresa que los nuevos aportes en Anatomía Patológica, Fisiología, Fisiopatología, Bioquímica y de Bacteriología esta última con su impulsor Luis Pasteur, hacen manifiesta una historia clínica que refleja estos avances y en la primera mitad del siglo XX se anexan los pensamientos de Sigmund Freud, Adler y de los humanistas antropólogos, apareciendo el concepto no solo del cuerpo sino del alma y del espíritu con su realidad social, es decir la multidimensionalidad. En el siglo XX Surge el punto de vista jurídico como documento privado, en conexión con el consentimiento informado y sujetos a la ley de protección de datos. (Ley 1581 de 2012)

El objetivo de la historia clínica, no es meramente el describir la condición patológica del paciente y su intervención. Este documento debe vislumbrar la calidad de la asistencia del centro asistencial y del personal encargado demostrando sus conocimientos y la experiencia que los acredita. La historia clínica hace parte de los procesos administrativos para respaldar los costos de los procedimientos realizados ante el pagador del servicio, es un indicador de gestión en la atención realizada, se utiliza como material de consulta para los estudiantes en formación, e investigación y como elemento probatorio en procesos legales.

## **2.1. Desarrollo doctrinal y legal de la historia clínica en Colombia**

La historia clínica como documento legal en Colombia tiene su origen a partir de la legislación regida por el código de ética para los galenos, este establece que las prescripciones médicas se deben realizar por escrito, el art. 34 manifiesta la obligatoriedad de dicho registro, y define la historia como un documento privado, sometido a reserva, y “solo puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley” (Ley 23,1981).

En relación a la privacidad e inviolabilidad, el decreto reglamentario de la Ley 23 de 1981, estipula que “el conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta” (Decreto 3388, 1981, art.23).

La resolución 1995 de 1999, ratifica este documento como privado, establece las características, y las normas necesarias para el diligenciamiento. Esta resolución quedó modificada en el año 2017 en relación al período de retención el cual es en la actualidad de 15 (quince) años, 10 (diez) en el archivo central y 5 (cinco) en el archivo de gestión. Estos periodos se duplican en casos requerido por la ley como los de víctimas por la violación de los derechos humanos o por infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, la custodia debe permanecer cuando estas hacen parte de procesos relacionados con delitos de lesa humanidad; las disposiciones finales de custodia y conservación cesan para ser entregadas al usuario, al apoderado o al representante legal previa publicación en un diario de amplia circulación nacional, estos detalles se especifican en los artículos 3° y 4° de la resolución que la modifica (resolución 839, 2017).

Las implicaciones legales de la historia clínica obedecen al contrato del servicio médico, fundamentadas en la capacidad de los sujetos, el consentimiento informado, el objeto lícito y la causa lícita; la capacidad de sujetos corresponde a la responsabilidad que tiene el galeno con base en sus facultades y conocimientos para tomar decisiones con respecto a las intervenciones, los riesgos y las alternativas para el manejo de la patología, la segunda implicación resulta del consentimiento informado (ley 23, 1991, art, 14,15,18); del objeto lícito por el hecho de estar ajustado a la ley y de la causa lícita por ser permitida por la misma. Se establece un contrato consensual, en el cual, el médico dispone de todos los medios que estén a su alcance para favorecer al enfermo, y este a su vez se compromete a retribuir económicamente por el servicio prestado. El contrato puede llevarse a cabo a través de empresas promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, de clínicas privadas, medicina prepagada, o de manera individual en consulta privada (Guzmán, Arias, 2012).

## **2.2 Historia clínica en la jurisprudencia colombiana**

La jurisprudencia, afirma cada uno de los aspectos legales que respaldan la naturaleza de la historia clínica, las características, el secreto profesional, la importancia de los consentimientos informados y el derecho a la intimidad aún en los casos de fallecimiento. Los datos que se obtengan de la historia clínica de un paciente sin su autorización, no pueden ser utilizados válidamente como prueba en un proceso judicial (Corte Constitucional, 1993, T-413/93), se revalida con la sentencia (Corte Constitucional, 2006, T-834/06), la cual enfatiza el derecho a la intimidad, consagrado en el artículo 15 de la Carta magna (1991); este derecho persiste aún con el fallecimiento de las personas, salvo bajo autorización judicial con la finalidad de que los familiares accedan al derecho a la administración de justicia, a la información y a suministrarla como prueba en un proceso.

La jurisprudencia ha considerado casos especiales para que terceros puedan acceder a la historia clínica, por lo tanto desde esta óptica, este derecho pierde absolutismo en aquellos casos donde se incluye a las personas que padecen algún tipo de enfermedad física o mental, aunque el carácter de reserva es un derecho de la personalidad, extrapecuniario e intransmisible, se requiere para acceder a otros derechos fundamentales ( Sentencia T-182/09).

### **3. Eficacia probatoria de la historia clínica**

Para explicar la eficacia de la historia clínica nos centramos en dos aspectos, el primero es referente a la eficacia de la prueba judicial en los diferentes procesos y por tanto no excluye los procesos que implican responsabilidad civil; el segundo, contempla el respaldo del documento probatorio a través de la firma del autor.

En la valoración de la eficacia de la prueba Ruiz (2009), propone la necesidad de debatir, sobre si es posible obtener la verdad con las pruebas que se presentan frente a los hechos y las circunstancias que los acompañan; argumenta que, la valoración de la prueba posee componentes epistemológicos y de la teoría del conocimiento, así como las teorías que la cuestionan, entre ellas la consensual y las teorías coherencistas y pragmáticas.

Para que la valoración de la prueba sea eficaz, las partes tienen el derecho a la valoración racional por parte del juez, y a que las afirmaciones que este declare se hagan conocer de manera oportuna mediante providencia escrita, para evitar la vulneración del debido proceso y el derecho a la defensa.

