

RDF

DERECHO DE FAMILIA

REVISTA INTERDISCIPLINARIA
DE DOCTRINA Y JURISPRUDENCIA

 INCLUYE
VERSIÓN DIGITAL

ABELEDOPERROT

ISSN: 1851-1201
RNPI: 5074814

Todos los derechos reservados
© **ABELEDOPERROT S.A.**

Dirección, administración y redacción
Tucumán 1471 (C1050AAC)
laley.redaccionjuridica@tr.com

Ventas
CASA CENTRAL
Tucumán 1471 (C1050AAC)
Tel.: (011) 4378-4700 / 0810-266-4444

LOCAL I FACULTAD DE DERECHO - UBA
Figuroa Alcorta 2263 (C1425CKB)
Tel. / Fax: (011) 4806-5106

Atención al cliente: 0810-266-4444
Buenos Aires - Argentina

*Hecho el depósito que establece la ley 11.723.
Impreso en la Argentina. Printed in Argentina.*

Nota de la Dirección: Las opiniones vertidas en los comentarios firmados son privativas de quienes las emiten.

Se terminó de imprimir en la segunda quincena de septiembre de 2021, en los talleres gráficos de La Ley S.A.E. e I., Bernardino Rivadavia 130, Avellaneda - Provincia de Buenos Aires, República Argentina

RDF

DERECHO DE FAMILIA

REVISTA INTERDISCIPLINARIA
DE DOCTRINA Y JURISPRUDENCIA

Fundada por Cecilia P. Grosman, Celina A. Perrot
y María Bacigalupo de Girard en 1989

DIRECTORAS:

CECILIA P. GROSMAN

**AÍDA KEMELMAJER
DE CARLUCCI**

MARISA HERRERA

Nora Lloveras

(1955/2019)

Octubre | 2021-V

JURISPRUDENCIA

Vicedirectora
Ida Scherman

Secretarías de redacción
María Bacigalupo de Girard
Natalia de la Torre

 **INCLUYE**
VERSIÓN **DIGITAL**

ABELEDOPERROT

Legislación y jurisprudencia extranjera

Alicia A. Carnaval, Mariela González de Vicel,
Javier Muñiz, Ida Scherman

Legislación nacional

Luz M. Pagano

Legislación provincial

Silvia Fernández

Comentarios bibliográficos

Natalia de la Torre

Revista de revistas

Mariel Molina de Juan

Informaciones

Federico Notrica, Martina Salituri Amezcua,
Carolina Videtta

Investigaciones

Marisa Herrera

Arte, literatura y derecho de familia

Gabriel Juan - Gustavo Bossert

Bioética

Eleonora Lamm

Volumen de Jurisprudencia

Carolina Bonaparte, Myriam M. Cataldi,
Natalia de la Torre, Marisa Herrera,
Juan Pablo Ríos, Sabrina Anabel Silva,
Fiorella C. Vigo, M. Gabriela Vero

Volumen de Doctrina

María Bacigalupo de Girard
Mercedes Robba

Colaboraciones permanentes

Martín Culaciati, Jorgelina Fernández Leyton,
Mariana Iglesias, Rosalía Muñoz Genestoux,
María Julia Navas Roggero, Olga Orlandi,
Mariana Rodríguez Iturburu, Nieve Rubaja,
Leonardo Vittola

Comité consultivo nacional

Jorge Azpiri, Augusto César Belluscio,
Gustavo Bossert, Eduardo Cárdenas,
Carlos Díaz Usandivaras, Eduardo Fanzolato,
Eva Giberti, Catalina Wainerman,
Eugenio Raúl Zaffaroni, Eduardo Zannoni

Comité consultivo internacional

José de Castro Biggi (Brasil), Jacques Commaile
(Francia), Jacqueline Rubellin Devichi (Francia),
Lucette Khaïat (Francia), Eugenio Llamas Pombo
(España), Raymundo Macias (México),
Jean François Perrin (Suiza), Silvio Rodríguez
(Brasil), Jean Pierre Rosenczweig (Francia),
Karl August Prinz von Sachsen Gessaphe
(Alemania), Marc Zuñiga (México), Encarna Roca
Trias (España), Zarraluqui Sánchez Eznarriaga
(España), Andrew Bainhaim (Inglaterra), Rainer
Frank (Alemania), Stephen Parker (Australia)

JURISPRUDENCIA ANOTADA

PROTECCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

Pensión no contributiva solicitada por una mujer transtrabajadora sexual que padece HIV. Realidad desesperanzada. Ponderación de la incapacidad social para acceder al mercado laboral formal. Necesidad de juzgar con perspectiva de género. Procedencia 3

Incapacidad social: ¿un reconocimiento de derecho a una nueva forma de patologizar las identidades disidentes?
Bruno E. Cassán 12

ABUSO SEXUAL INFANTIL

Importancia del relato de la víctima. Agravantes. Persona ascendente. Víctima menor de edad. Situación de convivencia 18

Testimonio de los menores víctimas de abuso sexual: cómo valorar la retractación de la denuncia inicial
Mariel V. Schneider 33

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Cuestionamiento de la constitucionalidad de la ley 27.610. Proceso colectivo. Competencia territorial 43

Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y competencia federal
Andrés Gil Domínguez 50

IDENTIDAD DE GÉNERO

Persona con discapacidad. Enfermedad degenerativa. Restricción de la capacidad. Designación de apoyo. Internación 53

Vehiculización y ejercicio del derecho a la identidad en el marco de un proceso de determinación de capacidad
Sebastián Mastai 62

SUSPENSIÓN DEL JUICIO A PRUEBA

Imputado adolescente. Monto de la pena. Cumplimiento de las reglas de conductas. Incorporación 69

Un fallo inclusivo y a medida: sistema penal juvenil y derecho indígena
Edgardo Enrique Frutos - Elba Érika Delgado Solís 75

LENGUAJE ANDROCÉNTRICO EN ESCRITOS JUDICIALES

Alimentos a favor de los hijos. Contestación de demanda con discurso ofensivo y humillante hacia la mujer. Cultura patriarcal. Orden dada al demandado de respetar la dignidad de la actora en futuras presentaciones y a su abogado de realizar capacitaciones en cuestiones de género 81

Una vez más, la violencia simbólica en los procesos de alimentos. El rol del abogado y del juez en la deconstrucción de roles y estereotipos de género
María Eugenia Pérez Hortal - Verónica Carolina Velasco 91

VIOLENCIA INFANTIL

Interés superior del niño. Reintegro de los menores a su hogar..... 100

Sistema de protección integral de la niñez: control de legalidad. Rechazo de la prórroga de la medida excepcional de protección de derechos
Leticia Ayelén Menéndez 107

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Historia clínica con datos falsos. Violación al deber de información. Consentimiento informado. Derecho a un parto humanizado 114

Violencia obstétrica y poderes biomédicos: dúo dinámico
Soledad Deza 133

IMPUGNACIÓN DE LA PATERNIDAD

Adolescente que no quiere saber su origen biológico. Interés superior. Protección de la realidad familiar..... 147

Identidad, filiación e interés superior del niño
María A. Mora 155

ALIMENTOS

Familiares obligados. Tía paterna. Obligación subsidiaria a los parientes determinados por el Código Civil y Comercial. Valoración de la situación patrimonial del obligado 160

Alimentos entre parientes: ¿deben los tíos alimentos a los sobrinos menores de edad?
Susana M. Squizzato 164

ADOPCIÓN

Mujer embarazada que manifestó su deseo de no maternar y que el niño no permanezca en el seno de la familiar de origen. Autonomía de la persona. Interés superior del niño 173

Aparentes tensiones entre la autonomía de las mujeres y el interés superior del niño, en un caso de adopción
Silvina Karakasis - María Marcela Pájaro 183

GESTACIÓN POR SUSTITUCIÓN

Pareja unida en unión convivencial. Autorización de la práctica. Efectos. Inscripción 193

Algunas tensiones en el derecho ante la doble gestación por sustitución llevada adelante por la misma gestante
Paola Dauria - Romina Tissera Costamagna 202

SANCIONES DISCIPLINARIAS

Nulidad. Sentencia arbitraria. Actuación de profesionales en relación con prácticas de abortos no punible..... 211

Diálogos, interrogantes y dudas a partir de un precedente jurisprudencial

Valeria Durán de Kaplan..... 217

IDENTIDAD DE GÉNERO

Rechazo de la acción de amparo por planteo conjetural. Rectificación de DNI por cambio de género 223

Actos de justicia y actos de género: la teoría (jurídica) sí importa

Emiliano Litardo 226

JURISPRUDENCIA ANOTADA EXTRANJERA

DERECHO A UNA MUERTE DIGNA

Mujer que padece polimiositis. Enfermedad autoinmune, incurable, degenerativa y progresiva. Inaplicación del art. 112 del Código Penal peruano. Homicidio piadoso. Principio del doble efecto. Excepción legítima de no punibilidad. Orden dada al Ministerio de Salud de respetar la decisión de la demandante de poner fin a su vida. Procedimiento técnico de la eutanasia..... 235

Capacidad, legitimación y derechos de niñez y adolescencia: jurisprudencia en materia de *habeas corpus* en El Salvador

Alex D. Marroquín Martínez 278

HABEAS CORPUS

Mujer privada de libertad. Prisión preventiva. Designación de juez para control de la decisión. Perspectiva de género. Estado de vulnerabilidad de la detenida. Responsabilidad por dos hijos menores de edad. Medidas ejecutadas en la Pandemia. Legitimación activa de la hija menor de edad para iniciar la acción..... 286

Eutanasia: un debate complejo necesario

María Eugenia Rodríguez Pería 290

ACTUALIDADES

Actualización en derecho sucesorio 2/2021

Mariana B. Iglesias 303

Síntesis de jurisprudencia de la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires 2/2021

María Julia Navas Roggero - Leonardo R. Vittola..... 338

Región litoral

Silvia L. Esperanza..... 350

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Historia clínica con datos falsos. Violación al deber de información. Consentimiento informado. Derecho a un parto humanizado.

Con nota de Soledad Deza

1. — La mujer no fue debidamente informada respecto a su situación de salud contrariándose el art. 2º, inc c y e, ley 25.929, siendo que es un derecho esencial estar al corriente de la delicada situación de salud de sí misma y el embarazo que cursaba, no se le explicó las razones de algunos de sus síntomas, por caso los “movimientos” que ella sentía en su vientre y que la predisponían a vincular tales movimiento con la viabilidad del embarazo que cursaba.
2. — La mujer no fue debidamente informada respecto a quién fue el profesional que la asistió, contrariándose el art. 2º, inc b ley 25.929. No se puede pensar en un trato personalizado desconociendo quién fue el/la profesional que la asiste.
3. — La mujer no fue informada sobre las alternativas de intervenciones médicas que pudieren tener lugar en el delicado proceso que le atravesaba contrariando el art. 2º, inc a, ley 25.929. Como consecuencia de desconocer detalladamente su situación de salud, careciendo de tal Información Sanitaria, mal podía ser informada a los fines de las alternativas terapéuticas disponibles para transitar dicho proceso. Los profesionales tratantes, decidieron por ella y sobre ella, reduciéndola a un objeto de tratamiento y, por lo tanto, reificándola.
4. — La mujer se encontró con un desenlace no asumido emocional ni racionalmente, por no haber sido acompañada en su singularidad, como lo indica el art. 2º, inc b, ley 25.929. Una información adecuada a esta paciente hubiera permitido incorporar, cognitivamente, los hechos que afrontaba, y, con el debido acompañamiento afectivo y terapéutico, asumir desde otro lugar el desgarrar de su pérdida.
5. — La mujer no contó con el acompañamiento, durante la totalidad del parto, de una persona de su confianza como le garantiza el art. 2º, inc g, ley 25.929. En el momento más crítico de su situación, no solamente se encontraba carente de acompañamiento profesional, sino que se le indicó a quienes la acompañaban rotativamente, que se retiraran.
6. — La mujer no recibió copia de su historia clínica en tiempo y forma, contrariando el art. 14, ley 26.529. Siendo tal información de su propiedad, la fue renuente a entregarle la referida copia, generando desvelos adicionales para ejercer sus derechos más elementales.
7. — La mujer recibió copia de su historia clínica dónde constan datos inexactos en infracción al art. 15, inc c ley 26.529. Luego de transitar el proceso de alumbramiento sin vida de un modo extremadamente traumático, se le entrega la copia del documento que refleja tal doloroso transe con información que no refleja la verdad de los hechos, incluso reconocido por la propia demandada.
8. — La mujer recibió los restos del parto sin la debida documentación que acredite la identidad de los restos del parto sin vida.
9. — Se puede definir a la violencia obstétrica como el proceso de preparto, parto y posparto en dónde a la mujer gestante no se le respeta el derecho a la información, al trato digno, respetuoso e individual.
10. — La historia clínica es un instrumento clave a los fines de avalar la, alegada, regularidad en la prestación del servicio de salud por parte de los profesionales que intervinieron en el proceso que afectó a la actora. En el caso, la historia consigna un dato falso respecto de la identidad de quien atendió el proceso médico de la actora, y este asiento insincero descalifica irremediablemente la fiabilidad de su contenido, cubriendo la información que suministra con un denso manto de sospecha, afectando su credibilidad en torno a las afirmaciones de la parte demandada.
11. — Uno de los reclamos de la actora es que no recibe la Información sanitaria respecto de su estado de salud y la del embarazo en curso. Sin la debida información sanitaria, las posibilidades de consentir o no una práctica, son nulas.
12. — El proceso de alumbramiento, incluso de aborto, no ingresa a la mujer en una situación de disolución de su condición de humanidad y sujeto de derechos.
13. — La clínica demandada se atribuye el derecho de redefinir el concepto de parto humanizado, lo cual, claramente, escapa a sus posibilidades legales.