La valoración racional no solo es un concepto humanístico que abarca las teorías filosóficas y de la sociología, para Ayala (2009), “el derecho centra su actuar en la racionalidad práctica “consiste en una valoración axiológica de justicia que nos muestra lo que se ajusta o no es conforme a la justicia, lo cual tiene razón suficiente” (citado en Rodríguez, Tuirán , 2011 p. 201).

La valoración y la eficacia de la prueba expone Peña (2008) , están ligadas a la aplicación de los discernimientos racionales, para así determinar procesalmente los hechos, y el grado de aceptabilidad de la prueba es semejante al grado de confirmación sobre la hipótesis previamente planteada en relación a los hechos, en síntesis la eficacia de la prueba queda establecida por la valoración de la misma y la apreciación que se tenga de ella.

Referente al concepto y características de la verdad procesal, el juez profiere una verdad judicial con argumentos racionales basados en la prueba y está facultado para declararla por medio de la regla de la carga de la prueba basado en su intelecto, esto responde al modelo del cognoscitivismo, así la verdad queda restringida a lo empíricamente verificable, con alto grado de subjetividad, lo cual atañe al carácter mínimo de la verdad procesal.

En las teorías que cuestionan la verdad por correspondencia, interviene el lenguaje utilizado por el legislador y el lenguaje que se usa en las pretensiones con respecto al marco jurídico, las proposiciones son verificables empíricamente y son subjetivas, se explican por la teoría sintáctica de la verdad, puesto que las decisiones del juez se argumentan con lógica y coherencia. Ante la imposibilidad de establecer por las teorías coherencistas una verdad objetiva en los procesos judiciales, las teorías pragmáticas plantean la aceptabilidad justificada, como transcurre cuando dos hipótesis son contradictorias, en tal caso, se decide por la de mayor argumentación y los razonamientos son inductivos. Estas dos teorías son denominadas teorías subjetivas de la verdad.

En los casos de la relación de causalidad en la imputación de la responsabilidad por el daño en la salud a consecuencia de la práctica médica, es aplicable la probabilidad prevaleciente o preponderante no aplica la teoría de la concepción de la verdad, prevalece entonces la probabilidad que trasciende a las ciencias empíricas; los principios de coherencia o aceptabilidad justificada son aceptados como criterios de decisión sobre la verdad, aunque exista duda probatoria.

La teoría consensual de la verdad, hace alusión a los mecanismos alternativos de solución de conflictos, se llegan a acuerdos entre las partes cuando la obtención de la verdad sobre los hechos se dificulta. Con respecto al pragmatismo en materia procesal civil la declaración de la verdad se basa en el valor legal que le asigna el legislador. Ruiz aclara que en “materia procesal civil, las decisiones indican una verdad formal y de ficciones más que al ideal de verdad por correspondencia”.

El segundo aspecto, de la eficacia de la historia clínica contempla el respaldo del documento probatorio a través de la firma del autor, con base en el art. 5° del capítulo II de la resolución 1995 de 1999, expresa que, las anotaciones registradas en la historia clínica deben contener la fecha, la hora, el nombre completo y la firma del autor de la misma. En los documentos digitales, la firma digital, tiene la misma fuerza probatoria en los documentos conforme al art. 28 de la ley 527 de 1999, se debe cumplir con los atributos descritos en el párrafo que los sustenta: “debe ser la única persona quien la use, debe ser susceptible de verificación, estar bajo el control exclusivo de la persona que la usa, debe estar ligada a la información o mensaje, de tal manera que si éstos son cambiados, la firma digital es invalidada y debe estar conforme a las reglamentaciones adoptadas por el Gobierno Nacional.”.

La prueba, los medios de prueba, la noción de la carga, el objeto, el procedimiento y la valoración de la prueba, conducen a orientar y respaldar no solo al juez, sino también, a los abogados en un proceso civil, penal, laboral, comercial, contencioso administrativo, entre otros, por lo tanto, es multidisciplinaria y dinámica. En tal sentido, el no probar es carecer del derecho (*Idem est non esse aut non proban*).

Las pruebas epistemológicamente, pueden considerarse como vehículos para llegar a una verdad aproximada de los hechos, Beltrán (2018) expone que “las pruebas son medio y también son fuente, porque de ellas emana el conocimiento necesario para llegar a establecer con certeza cognoscitiva la verdad” (p. 205).

El objeto de la prueba es el hecho por el cual la prueba se demuestra, se confirma o se refuta, el objeto es precisamente lo que se prueba en el proceso, no necesariamente existe una manera única de describir los sucesos, por que se determinan acorde con el contexto y se basan en enunciados que pueden ser certeros o tener grados de falsedad (Peña, 2008). Igual para Carnelutti (1974), el objeto de la prueba consiste en los hechos, entendidos en un sentido general que comprende incluso la existencia de la máxima experiencia y precepto jurídico.

La aceptabilidad obtenida a través de los medios de prueba es preponderante para la valoración de la misma, la valoración la realiza el juez basado en el intelecto y no de manera arbitraria puesto que caería en una apreciación en conciencia, se requiere de una valoración con base en la sana crítica, es una apreciación de libre convicción. La jurisprudencia en conexión afirma:

La norma basada en los Decretos leyes 1400 y 2019 de 1970, por los cuales se expide el código de procedimientocivil, no autoriza que el juez adopte en forma arbitraria, abusiva o caprichosa la decisión de declarar relativamente inhábil a un testigo, en el momento de su comparecencia a rendir declaración dentro de un proceso civil, y, por el contrario, exige que dicha decisión sea motivada en forma razonada o crítica, de acuerdo con las reglas de la lógica, la ciencia y la experiencia.(Corte constitucional, 2005, Sentencia C-202/05)

Esta referencia es aplicable no solo a las pruebas testimoniales, son aplicables a toda las pruebas incluyendo las documentales.