JNiñez,Adoles.Viol.Fliar y de Género de 4º nom., Córdoba, 10/02/2021. - Clínica del Sol s/ violencia de género.

[Cita on line: AR/JUR/169/2021]

 **COSTAS**

Se imponen al vencido.

Expediente: 6883114

1ª Instancia. - Córdoba, febrero 10 de 2021.

Resulta:

1) A fs. 1/2, la Sra. D. P. F. realiza una denuncia por violencia obstétrica en contra de la Clínica del Sol. ante la Mesa de Entradas de Denuncias por Violencia Familiar. La Sra. P. F. refirió que el día 31 de abril del año 2016, encontrándose cursando un embarazo, comenzó a presentar dolores de parto por lo que se dirigió a la Clínica del Sol. Allí avisó que tenía una “mancha marroncita” y que sentía que el bebe se movía. Esgrimió que no le hicieron monitoreo, ni le dieron la atención correspondiente y la dejaron en la cama de guardia. Informó que ingresó a la clínica a la 1.00 de la mañana y que nunca le hicieron nada, ni siquiera una ecografía para escuchar los latidos. Continúo relatando que a las 7:30 hs. sintió que la bebe nacía, empero nunca la llevaron a la sala de parto. Le dijeron que hiciera fuerza y la “tuviera ahí”. Refirió que anteriormente una doctora le había hecho tacto y le dijo que “la bebé tenía que nacer porque estaba muerta”. Esgrimió que les siguió insistiendo que “la bebé se movía”: “me cansé de avisarles que estaba naciendo y no hicieron nada”. Posteriormente manifestó que “avisé que nació y vinieron recién a los diez minutos, la llevaron para limpiarla y me la trajeron muerta, me dijeron que la placenta estaba desprendida, yo vi que cuando nació la placenta estaba entera”. Refirió “que hasta que el día de hoy no sé cuál fue el motivo por el cual falleció. Me dijeron que volviera a la Clínica a los quince días, que iba a estar el resultado de la autopsia, y así lo hice.

Me decían que no encontraban el cuerpo, me preguntaban a nombre de quien lo había dejado hasta que después de mucho tiempo, en el mes de septiembre me dieron el resultado”. Continúo relatando que “la autopsia, en realidad, es un informe de ellos porque no detalla mucho, ni el peso de la bebé, también pedí una historia clínica, a lo que me respondieron que no estaba, que habían borrado los informes míos. Por toda esta desatención contraté un abogado, que reclamó el cuerpo y la historia clínica que recién me la entregaron en Diciembre, pero me dijeron que no me iban a dar una partida de defunción porque para ellos era un feto, no una bebé, yo le vi las uñitas, las manos, no era un feto, estaba de seis meses, veintitrés semanas”.

Respecto a la documentación que le entregaron refiere que “aparecían todas fechas distintas en una de

20 semanas, en otra de 21 —adjunta documental—. En los papeles que me dieron dicen que la bebe nació a las 04.00 de la mañana con bolsa, siendo que nació a las 08.30 hs., y sin bolsa porque ellos me la rompieron”. Hace hincapié en que “la doctora que me atendió durante todo el embarazo no estaba al momento del parto, sin embargo, por la documental que adjunto ella facturó ese parto a la obra social Apress, en la Carta documento que responde la clínica sale que me atendió un médico hombre Dr. L. L., siendo que eran todas mujeres y nunca lo vi a él”. Finalmente esbozó que “necesito la partida de defunción para poder enterrarla ya que nunca me la entregaron, me dijeron que haga lo que haga no me iban a dar la partida de defunción, porque es un feto, que la entierren en mi casa o en algún terreno. Tuve el cuerpo en casa hasta julio, después lo buscó un camión del Poder judicial el 24 de julio, la llevó un Sr. M. Q., —había hablado con el abogado que informó al Poder judicial para que se lo llevaran y le hicieran una autopsia, actualmente al cuerpo lo tienen ellos —, ellos me dijeron que nunca le habían hecho una autopsia porque el cuerpo no estaba abierto”. Al serle consultada acerca de su pretensión con la correspondiente denuncia, dijo: “Necesito terminar con esto, me quise matar dos veces, cortándome las venas. Necesito los papeles para poder enterrarla, y me gustaría si se puede hacer un ADN para saber si el cuerpecito que me entregaron es de mi bebé o no”. Interrogada acerca de cómo se siente con esta situación, dijo: “Me afectó mucho, quiero enterrar a mi hija, me sentí muy mal cuando me dijeron que la enterrara en mi casa como si fuera un perro.

Me la dieron en un frasco con muy poco formol, fui y compré más. Necesito darle un entierro digno. Por todo esto no quiero tener más hijos, tengo mucho miedo que vuelva a pasar. Me afecta en mi vida diaria, a veces estoy trabajando, me acuerdo y me largo a llorar. Vivo sola, a veces pienso en tomar pastillas y matarme para poder terminar con todo esto. Necesito saber que paso, no sé si quiera si es el cuerpo de ella, no era un feto como dicen”. Interrogada acerca de cómo se sintió con respecto a la atención de la institución, dijo: “Me sentí abandonada en la clínica, no le hicieron los primeros auxilios de vida a mi hija. Era mi primer embarazo y nunca me ayudaron siendo que era una mamá primeriza, no sabía ni que eran las contracciones. Estaba tirada en una cama sola teniéndola”. En dicha oportunidad acompaña escrito suscripto por la compareciente junto a su letrado patrocinante —Dr. Prosdócimo— con el título de Formula Denuncia (fs. 3/4) y constituyendo, sustancialmente, una demanda, y documental consistente en: copia de DNI; informe del Laboratorio de Patología y Citopatología; copia de historia clínica; copia de carta documento dirigida al Sr. Director de la Clínica Privada del Sol; copia de escritura pública N° 73 suscripta por el

Escribano Mario Rodolfo Jiménez y estudios médicos de la demandante (fs. 5/25).

2) A fs. 26 se avoca la suscripta, admite la denuncia en términos de demanda imprimiéndole el trámite previsto en el art. 99 de la ley 10.305. Se corre traslado a la demandada y se pone en conocimiento a la Fiscalía de Instrucción de Turno la posible comisión de un ilícito penal.

3) A fs. 29/30 comparece a estar a derecho y contesta demanda Clínica del Sol, por intermedio de su apoderado Cr. Horacio Espósito y el Director, Dr. M. E., con el patrocinio del Dr. Rodolfo M. González Zavala. En dicha oportunidad solicitaron que se rechace la denuncia por infundada. En la contestación de la denuncia (que configura sustancialmente contestación de demanda) 1. niega haber vulnerado los derechos de la paciente D. P. F.; 2. afirma no haber cometido ninguna infracción a la ley 26.485 ni a la provincial que la adhiere; 3. lamenta la triste situación del aborto de cinco meses; 4. refiere haber respondido al requerimiento extrajudicial y haber hecho entrega de la historia clínica; 5. alega que la información se encuentra en la propia prueba que acompaña la paciente (escritura pública) más allá de lo que se le explicó en oportunidad verbalmente por los médicos; 6. advierte que el relato se basa en afirmaciones unilaterales, parcializadas y falsas; 7. reitera sus argumentos en cuanto a la información que se le brindara a la paciente, la entrega de la HC y del feto. Reitera el texto de la escritura pública refiriendo en ocho puntos: (i) evolución del embarazo (21 semanas); (ii) horario de ingreso (04 hs. de la madrugada) y de expulsión en bloque del feto (09,30 hs.), con control pre-parto que constata la falta de latidos fetales a partir de las 04,30 hs. y nacimiento sin vida; (iii) ingreso a la institución en la madrugada del 01/05/2016, con aborto en curso, bolsa en vagina, por lo que se la internó, canalizó y administró suero a la vez que se la controló, en el área de pre-parto. A las 04.20 se rompe espontáneamente la bolsa y expulsa el líquido amniótico, al tacto se palpan parte fetales en vagina; (iv) la asistencia médica del Dr. L. (en ausencia de la médica de C.) y, C., M. y R.; (v) que la expulsión en bloque se produce a las 9,30 hs. en el área de pre-parto; (vi) que luego fue controlada en el área de partos, para ser derivada a su habitación, administrándole la medicación pertinente para la contracción del útero, con buena evolución se le dio el alta al día siguiente (02/05/2016); (vii) que el feto fue enviado a anatomía patológica; (viii) que el informe de anatomía patológica refiere un cuadro similar al que presentó el paciente, que desembocó en la muerte del feto. Pone a disposición la historia clínica, informa cómo coordinara a los fines de la entrega del feto, lamentan lo ocurrido y rechazan la atribución de daño que se les atribuye. Concluye “no haberse configurado ningún hecho de violencia contra

la paciente. Mucho menos motivada en su condición de mujer.” Ofrece la misma prueba que la denunciante y acota que la Clínica es pionera en el respeto del derecho de la paciente, implementado un protocolo interno de parto humanizado.

4) A fs. 32 glosa certificado de secretaría donde consta comunicación con personal de la Fiscalía de Instrucción de Distrito 1 Turno 6.

5) A fs. 33 se decreta la contestación de la demanda y se provee la prueba ofrecida. 6) A fs. 35 la Sra. P. F. constituye nuevo domicilio procesal. Asimismo, denuncia domicilios de los testigos ofrecidos.

7) A fs. 48 glosa contestación efectuada por Aproz a lo requerido mediante oficio de fecha 11 de abril del año 2018.

8) A fs. 57 luce poder apud acta otorgado por el Sr. Director de la Clínica del Sol. a los Dres. Rodolfo M. González Zavala; Vicente Agustín Manzi, Héctor Francisco Manzi; Luciana Belén Desiderio; María Alicia Martos Jamenson y Francisco Carranza.

9) Con fecha uno de junio del año dos mil dieciocho se recepta declaración testimonial al Sr. L. A. Q. y a la Sra. N. E. C., ante la presencia de los letrados, Dra. Fernández Manzano y Manzi. 10) A fs. 65 se emplaza al Dr. Manzi a los efectos de que acompañe carta poder o documento legal suficiente conforme los lineamientos del art. 90 Cód. Proc. Civ. y Comercial. Asimismo, se dispuso citar a comparecer al Dr. Raúl Ruiz Córdoba, profesional médico perteneciente a Medicina Forense del Poder Judicial.

11) A fs. 77 la Sra. P. F. mediante su letrada patrocinante solicita como “medida para mejor proveer” se oficie al Registro del Estado Civil y Capacidad de las personas de esta ciudad y a la Maternidad Nacional para que informen sobre los requisitos de validez y formalidades del certificado de muerte intrauterina y condiciones de su expedición; se oficie a los cementerios de San Vicente y San Jerónimo para que se informe sobre los requisitos necesarios para proceder a la sepultura o cremación y se cite a los jefes de los servicios médicos de ginecología y obstetricia de la Maternidad provincial u Hospital Neonatal.

12) A fs. 79 se acompaña escrito suscripto por el Dr. Manzi.

13) A fs. 110/111 glosa informe suscripto por el Dr. Ruiz Córdoba.

14) A fs. 125 glosa oficio diligenciado suscripto por la Dirección del Cementerio San Jerónimo.

15) A fs. 128 se incorpora oficio suscrito por la Dirección del Estado Civil y Capacidad de las Personas de la provincia de Córdoba.

16) A fs. 131 glosa escrito suscripto por la Dra. Fernández Manzano.

17) A fs. 140 vta. glosa diligencia suscripto por la Dra. Fernández Manzano.

18) A fs. 141 glosa oficio proveniente de la Fiscalía de Instrucción del Distrito 1° Turno 6°.

19) A fs. 146/156 glosa oficio suscripto por el Dr. Cofone, Sub Director del Hospital Materno Provincial.

20) A fs. 158/160 glosa escrito suscripto por la Sra. D. P. F. con el patrocinio de la Dra. Fernández Manzano.

21) A fs. 162 y como medida para mejor proveer se resuelve disponer la intervención del Equipo Técnico del Fuero.

22) A fs. 164 glosa escrito suscripto por la Sra. D. P. F. con el patrocinio de la Dra. Fernández Manzano, adjuntando certificados varios.

23) A fs. 177 la Dra. Fernández Manzano acompaña informe psicoterapéutico de la Sra. D. F. F.

24) A fs. 181 se ordena a la Clínica del Sol. expida el certificado de defunción correspondiente al nacimiento fetal sin vida acaecido el día 1 de mayo del año 2016.

25) A fs. 184 vta. la Dra. Fernández Manzano solicita se oficie a la Fiscalía interviniente a los fines de que entregue el feto para poder proceder a su sepultura.

26) A fs. 185 se certifica llamada telefónica con la Fiscalía interviniente.

27) A fs. 187/196 glosa informe del Equipo Técnico del Fuero.