Los diferentes sistemas probatorios, según Quijano (1985), están definidos por las distintas épocas por las cuales ha atravesado la humanidad y están ligados de manera simultánea al desarrollo de la filosofía, la sociología y las ciencias políticas.

En la época primitiva la prueba se basaba en apariencias, lo cual, pierde eficacia y validez por las simples apariencias, o por hipótesis excepcional, basado en el egoísmo, la ambición y condiciones propias de la naturaleza humana con características consuetudinarias.

El feudalismo dio importancia a los testimonios, la filosofía católica a las confesiones judiciales y al juramento. En el advenimiento de la revolución francesa, el convencimiento fue el sistema evaluador de la prueba y el capitalismo de los Estados industrializados adhiere la verdad formal, como sistema probatorio, donde el juez, toma una actitud pasiva en el proceso.

En la actualidad, se hace referencia a tres sistemas probatorios, influenciado por fuentes filosóficas e individualistas, estos son: el sistema probatorio latino (civil law), producto de lógica greco-romana, conservando el sistema tarifario y la neutralidad del juez, se reglamenta la documentación. El sistema el anglosajón (common law), utiliza la oralidad en la práctica de la prueba, la ley de la evidencia, de la exclusión y adiciona la metodología de la selección de pruebas hechas con el criterio limitado de conducencia. El

socialista priorizó la oralidad con características del sistema inquisitivo, unificó los procedimientos y erradicó la tarifa probatoria (Quijano, 1985).

Las pruebas a través del tiempo, han sido necesarias para dar soporte a los procesos judiciales, la prueba documental de origen justiniano, aún con vigencia en nuestro sistema probatorio se utiliza en las actuaciones judiciales de Colombia. La historia clínica como documento de carácter privado no es excluyente como medio de prueba para la verificación de los hechos ante las demandas instauradas por la mortalidad del neonato. Se opta por el derecho probatorio como la teoría que debe respaldar esta investigación, por ser de gran relevancia en todo tipo de actuaciones judiciales.

En Colombia, el derecho probatorio, está históricamente ligado al nacimiento de la república. Ruiz (2018), diserta sobre la prueba como garantía del derecho constitucional y los contenidos del derecho a la prueba, los cuales están íntimamente relacionados con la eficacia probatoria o fiabilidad probatoria. La presentación de la prueba y el hecho a controvertir aquellas que se presentan en contra, hace parte del debido proceso, acorde con el Art. 29 de la Constitución Política colombiana de 1991.

En palabras de Picó i Junoy (como se citó en Ruiz 2018), el carácter de derecho fundamental de la prueba significa darle la máxima virtualidad y eficacia. Con referencia a los contenidos del derecho a la prueba ligadas al debido proceso; menciona Ruiz, que las reglas son de validez constitucional y legal, tanto en el aspecto procesal o formal, como en el aspecto sustantivo o material; la regla establece precisiones de tiempo, modo y lugar para los actos procesales probatorios; e igualmente para los requerimientos del debido proceso sustantivo, relativos a la licitud probatoria por ser derecho fundamental en la producción del medio de prueba.

Los medios de la prueba, se contemplan en el art. 165 del Código General del Proceso (Ley 1654 de 2012); incluye documentos, indicios, declaración de parte, el testimonio, juramento, dictamen pericial, inspección judicial, y otros medios que sirvan al juez para su convencimiento.

Los artículos 164 al 182 contenidos en El código General del Proceso vislumbran la necesidad de la prueba, los medios, la carga y todas las generalidades concernientes a esta; en el capítulo II del régimen probatorio, art.183 al 190: se apercibe lo relacionado con las pruebas extraprocesales; en los art. 191 al 277: lo pertinente a la declaración de parte y

confesión, el juramento, la declaración de terceros, la prueba pericial, la inspección judicial, los indicios, documentos, y las pruebas por informe.

El derecho probatorio en Colombia se rige por principios, Echandia (1972) describe y define 27, entre ellos el principio de la eficacia de la prueba: la prueba debe ser necesaria para el proceso, debe contener la certeza de los hechos investigados, así el juez debe aceptarla como el medio adecuado para llegar a una conclusión.

#### **4. Historia clínica como prueba documental en los casos de mortalidad neonatal.**

Las fallas en los servicios de ginecoobstetricia, las deficiencias en el acatamiento a las normas prescritas y a la *lex artis*, se traducen en alteración al “deber objetivo de cuidado”, conllevando a daño corporal o inclusive a muerte de neonatos; con alto grado de probabilidad de enfrentar demandas por responsabilidad civil, y a la obligatoriedad de responder civilmente por el daño producido.

El daño y la culpa son elementos de la responsabilidad civil y aunque directamente no se establezca el nexo causal, la prueba documental constituida por una historia clínica que refleje actos de imprudencia, omisión, inobservancia a los protocolos, incumplimiento de las funciones del cargo derivadas de la relación laboral, o inclusive negligencia pueden conllevar al juez a emitir fallos basados en la sana crítica que afecten la institución y a los ginecoobstétricos implicados.

la culpa se define a partir de la acción y no del resultado. entonces, lo fundamental es el desarrollo de la conducta, de ahí que se diferencie el hecho principal imprudente, negligente, imperito o violatorio de reglamentos del resultado dañoso producido, dado que aquellos comportamientos (los primeros) son los que generan la infracción al deber objetivo de cuidado y el resultado típico es el producto de esa infracción que el agente debió prever por ser previsible o que habiéndolo previsto confió en poder evitarlo. ( Corte Suprema de Justicia , 2017, Sentencia-036- 2017)

En ocasión del litigio, al contener la historia clínica los hechos controvertidos , es menester del juez, mediante oficio decretar la distribución de las cargas al solicitar la prueba a la parte que esté en mejor posición de aportarla, en este caso, siendo el usuario el único

dueño de la historia, no posee todas las actuaciones médicas, ni los resultados de las ayudas diagnósticas que le permita probar sus pretensiones; es la entidad demandada quien está en mejor posición de aportar la historia clínica por haber practicado las intervenciones. (Ley 1564, 2012, Art. 167).