28) A fs. 197 corre decreto de autos, firme y consentido, estando los presentes en estado de ser resueltos, pasan los autos a despacho a los fines de resolver.

29) A fs. 198 glosa solicitud de la Dra. Fernández Manzano.

Considerando: I. Que en esta instancia del proceso el Tribunal debe resolver conforme lo previsto por los art. 11 y 12 de la Ley 10.401 y 99 de la Ley 10.305 y determinar si existió violencia de género modalidad obstétrica hacia la denunciante Sra. D. P. F. por parte de la demandada Clínica Privada del Sol SA, es decir si en éste caso en concreto, los actos o conductas atribuidos por la Sra. P. F. al personal del referido

nosocomio, vulneraron derechos fundamentales de ésta última por su condición de mujer de acuerdo a los parámetros establecidos por la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (en adelante Ley 26.485); Constitución Nacional (en adelante CN); la Convención sobre la Eliminación de todas formas de Discriminación contra la Mujer ratificada internamente por ley Nacional 23.179 (en adelante CEDAW); la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ratificada internamente por ley Nacional 24.632 (en adelante “Belém do Pará”) y el corpus iuris que rige la materia, teniendo en especial consideración para hacerlo una mirada —del caso y de la prueba incorporada— con perspectiva de género, conforme los lineamientos impuestos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) conforme “González y otras c. México” de fecha 16/11/2009.

II. Que la competencia de la suscripta queda determinada por el art. 7 de la Ley Provincial N° 10.401.

III. Que la presente causa tiene el trámite incidental regulado en el art. 99 de la Ley 10.305, por remisión del art. 12 ley 10.401.

IV. Que la Sra. D. P. F. promueve con nominación de denuncia, escueta demanda que respeta las exigencias del art. 175 del CPCCC, por violencia de género modalidad obstétrica contra Clínica Privada del Sol SA por los hechos suscitados en y a partir del día 1 de mayo del año 2016, encuadrando la situación que la afecta en el art. 6 inc. e de la ley nacional 26.485. A dicha pretensión se opone sintéticamente la denunciada Clínica Privada del Sol SA por intermedio de su representante M. E., con el patrocinio del Dr. Rodolfo González Zavala, firmando adhesivamente el apoderado Cr. Horacio Espósito, solicitando se rechace la denuncia por infundada, “atento no haberse configurado ningún hecho de violencia contra la paciente. Mucho menos, una violencia motivada en su condición de mujer” (fs. 29 vta.). De esta manera ha quedado trabada la litis todo de conformidad a los vistos precedentes a los que remito.

V. Que previo a entrar al análisis de la cuestión debatida y procurando definir el marco legal que regula el planteo formulado, pasamos a referir los estatutos aplicables a la materia que nos convoca y la conceptualización de violencia obstétrica.

Marco normativo:

V. 1) A nivel global, a más de la genérica protección “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (art. 5) brindada por la Declaración Universal de los Derechos Hu-

manos, la Convención para la Eliminación de toda Discriminación contera la mujer (CEDAW) no hace referencia expresa a la modalidad obstétrica de violencia. Sin perjuicio de ello, cabe consignar que dicho dispositivo legal establece que el Estado tomará en todas las esferas, “todas las medidas apropiadas... para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre” (art. 3). Concretamente, el Estado tomará todas las medidas apropiadas para “modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres” (art. 5 inc. a) y para “garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social...” (art. 5 inc. b). Recientemente, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a través de la Recomendación general N° 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer (por la que se actualiza la recomendación general N° 18) señaló que “Las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer..., son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante” (párrafo 18).

V.2) A nivel regional, el sistema interamericano cuenta con una norma genérica en la Convención Americana de Derechos Humanos “Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes...” (art. 5 1 y 2) y, a su vez, un sistema singularizado para las mujeres en la Convención de Belém do Pará, que establece: “El derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye: a- el derecho a la mujer a ser libre de toda forma de discriminación y b- el derecho a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación” (art. 6). Destaca como deber del Estado el de “abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación” (art. 7° inc. a) y resalta la situación de vulnerabilidad de la mujer en razón de diferentes circunstancias en particular “...objeto de violencia cuando está embarazada (art. 9). Coherente con esta normativa, El Mecanismo de Seguimiento de esta Convención (MESECVI), presta especial interés a las estrategias Estatales a fin de erradicar la modalidad obstétrica de violencia contra las mujeres, razón por lo cual, es materia de

singularizado requerimiento y punto de devolución en el Segundo Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas del MESECVI 2014: “A la luz del artículo 9 de la Convención, el Comité recuerda a los Estados su obligación de brindar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada, por lo que la atención digna y segura para las mujeres, y la erradicación de la violencia obstétrica resulta trascendental..... El Comité insta a que los Estados brinden información oportuna y veraz a las mujeres embarazadas, incluyendo información adaptada para mujeres indígenas, analfabetas y rurales, entre otras, para que estas puedan tomar decisiones libres e informadas que sean respetadas.” (par. 123 y 124). La Comisión de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (CEVI) señala en el Tercer Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará 2017, que la Convención delimita claramente tres ámbitos o escenarios asociados al libre ejercicio de los derechos de las mujeres, sin embargo, el espíritu de la Convención es reiterar que no es el espacio físico donde se realiza la violencia el que la define, sino las relaciones de poder que se producen y la naturaleza de las relaciones interpersonales de las víctimas con sus agresores”(párrafo 35).

V.3) A nivel nacional, los marcos legales comienzan a circunscribir la regulación en materia de violencia contra la mujer en su modalidad obstétrica. Así, la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley 26.485), define a la violencia obstétrica como: “[a]quella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad a lo previsto en la Ley 25.929” (art. 6 inc. e). De la sola lectura del artículo se desprende que la definición incluye no solo a los profesionales actuantes durante el proceso del parto, sino también a todo el personal que forma parte de un servicio y que tiene trato con este proceso reproductivo de la mujer (médicos, enfermeros/as, psicólogos/as, camilleros/as, personal administrativos, servicios hospitalario, administrativo, de maestranza, etc.). Cualquier persona de las arriba referidas, integrante o no del equipo de salud, que se desempeñen en la institución, puede ejercer violencia hacia la mujer durante la atención del preparto, parto y pos parto y pos aborto —sea punible o no— conforme el art. 6 inc. e del Decreto Reglamentario 1011/2010, y esta violencia puede manifestarse de diferentes maneras: física que incluye prácticas invasivas y suministro de medicación no justificadas, trato deshumanizado, grosero, humillación, falta de atención o consideración, intervenciones médicas injustificadas sobre el cuerpo de