La actividad médica, pese a la existencia de la tesis, de que es de medios y no de resultados, por no ser la medicina una ciencia exacta, deja reflejos a través de la historia clínica, así, esta prueba documental, demuestra hechos de actuaciones médicas en ocasiones alejados del diagnóstico inicial, presenciándose errores y omisiones, aunado a las fallas en la calidad correspondientes a los atributos en la atención en salud basados en la oportunidad de la prestación del servicio, la accesibilidad, la seguridad, la pertinencia, continuidad y la satisfacción del usuario.

Ante lo anteriormente manifestado, la Corte Suprema de Justicia, se pronunció con respecto al derecho fundamental de gozar de los servicios de salud con calidad y la incidencia frente a la responsabilidad civil son consideradas reglamentarias las guías de atención, los manuales y toda norma del Ministerio de Salud y las Entes Territoriales que involucre la atención brindada al paciente para lograr estándares exigidos por el sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC).

La violación al derecho fundamental de la salud lleva implícita la culpa siempre que su inobservancia tenga una correlación jurídica con el evento lesivo. Por lo tanto, el cumplimiento de los parámetros exigidos por la *lex artis* otorga significado a la noción de “buen técnico o profesional de la medicina”, pues ésta sin aquélla es un concepto vago, impreciso e imposible de ser tomado como patrón objetivo para la determinación de la culpa médica. Por lo tanto, se resalta que la cultura de calidad total del servicio de salud y seguridad del paciente tiene repercusiones directas en el derecho de la responsabilidad civil, pues en el entorno del sistema obligatorio de calidad de la atención en salud las demoras en la prestación del servicio, el uso de tecnología obsoleta, la ausencia de tratamientos y medicamentos de utilidad comprobada por la medicina evidencial entre otros, son circunstancias constitutivas de responsabilidad organizacional por deficiente prestación del servicio cuando lesionan con culpa la integridad personal del paciente, lo que afecta la sostenibilidad económica del sistema por mayores costos de tratamientos de eventos adversos y pagos de indemnizaciones por daños ocasionados a los usuarios (Corte Suprema de Justicia, 2017, SC9193-2017).

### **5. Aplicación de la historia clínica como elemento probatorio en procesos que implican mortalidad neonatal.**

Se resumen los hechos de las siguientes sentencias, donde se posiciona la historia clínica como documento necesario e indispensable para emitir fallos judiciales por a través de las diferentes cortes en demandas presentadas por responsabilidad civil en casos de muerte neonatal.

En esta sentencia de tutela por fallo en segunda instancia (Corte Suprema de justicia, Sala de lo Contencioso administrativo, sección V., 2015, ST 11001-03-15-000-2014-03476-01), en primera instancia las pretensiones de los demandantes no fueron aceptadas; al revisar la tutela de primera instancia se evidencia violación al derecho fundamental del debido proceso, al acceso a la administración de justicia, a la igualdad y a la prevalencia del derecho sustancial. La historia clínica no fue aportada por parte de la EPS demandada dentro del proceso para demostrar la atención realizada a la demandante.

Los hechos se resumen así: la usuaria se presentó a las 11:00 am., a un centro de salud dependiente de la EPS, en la ciudad de Santa Martha en el departamento de Magdalena, por sintomatología compatible con la fase parto, fue devuelta a su residencia en cinco ocasiones en el lapso de 8 horas del mismo día, en el último ingreso fue remitida a un nivel de atención superior (9:30 pm) con diagnóstico de : “movimientos fetales positivos y fetocardía 144 x Doppler con labor de parto e incompatibilidad cefalopélvica”. Fue valorada por el especialista y a las 12:05 am., culminó cesárea y el diagnóstico posteriorortado fue : “óbito fetal, sufrimiento fetal agudo, trabajo de parto prolongado, desproporción cefalopélvica y cesárea segmentaria”, surge una demanda por negligencia médica para reparación directa.

A continuación se expone un recurso de apelación (Consejo de Estado, 2011, Sala de lo Contencioso Administrativo, SC 17001-23-31-000-1997-08001, 2011), los hechos son los siguientes: una paciente de 29 años de edad primigestante, acude al servicio médico en la fecha tenía 38 -1/2 semanas de gestación , el motivo de consulta obedeció al temor de haber sobrepasado el tiempo de la gestación, 9 días después acude por la misma causa, en las dos ocasiones estaba asintomática y fue atendida por la misma profesional, quien le convoca a inducción al día siguiente, se cumple con este y se le ordena oxitocina 8 gotas por minuto y aumento de dos gotas cada 30 minutos, cuatro horas después , registra movimientos fetales, contracciones ocasionales no regulares, la cual es atendida por un segundo galeno, refiere cérvix posterior formado sin dilatación, 7 horas después se termina el goteo con el medicamento y un tercer doctor la remite a ginecología y deja constancia de la inducción fallida. Durante cuatro días se realiza monitoreo sin novedad, el último día, que presentó ruptura prematura de membranas, a la mañana siguiente presenta contracciones fuertes y líquido teñido de meconio, se realiza cesárea y el producto obedece a un niño que nace deprimido, con meconio en las vías aéreas, hubo demora para la reanimación y minutos después fallece, un informe anatomopatológico describe una encefalopatía hipóxico isquémica, derrame pleural derecho y hemorragia en el lóbulo temporal derecho.