la mujer, falta de información sobre prácticas médicas, falta del pedido de consentimiento informado o la negación al derecho a estar acompañada durante todo el proceso del parto, inclusive si el mismo fue a través de una cesárea. Puntualmente este decreto reglamentario establece que se entiende por trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no. Por su parte, desde el año 2004 rige en nuestro país la Ley de Protección del embarazo y del recién nacido (Ley 25.929) o más conocida como la ley de "Parto Humanizado", incorporada a la ley 26.485 por su artículo 6 inc. e, a los fines de regular la modalidad obstétrica de violencia contras las mujeres. Esta ley, aplicable tanto al ámbito público como al privado, tiene como propósito complementar el Programa Médico Obligatorio (PMO regulado por ley 23.660) a partir de un cambio en la concepción de "paciente enferma" a sujeto de una serie de derechos, a fin del empoderamiento en el proceso de atención de su salud, desde el embarazo y después del parto, confiando herramientas para exigir acciones y respuestas a las Instituciones Sanitarias, las Obras Sociales y el Estado. A pesar de no dar una definición de la violencia obstétrica, el estatuto regula los derechos de las mujeres a un parto respetuoso para evitar todo tipo de abusos, en tan especial proceso, el resguardo de los derechos de los padres e hijos durante el proceso del nacimiento, estableciendo para ello una serie de garantías tanto para las mujeres embarazadas como para el recién nacido y sus padres. Con todo ello, se ubica a la mujer como protagonista del parto sobre el pilar de tres derechos fundamentales: 1) a ser informada; 2) a ser respetada; y 3) a ser considerada sana. Es así que, estos derechos conllevan la facultad de elegir el lugar y el proceso de parto, el acompañamiento, la posición, la analgesia, la posibilidad de deambular, de movimiento, las alternativas terapéuticas y contacto inmediato con el recién nacido. Esta ley es reglamentada por Decreto Reglamentario N° 2035/2015, garantizando de esta forma un espacio familiar donde madres, padres y bebés sean los protagonistas y el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible, en consonancia con las necesidades y deseos de cada familia en general y de la parturiente en especial. Sin perjuicio de las regulaciones específicas en materia de violencia de género modalidad obstétrica, y atento a que las mujeres en situación de parto/aborto gozan de los derechos generales que le asisten a todos los pacientes, debemos hacer alusión a la ley de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Ley N° 26.529 y su modificatoria 26.742), normativa que establece un estatuto meticuloso respecto del trato paciente-médico,

consentimiento informado y lo atinente a la Historia Clínica (HC) que registra la intervención. Dentro de los primeros aspectos, derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud: a la asistencia; al trato digno y respetuoso; a la intimidad; a la confidencialidad; a respetar su autonomía de la voluntad; a la debida Información Sanitaria (art. 3) y a la interconsulta médica. Dentro de los segundos, define el consentimiento informado como: "la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados..." (art. 5), la obligatoriedad del mismo: "Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente. En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido. Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario" (art. 6). Por último establece regulaciones específicas en torno a la HC, definiéndola como "el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud" (art. 12); respecto de su titularidad y disponibilidad: "El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho horas de solicitarla, salvo caso de emergencia" (art. 14); y que debe registrar como mínimo: "a) La fecha de inicio de su confección; b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar; c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad; d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;... g) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, cons-

tancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas” (art. 15). Refiere asimismo la integridad (art. 16), unicidad (art. 17) e inviolabilidad (art. 18) del instrumento.

V.4) Finalmente, la provincia de Córdoba, mediante la Ley provincial N° 10.401, sancionada en noviembre de 2016, establece los aspectos jurisdiccionales y procesales vinculados a la aplicación de las disposiciones pertinentes de la Ley Nacional N° 26.485, cuya adhesión se dispuso mediante Ley N° 10.352.

Concepto

V.5) En este punto, conceptualizamos violencia obstétrica, abrevando en los elementos teóricos que ofrece el marco normativo arriba reseñado. Así la definimos violencia obstétrica como el proceso de parto, parto y posparto en donde a la mujer gestante no se le respeta el derecho: “a la información, al trato digno, respetuoso e individual, propugnándose su libertad de elección respecto de la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto y el posparto, anteponiéndose el parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación, sin perjuicio de la necesidad y obligatoriedad de la utilización de esta práctica cuando lo ameriten el estado de salud de la parturienta y/o la persona por nacer con la previa voluntad de la madre expresamente manifestada por escrito en caso que se requiera someterla a un examen o intervención cuyo propósito sea la investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética” (Visto del Decreto 2035/2015 Reglamentario de la Ley de Parto Humanizado). Los supuestos de abortos, quedan incluidos en los parámetros exigibles en los alumbramiento con vida, por aplicación del art. 6 inc. e del Decreto Reglamentario 1011/2010.

VI. Reseñado el marco normativo aplicable en las presentes actuaciones y el concepto de violencia obstétrica, pasaremos a analizar los hechos alegados, constancias y las probanzas arrojadas. Atento lo breve de las piezas rubricadas por las partes, toman singular consistencia la documental agregados a los presentes y los informes técnicos documental agregados a los presentes, coherente con la manda legal que indica el apoyo multidisciplinario en los procesos que nos ocupan (art. 706 inc. b de Cód. Civ. y Com. de la Nación por remisión del art. 12 ley 10.401). De las constancias de autos se desprende que la Sra. D. P. F. ingresó a la Guardia de Clínica Privada del Sol SA el día 01 de mayo del año 2016, a la 01 hs., siendo internada formalmente a las 04 hs. del mismo día. Presentaba un embarazo de evolución avanzada, de 21.6 semanas de gestación conforme HC, asimismo