Hay reporte de una ecografía correspondiente a un mes antes de iniciar las inducciones, que indica cordón umbilical en la cisterna del cuello, la historia no evidencia datos de frecuencia fetal antes, durante y después de cada contracción requerida para casos complicados y detectar sufrimiento fetal agudo. Hay ausencia de evoluciones de especialistas en algunos períodos, con seguimiento incompleto por estudiantes de enfermería pero nunca por la jefe del servicio teniendo en cuenta que se trataba de un parto de alto riesgo.

En primera instancia se negaron las pretensiones y en segunda instancia, la revisión de las consideraciones y del acervo el cual incluía la historia clínica el Consejo de Estado, en Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección “B” declaró patrimonialmente responsable a la EPS de los daños y perjuicios morales y materiales a favor de los demandantes, padres y abuelos del menor fallecido. Declara a los médicos involucrados a devolver a la entidad demandada un porcentaje del valor impuesto.

## **6. Resultados**

En el primer caso: ST 11001-03-15-000-2014-03476-01; después de cinco consultas en el lapso de 8 horas, se remite la usuaria a una institución de nivel superior con un diagnóstico de : “movimientos fetales positivos y fetocardía 144 x Doppler con labor de parto e incompatibilidad cefalopélvica”; se determina conducta quirúrgica y posterior a la cesarea el diagnóstico fue de : “óbito fetal, sufrimiento fetal agudo, trabajo de parto prolongado, desproporción cefalopélvica y cesárea segmentaria”.

Se presentan los siguientes resultados por fallas detectadas en la prestación del servicio de la IPS y por defecto procedimental y fáctico en la primera decisión judicial:

- No se aporta la historia clínica como documento probatorio en la tutela interpuesta en primera instancia.
- Negligencia, omisión o falta de cuidado del médico del personal que asistió a la usuaria en el centro de salud dependiente de la EPS.
- Inoportunidad en el diagnóstico.
- Transgresión a la Lex artis, y racionalidad científica: el diagnóstico con el cual fue remitida debió establecerse desde la primera consulta, o en su defecto en la segunda consulta y no subvalorar el motivo de consulta de la usuaria.

En el segundo caso: SC17001-23-31-000-1997-08001, 2011; se determina conducta quirúrgica después de 9 días de consultas e inducciones fallidas, sin tener en cuenta que había una ecografía con un mes de antelación con reporte de cordón umbilical enrollado en la cisterna del cuello uterino.

Los resultados fueron los siguientes:

- Omisión e inobservancia a los protocolos: hay reporte previo de una ecografía un mes antes de iniciar las inducciones, que indica cordón umbilical en la cisterna del cuello. La historia no evidencia datos de frecuencia fetal antes, durante y después de cada contracción requerida para casos complicados.
- Inoportunidad en el diagnóstico médico.
- Omisión y racionalidad científica: déficit en la historia clínica de pruebas de bienestar fetal en el período del parto, referentes a los registros de la frecuencia fetal necesarios en casos donde se presenta ruptura prematura de membranas lo que hubiera detectado los problemas preexistentes.
- Negligencia: deficiencia en los seguimientos médicos comprobadas en los registros de la historia clínica en las horas previas a la cesárea.

## **7. Análisis e interpretación**

En la primera sentencia se debió considerar la posibilidad de obtener la verdad con las pruebas necesarias para el debido proceso, tal como lo contempla el art. 29 de la Carta Magna (1991), el debido proceso se aplicará a toda clase de actuaciones judiciales y administrativas; así el juez, al solicitar a las partes el aporte de las pruebas bajo el principio de la oportunidad, e imparcialidad se permite proferir fallos que no vulneren los derechos. La valoración de la prueba, y la carga de la prueba conducen a orientar y respaldar juez en las decisiones, por lo tanto, es el juez el como representante de la justicia quien garantiza la obtención de la verdad por este medio; al obviar la historia clínica, hubo ausencia de racionalidad en cuanto al conocimiento teórico práctico y el tecnicismo en el manejo de las pruebas, lo que derivó en la solicitud de la segunda instancia por parte del accionante. Es de aclarar que con la acción vía de tutela, no resulta factible para amparar la dimensión objetiva y pretender resarcir un daño ya consumado. Se hace necesario por esta vía ejercer la protección de los derechos fundamentales, e iniciar acciones por la vía ordinaria. Tal pronunciamiento lo precisa: (La Corte Suprema de Justicia, 2008, sentencia T-576). En relación a la tutela: “Cuando la parte interesada no dispone de otro medio judicial de defensa, puede hacer uso de la tutela para proteger un derecho fundamental” (Constitución Política colombiana, 1991, art. 86) y (Decreto 259, 1991, art.66).

Con referencia a los servicios ofrecidos a la materna, se pudo detectar una situación prevenible en la mortalidad del neonato, con la práctica oportuna de las ayudas diagnósticas, adicionalmente al dar cumplimiento a las exigencias propias de la *lex artis*, se pudo prever la condición de alto riesgo obstétrico, al puntualizar un diagnóstico oportuno y correcto para alertar a la materna sobre la condición y definir conductas acordes con la condición de la materna.

Para el segundo caso, el material probatorio utilizado fue testimonial y documental compuesto por la historia clínica con los respectivos soportes.