se presenta y una amenaza de parto inmaduro. A los fines de requerir aclaración de los términos médicos y prestaciones incorporadas a la causa, y en virtud de los principios de amplitud probatoria y oficiosidad previstos por la ley foral (art. 15 inc. 1, 3 y 11, ley 10.305, art. 706, 709 y 710 Cód. Civ. y Com. de la Nación) se dio intervención al Dr. Raúl Córdoba, miembro del servicio forense del Poder Judicial. A través de su informe, el nombrado hizo las siguientes apreciaciones: “de acuerdo a lo obrante en la HC, cuando la paciente ingresó a la Clínica ya lo hizo con un cuadro obstétricamente irreversible, bolsa en vagina, tacto de partes fetales en la misma, y feto de 21 semanas. Se considera desde la obstetricia como aborto inevitable. Por lo relatado en acta notarial, permaneció desde su ingreso, en área de obstetricia pre parto, en donde se encontraban médicos y enfermeras, siendo esto lo habitual en la práctica obstétrica, hasta que se produjo la expulsión en bloque del feto y placenta, la cual de acuerdo a la foja quirúrgica obrante a fs. 11, se realizó en la sala de partos siendo asistida por la Dra. B. C. También de acuerdo con el acta notarial, el feto y la placenta fueron enviados a anatomía patológica (consta su recepción en foja de anatomía patológica) en la que se realizó de acuerdo al informe, el estudio macro y microscópico de la placenta y el cordón,... el mismo fue devuelto y entregado a la madre el día 16/12”. Por todo ello el profesional concluye “[d]e acuerdo a los obrante en HC de autos y Escritura N° 73 de fecha 17/12/2016, no surgen a mi criterio médico forense, elementos que indiquen alguna de las situaciones contempladas por las leyes 10.401 y 26.485, en perjuicio de la Srta. D. P. F.” (fs. 110/111). A los fines de tener mayores herramientas para resolver, y fundado en la normativa arriba citada, se dio intervención a la Sra. Jefa del Equipo Técnico del Fuero de Niñez, Adolescencia, Violencia Familiar y Género, por decreto de fecha 28/08/2019, quien devuelve informe incorporado regularmente al proceso, glosado a fs. 187/196. De esta pieza técnica de excelente factura y altísima utilidad, suscripta por las Lics. Machado y Guardiola, surge que se entrevistaron a los distintos actores involucrados en los eventos que tratamos. En su parte conclusiva las técnicas consideraron que: “la joven D. P. F. presenta un discurso claro, lógico y con orientación espacio— temporal. No se advierten alteraciones en el curso y contenido del pensamiento, al momento de la entrevista. Al momento del examen, se encuentra ubicada en tiempo y espacio. Sus facultades mentales de Voluntad, Conciencia, Memoria, Percepción y Atención se encuentran conservadas sin particularidades al momento actual” (...) “Se evidencian aún, a pesar del tiempo transcurrido al acontecimiento que le habría dado origen, estresante y extremadamente traumático, (muerte inesperada (aborto) y exposición al cuerpo del feto durante lapso prolongado); efectos traducidos en síntomas de dicho cuadro tales como: horrores intensos y desesperanza (en torno al rol ma-

terno de la entrevistada)(...) “El cuadro referido implica la aparición de los siguientes síntomas: afectación en el equilibrio afectivo, comportamiento impulsivo y autodestructivo (tres intentos de suicidio), síntomas disociativos, de desesperanza, desesperación, dando origen a un trastorno desarrollado con posterioridad de tipo Depresivo, asociados ambos al momento actual” “D. refiere haber atravesado dicho proceso en soledad, contando con la certeza de percibir los movimientos de su bebé en la panza, y así manifestarlo al personal que de forma esporádica la asistía, sin embargo, no creían en tal versión de la joven, confrontándola una y otra vez con la muerte intra uterina de la misma, destinando en tal sentido enunciados que le provocaban dolor y sensación de desconsuelo ante el proceso vivenciado. Atravesando el trabajo de parto, recuerda haber sentido y padecido dolor de las contracciones, sin ser informada respecto a las opciones de analgesia con las que toda mujer puede optar o no atravesar; así como tampoco respecto a síntomas de alerta del cuadro mencionado. Cuando comienza el alumbramiento de su bebé, la joven advierte a través de su propio tacto la mano de la misma, en estado de soledad, acompañada a posterior por su pareja, cayendo, luego de pujar, sin saber cómo hacerlo ni ser dirigida por ninguna profesional, el cuerpo de la misma en el recipiente que se encuentra destinado para la placenta y restos propios del parto, mirando sin animarse a tomarla en brazos, durante un lapso prolongado de tiempo el cuerpo de su bebe muerta, allí.

Todo lo referido habría transcurrido en una sala de pre parto, sin conocer la joven el protocolo de intervención, sin contar con la información respecto a los pasos que seguiría dicha internación, así como también vivenciar tal momento en soledad, y con frialdad emocional, (definido esto como la falta de empatía y trato cálido), respecto a personal médico que la asistía. “Dicha falta de información habría repercutido en la joven de forma traumatizante debido a que al no saber tales aspectos, su fantasía era que una vez que pudiera dar a luz a su hija ésta sería asistida médicamente” “...refiere que el cuerpo de su hija permaneció en la chata durante un lapso prolongado sin que el personal corroborara los signos vitales de la misma. Relata la joven que nadie la asistía ante tal situación permaneciendo inmutable ante advertir que su bebe estaba sin vida. D. refiere que habría permanecido durante 40 minutos en tal situación sin contar con la asistencia de ningún personal de la institución” (fs. 188/189).

De la entrevista realizada a la Dra. B. C., médica que efectúa el control del embarazo de la actora, tomados los siguientes párrafos: “recuerda haber tomado conocimiento de lo sucedido con posterioridad al parto de la paciente, ya que ella no se encontraba en la ciudad al momento del ingreso de la paciente

en guardia, sustituyéndola en sus función el Dr. L. en quien refiere depositar su exclusiva confianza... refiriendo tener conocimiento que el Dr. L. habría mantenido contacto con la paciente, sin conocer si estuvo al momento del parto o posterior al mismo”... “de forma muy reciente habría tomado conocimiento de las denuncias que la joven habría emitido; mencionando que lo habría hecho, desde su percepción, por el enojo de perder a su hijo por una remuneración que la misma pretendería por ello y que la misma no se encontraba en un estado psíquico de estabilidad” (fs. 191/191 vta.)... “En cuanto a la situación puntual de la Sra. P. F. D. refiere estar al tanto que habría ingresado por guardia con diagnóstico de aborto tardío en curso, el mismo se establece para aquellos entre 18 y 20 semanas de gestación....parto inmaduro 22 a 27 semanas...se considera aborto hasta las semanas 20 o 22, o bien alcanzado los 500 grs.” (fs. 191). “...Reitera conocer que su intención era tomar el feto, que la paciente lo había reclamado, que se le habría entregado el mismo y que ésta lo tendría en la heladera, y que no le había entregado el certificado de defunción. Respecto de esto último no presenta problematización.” (fs. 191). “Destaca que la institución no permitía que sean acompañadas las pacientes al momento de la internación en el año 2016” (fs. 192).

De lo referido por el Dr. L., médico que asiste a la actora: “En cuanto a lo que recuerda de su intervención con la paciente D. P. F. menciona que la misma había ingresado un día domingo por la madrugada, que le avisan del servicio de guardia con diagnóstico de “aborto en curso”, ante lo cual se tiene en cuenta una “conducta expectante” ya que en los casos de gestación menor de la semana 20 o 22 no se toma ninguna decisión. Luego menciona que toma conocimiento que habría sido un aborto tipo parto, no habiendo sido viable la vida. Alrededor de las 8,30 hs. am el médico se acerca a la institución donde refiere haber tenido un contacto con la joven, a fin de chequear su estado general, relatando que la joven se encontraba en la semana 18 o 19 de embarazo. Preguntado por las profesionales en cuanto a la no asistencia al parto de la joven, refiere no había que tomar ninguna decisión quirúrgica, por lo cual no se había acercado con anterioridad.... Recuerda que le llama la atención que la paciente no realice “un cierre” de la consulta, es decir que no emita dudas al respecto de los que él le informaba...” “En cuanto al certificado de defunción menciona que se emite en tanto es viable o no el feto, en tanto sea luego de la semana 23. Al respecto no justifica desde dónde se plantea dicho criterio” (fs. 192 vta.).... “interpretando que la joven habría comenzado un litigio por rechazar la pérdida...” “Agrega que le llamó la atención porque habría tomado conocimiento que habrían tardado demasiado tiempo en entregarle el feto” (fs. 193).