Se evidenció la falta de integralidad, secuencialidad y racionalidad científica. No hubo adherencia al protocolo establecido por la institución evidenciado por la unidad de análisis efectuada por la misma institución de salud donde ocurrieron los hechos; los protocolos evidencian que el encargado de controlar la inducción es el Ginecobstetra de turno, basado en la fase del trabajo de parto. En la fase activa se realiza tacto vaginal cada 2 horas, sin embargo cuando hay ruptura prematura de membranas, se evita en lo posible el tacto. En esta fase el personal de enfermería controla la fetocardia, la actividad uterina en frecuencia, intensidad y duración cada  $\frac{1}{2}$  hora–1 hora de presentarse alteración en la frecuencia cardíaca se pasa al monitor fetal. La racionalidad científica se torna mas evidente al ignorar el reporte de la ecografía pélvica que con un mes de anterioridad ya indicaba alteraciones.

Los actos están clasificados dentro de la mala praxis y la consecuencia fue un evento lesivo, con repercusiones emocionales y la obligatoriedad de resarcir el daño; de ahí el Consejo de estado basándose en la prueba documental, las guías de atención integral y las reglas de la sana crítica emite el fallo.

La sana crítica, denominada anteriormente sana filosofía y posteriormente crítica racional la define Arazi (1991) como:

El arte de juzgar atendiendo a la bondad y verdad de los hechos, sin vicios ni error, mediante la lógica, la dialéctica, la experiencia, la equidad, las ciencias, artes afines y auxiliares y la moral, para alcanzar y establecer con expresión motivada la certeza sobre la prueba que se produce en el proceso. (Citado en Rodríguez, Tuiran, 2011, p.198)

La legislación en Colombia basándose en el artículo 2341 del Código Civil indica: “el que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, está obligado a la

indemnización”. Ante el artículo consagrado, es evidente inferir aquella obligación de los ginecoobstetras de reparar y compensar las consecuencias de aquellos actos originados en el ejercicio de la profesión causantes de daño.

## 8. Discusión

Esta casuística logra identificar que la omisión, negligencia, la falta de observancia a las guías de atención integral, reflejadas en la historia clínica, son insumos preponderantes para que los jueces y las Cortes emitan fallos a favor de los demandantes por daño corporal y muerte de recién nacidos, basados en la legislación y en las reglas de la sana crítica.

Hoewel C, (2019) basado en las reflexiones sobre” la teoría de la justicia de Amartya Sen y los orígenes del concepto católico de justicia social en Antonio Rosmini”; infiere que para Amartya Sen la sociedad no debe regirse por la constitución porque aplica la legislación de manera generalizada a casos puntuales, sin tener en cuenta los derechos individuales y los contextos sociales lo que induce a cometer errores; desapruueba las teorías pragmáticas por no garantizar justicia en las decisiones, sin embargo, es partidario de que la razón y la discusión pública son viables par tratar la injusticia social.

La mortalidad de los neonatos, son parte del reflejo de una sociedad en situación de vulnerabilidad, no solo en los países de bajo y mediano ingreso económico; la problemática está latente en cualquier sociedad donde se refleja injusticia y déficit de oportunidades; de ahí cabe anotar las apreciaciones de Amartya Sen con respecto al concepto de justicia social, ceñida a políticas públicas poseedoras de teorías trascendentales de justicia, que se apropian y se nutren de los datos generados por la tradición epidemiológica y de sus análisis para fortalecer en su concepción las políticas públicas, pero que se alejan de reconocer las capacidades de la sociedad y las capacidades de los sujetos. Se requiere de una epidemiología crítica que conlleve a una determinación social de la salud y busque el origen real de las inequidades para transformar la sociedad.

Amartya , citado por Colmenarejo, R. (2016, p. 131), menciona que el enfoque de las capacidades es una guía para tratar temas inherentes al desarrollo humano con respecto a calidad de vida, pobreza extrema y acceso a servicios sanitarios. Lo sugerido por Amartya es un “Estado de derecho respetuoso de las libertades . siendo pertinente un “giro cognitivo”

para promover y aplicar políticas públicas con inclusión social que reduzcan la inequidad, en todos los contextos (socioculturales económicos- religiosos) y permitan el mejoramiento en la calidad de vida.

Un fallo judicial que se menciona en esta discusión se produjo en Chile, la historia clínica utilizada como documento probatorio en la demanda, careció de validez para la defensa al pretender demostrar la correcta praxis; la historia tenía letra ilegible, falta de secuencialidad y de racionalidad clínica; la carga de la prueba fue utilizada por el juez a favor de los demandantes, se comprobó mala praxis por negligencia ante la muerte del neonato (Causa 8064/2003).

En España se realizó un estudio retrospectivo desde 1987 hasta el 2013 correspondiente a ginecoobstetras demandados por mala praxis, hubo 88 sentencias, de las cuales 25 estaban relacionadas con daño corporal y muerte del recién nacido, el 28% de los casos de esta última situación enfrentó condenas por vía penal; los porcentajes son mayores para las demandas de tipo civil, aunque no se esclarece el porcentaje. (García Ruiz, Santiago Sáez, Albarrán Juan, Labajo González, Perea Pérez, 2016).

Farina et al. (2012) efectuaron un estudio prospectivo multicéntrico, en Argentina en cinco maternidades del sector público, evaluando la calidad de la atención, con el método cualitativo de la espina de pescado de Shikawa o de causa efecto, involucraron factores institucionales, equipos, recurso humano, ambiente físico, entorno, y factores externos, en el contexto de la materna, se analizó mediante la clasificación de las fallas activas o latentes, Concluyendo que los factores institucionales y de recurso humano prevalecieron ante los demás factores y la mayoría de las muertes pudieron ser prevenibles.

Un estudio, realizado en Chile, durante los años 2005 y 2016 con el objetivo de clasificar los factores de riesgo de muerte neonatal, se basó en grupos etarios de las mujeres en edad fértil entre los 10 y 45 años. El mayor fallecimiento de neonatos ocurrió en mujeres mayores de 45 años, en las que, inclusive hubo mayor porcentaje de mortalidad materna. (Donoso, Carvajal, Vera, Poblete, 2014).

En Paraguay Pino, Paiva y Estigarribia (2016) realizaron un estudio retrospectivo, en la unidad de neonatología del Hospital Regional de Coronel Oviedo, revisaron 118 historias clínicas, en búsqueda de las causas más frecuentes de mortalidad neonatal; infirieron que los mayores factores asociados a la mortalidad del neonato fueron: el apgar al minuto y a los cinco minutos, seguido del bajo peso al nacer inferior a 2.500 gramos, las complicaciones

antes del parto, la edad del recién nacido, el tipo de presentación (podálica, cefálica, transversa), las complicaciones perinatales y la asistencia a los controles prenatales inferiores a 4 semanas antes de la semana número 20, se concluyó que todos los factores encontrados pudieron ser prevenibles.

El artículo anterior es concordante, con la investigación realizada en Colombia por Mendoza et al. (2012) estos efectuaron un estudio en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Buga, compararon grupos de adolescentes con unos grupos madres mayores. confirmándose mayor riesgo de vulnerabilidad social, de morbilidad y mortalidad neonatal en el grupo de madres adolescentes tempranas.

## **Conclusiones**

Se observa que la mortalidad del neonato está relacionada con factores sociales y culturales con prevalencia en países tercermundistas, a pesar de ello, hay condiciones individuales en las maternas, altamente relacionadas con adolescentes, a los pocos controles en el periodo de gestación y a la de la zona geográfica donde residan lo que suele afectar el proceso de gestación y al neonato directamente, estos antecedentes son de obligatorio registro en la historia clínica ya que orientan el manejo y permiten sustentar el acto médico en caso de demandas.

Es difícil que la historia clínica por si sola represente eficacia probatoria para las decisiones de los jueces y los diferentes órganos jurisdiccionales, debido a la ausencia entre el nexo causal y el daño probado; sin embargo el modelo cognocitivista , permite establecer una verdad judicial amparándose en las reglas de la carga de la prueba y de la sana crítica.

Las sentencias relacionadas ratifican, la necesidad del monitoreo continuo de los programas de calidad y seguridad del paciente con el fin de ajustar los planes de mejoramiento y prevenir la ocurrencia de los diferentes hechos que conlleven a generar daños irreversibles en la vida de los usuarios.

Una lesión en un usuario de característica no dolosa, que implique revisión exhaustiva de los procedimientos asistenciales en la historia clínica puede ser considerada culposa al detectar cualquier omisión, negligencia, impericia o inadherencia a las guías de atención, aun cuando el paciente en estos casos el neonato revista de una preexistencia que no haya sido detectada durante la evaluación clínica o en todo el proceso de gestación.

## Bibliografía

- Carnelutti, F. La teoría general de la prueba. (1974). Revista de la facultad de derecho de México, 93,(94), 273-302. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3842/4.pdf>
- Causa 8064/2003 - “Q. M. M. S. c/ Hospital Nacional Prof Alejandro Posadas y otros/ daños y perjuicios”– CNCIV Y COMFED – Sala II – 27/03/2015. En Buenos Aires. Recuperado de [.http://www.marisa-aizenberg.com/2015/06/hospital-debe-indemnizar-padres-de-bebe.html](http://www.marisa-aizenberg.com/2015/06/hospital-debe-indemnizar-padres-de-bebe.html)
- Centro de prensa 2017. Recuperado de <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>
- Colmenarejo, R. (2016). Enfoque de capacidades y sostenibilidad. Aportaciones de Amartya Sen y Martha Nussbaum. Ideas y valores, 65(160), 121-149. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/idval/article/view/43084>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2019). Estadísticas vitales nacimientos y defunciones Departamento. Recuperado en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>
- Donoso, Enrique, Carvajal, Jorge A, Vera, Claudio, & Poblete, José A. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista médica de Chile, 142(2), 168-174. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872014000200004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200004)
- Echandía, H.D. (1972). Teoría general de la prueba judicial. Recuperado de [http://www.corteidh.or.cr/tablas/13421\\_ti.pdf](http://www.corteidh.or.cr/tablas/13421_ti.pdf)
- Fariña, D., Rodríguez, S., Vaihinger, M., Salva, V., Porto, R., Ganduglia, M., y Naves, M. (2012). Mortalidad neonatal: análisis causa raíz. Estudio prospectivo de los factores vinculados a la muerte de recién nacidos internados en maternidades seleccionadas del sector público de la república argentina. Revista del Hospital Materno Infantil

Ramón Sardá, 31(3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/912/91225251004.pdf>

García Ruiz, Santiago Sáez, Albarrán Juan, Labajo González y Perea Pérez. ,(2016) Análisis de reclamaciones judiciales contra obstetras y ginecólogos en España. Estudio específico de la vía penal (1987-2013). Revista Española de Medicina Legal. 42(4),pp.136---141

Guzmán, F., Arias, C. A., (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>

Hoevel C., (2019). La teoría de la justicia de Amartya Sen y los orígenes del concepto católico de justicia social en Antonio Rosmini. Cultura Económica, 29(81-82), 38-53. Recuperado de <http://200.16.86.39/index.php/CECON/article/view/2466>

Instituto Nacional de Salud. (2017). Mortalidad perinatal y neonatal tardía. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20neonatal.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2020). Boletín epidemiológico semana 9. Febrero 23 al 29 . Recuperado de [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020\\_Boletin\\_epidemiologico\\_semana\\_9.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_9.pdf)

Instituto Nacional de Salud. (2019). Boletín epidemiológico semana 52. Diciembre 22 al 28 . Recuperado de [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019\\_Boletin\\_epidemiologico\\_semana\\_52.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_52.pdf)

Laín Entralgo, P. (1998). La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico. Recuperado de <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmc9g7h9>

Mendoza T, Luis Alfonso, Arias G, Martha, & Mendoza T, Laura Isabel. (2012). Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 77(5), 375-382. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262012000500008](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500008).

Ministerio de Salud y Procción social. (2017). Análisis de situación de Salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Coombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>

- Organización Mundial De la Salud. Lactante, recién nacido. Recuperado de [https://www.who.int/topics/infant\\_newborn/es/](https://www.who.int/topics/infant_newborn/es/)
- Organización Mundial De la Salud. Reducir la mortalidad de los recién nacidos.(2019). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mo>
- Organización Mundial de la salud.(2016). Objetivos del desarrollo sostenible. Recuperado de <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>
- Oviedo, JD. (2019). Departamento administrativo nacional de estadística. Recuperado de <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2019/190704-Poblacion-de-Colombia-es-de-48-2-millones-habitantes-segun-DANE.aspx>
- Peña Ayazo, J. I. (2008). Prueba judicial Análisis y valoración. Módulo de capacitación para Jueces. Bogotá: Consejo Superior de la Judicatura–Escuela Judicial" Rodrigo Iara Bonilla"–Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <https://escuelajudicial.ramajudicial.gov.co/tree/content/pdf/a6/13.pdf>
- Pino Ocampos, L., Paiva, C. L., & Estigarribia, G. (2016). Risk Factors Associated with Neonatal Mortality in the Neonatology Service of the Regional Hospital of Coronel Oviedo Dr. Jose Angel Samudio, Period 2013-2014. *Revista del Instituto de Medicina Tropical*, 11(1), 22-34.
- Quijano, J. P. (1985). Los regímenes probatorios. *Revistas ICDP*, 3(3) Recuperado de <http://www.publicacionesicdp.com/index.php/Revistas-icdp/article/viewFile/345/pdf>
- Rodriguez Serpa, F., & Tuirán Gutierrez, J. P. (2011). La valoración racional de la prueba. *Juridicas CUC*, 7(1).191-208. Recuperado de <https://revistascientificas.cuc.edu.co/juridicascuc/article/view/421>
- Ruiz, J. L. B. (2009). Valoración de la validez y de la eficacia de la prueba, aspectos Epistemológicos y filosófico-políticos. Recuperado de [http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/2277/1/RuizLuis\\_2009\\_ValoracionValidezEficaciaPrueba.pdf](http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/2277/1/RuizLuis_2009_ValoracionValidezEficaciaPrueba.pdf)
- Ruiz, J, L. B. R. (2018). La Prueba como derecho; Fundamentos y características Constitucionales en Colombia. *Revista Lex*, 1(1), 47-63. Recuperado de: <https://www.revistalex.org/index.php/revistalex/article/view/9>
- Wuani, H. (2010). La historia clínica. Evolución histórica, objetivos. Su importancia. La tecnología y la relación médico-paciente, hoy y mañana. *Medicina Interna*, 26(3). Recuperado de <http://www.svmi.web.ve/ojs/index.php/medint/article/view/297/290>

## **Jurisprudencia**

- Consejo de estado, Sala de lo Contencioso Administrativo. Sentencia 17001-23-31-000-1997-08001-01 (CP Stella Conto Díaz; 28 de febrero de 2011).
- Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia SC9193-2017 (MP Ariel Salazar Ramírez; 29 de marzo de 2017) .
- Corte Suprema de justicia. Sentencia ST-413/93. (MP Carlos Gaviria Díaz ; 29 de noviembre de 1993) .
- Corte Suprema de justicia. Sentencia ST-834/06. (MP Nilson Pinilla Pinilla; 12 de octubre de 2006).
- Corte Constitucional. Sentencia T-182/09. (MP Jorge Iván Palacio Palacio; 19 de marzo de 2009).
- Corte Suprema de justicia, Sala de lo Contencioso administrativo, sección V. Sentencia T 11001-03-15-000-2014-03476-01. (MP Lucy Jeannette Bermúdez; 10 de septiembre de 2015).
- Corte Suprema de justicia, Sala tercera de revisión. Sentencia-036/17, Referencia: expediente T-5.755.684 (MP Alejandro Linares Cantillo; 26 de enero de 2017).
- Corte Suprema de Justicia, Sala octava de revisión. Sentencia T 576/08, Referencia: expediente T- 1.247.552(MP Humberto Antvonio Sierra; 5 de junio de 2008).
- Corte constitucional. Sentencia C-202/05. (MP Jaime Araujo Rentería; 8 de marzo de 2005).

## **Legislación**

- Constitución política colombiana.[Const]. Art.15, 29. 7 de julio de 1991 (Colombia).
- Código de Ética Médica. [CEM]. Ley 23 de 1981. 27 de febrero de 1981(Colombia).
- Código General del Proceso. [CGP] Ley 1564 de 2012. Artículo 167 . 12 de julio de 2012 (Colombia).

Resolución 1995 de 1999. [Ministerio de Salud]. Por lo cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. 8 de febrero de 1993

Resolución 839 de 2017. [Ministerio de Salud]. Por lo cual se modifica la Resolución 1995 de 1999. 23 de marzo de 2017.

Ley 23 de 1981. Por el cual se dictan normas en materia de ética médica. 27 de febrero de 1981.DO. N° 35.711

Ley 115 de 1994. por lo cual se expide la Ley General de Educación. 30 de noviembre de 1981. DO. N° 23.914

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. 23 de diciembre de 1993. DO. N° 41.148.

Decreto 2591 de 1991. [Presidencia de la República]. Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el art. 86 de la Constitución Política colombiana. DO. N° 40165, 19 de noviembre de 1991.