Posteriormente se encuentra la entrevista a la Sra. P., administrativa de Clínica Privada del Sol SA, quien refiere “En cuanto a la normativa para emitir certificados de defunción fetal refiere que ella misma los confeccionan según dicha directivas en la que consta que se realizan en casos de embarazos de 23 o 22 semanas, o bien cuando el Feto es mayor a 500 gs. En tales casos vienen las empresas fúnebres y lo retiran... En las situaciones que NO se emiten certificados de defunción, los patólogos son quienes retiran los restos de la clínica, la Dra. A. C. lo lleva a un laboratorio; el mismo luego de un tiempo es desechado. En términos generales refiere que no es solicitado el cuerpo de dichos fetos por sus progenitores, siendo éste uno de los pocos casos que ella recuerda haberse solicitado. En los casos que esto así se solicita refiere que los papás se llevan el feto con fecha de muerte en un frasco con formol, bajo su responsabilidad” (fs. 193). De la entrevista al Dr. E., director de la Clínica Privada del Sol SA: refiere haber “tomado conocimiento a través de la historia clínica” (fs. 193 vta.); “Emite enunciados respecto a un cierto inconveniente con la patóloga, con la cual la clínica trabajaría., conociendo que solicitó el feto. Menciona que habría pasado 6 meses hasta que ella receptara el cuerpo del bebé” (fs. 194); “mencionando que no hay reglamentación para emitir los certificados de defunción, que la regla que procede la clínica es de aquellos que la muerte fetal es superior a las 30 o 35 semanas.... NO se realizan certificados de defunción en gestaciones de menos de 24 semanas” (fs. 194); “refiere que la institución cuenta con protocolos de parto humanizado en las cuales hay aspectos que ellos aceptan y otros que no” (fs. 194); “relaciona los hechos denunciados de D. P. F. con la probabilidad, que la mayoría de las mujeres padece, que es la depresión post parto, que es silenciosa y que la mujer por la general no busca ayuda “se la banca” (SIC), así como también con la insatisfacción de la paciente, debido a la pérdida del bebé, y de la necesidad de buscar algún responsable ante tal pérdida...” (fs. 194) “que se pueden garantizar procesos pero no resultados” (fs. 194)... “la paciente no está bien psicológicamente, por irse con el feto en la mano, que dicho acto le parece inadecuado y que no correspondía hacerle un certificado de defunción” (fs. 195).

Destaco las manifestaciones brindadas en el Informe por la Lic. Yamila Asís, psicóloga y acompañante terapéutica, quien asistió a D. desde julio del año 2019. Al respecto refirió que “la paciente padecía de sentimientos extremos de angustia, bronca por la violencia que habría padecido por su bebe, evidenciando momentos de destrato que habría recibido en tal situación, manifestando haber sido ninguneada, y que su obstetra nunca le habría informado y explicado todo lo que a ella le pasaba, en las consultas y en el momento del parto, sin ser informada adecuadamente”. En cuanto al trato del personal remarcó que “sólo

una enfermera la habría contenido, permitiendo que entraran a visitarla su madrina o su pareja; recibiendo maltrato de parte del resto de los profesionales”. Menciona que aspectos trabajados en terapia habrían sido “las situaciones de maltrato padecido ya que ella advertía movimientos de la bebe en su panza y el personal descreía de tales sensaciones; así como también cuando ella solicito el cuerpo de su bebe habría recibido mensajes del personal encargada que para qué solicitaba el mismo si ya estaba muerto”. Por otra parte refuerza que “el sentimiento de soledad habría interferido en el estado que ella atravesaba, ya que luego de media hora habría entrado personal de enfermería a asistir; resultando este un tiempo extremadamente prolongado en el que la paciente estaba expuesta a dicha situación traumática”. En cuanto a las consecuencias psicológicas “se remarca el miedo extremo a que le pudiera volver a suceder el mismo evento, descartando la posibilidad de volver a engendrar por dicho motivo; afectando de esta forma el duelo no resuelto en su maternidad”.

Menciona que el principal factor de riesgo con el que la profesional trabajo en las sesiones remitidas “tuvieron el eje de los intentos de suicidios previos que la paciente habría tenido, a raíz de los hechos padecidos, inhabilitando la tramitación del duelo por la pérdida del bebe el hecho de no poder darle sepultura a su hija muerta”. En cuanto “al primer intento de suicidio refiere que se desencadena ante el cumplimiento del primer año del alumbramiento; el posterior al año y 8 meses del mismo y el ultimo al momento de busca el cuerpo de la bebe”. El diagnóstico que refiere “es Stress Postraumático, con conductas de impulsividad (intentos de suicidio) considerando alto riesgo de intento de suicidio al momento de la interrupción del tratamiento” (fs. 174/175 e informe 194 vta./195 vta.). Asimismo, en referencia a los episodios ocurridos con posterioridad al parto, detalla el informe: “la joven solicita desde el comienzo el cuerpo de su bebe para realizar el entierro y rito correspondiente a la fe que profesa, haciéndola regresar sin éxito en numerosas oportunidades, ante lo que el personal administrativo no efectuaba respuestas satisfactorias y claras ante los pedidos de la entrevistada. Posterior al alumbramiento luego de unas semanas, la joven intenta establecer contacto con su médica obstetra, sin tener éxito ante la consulta requerida. A raíz de ello la joven, da intervención a un abogado, con la finalidad que le sea otorgado el cuerpo de la bebé. Ante ello recibe la notificación de la institución quien de forma despectiva y minimizando la implicancia emocional que ello conllevaría le entregan el mismo, se cita textual los dichos de quien se la entrega, “ahí tenés tanto que querías el feto”. (SIC).

La joven observa que el cuerpo de su bebe estaba en una bolsa cubierto con líquido, dentro de un fras-

co, provocando estupefacta la reacción de tal situación, sin más se debía retirar de la institución"... así y en esas circunstancias, la pareja decide guardar el frasco dentro de la mochila que llevaban consigo, ya que advertían no poder transitar con el mismo en la mano por la calle. La joven lo lleva a su casa, en post de la espera ante la solicitud del certificado de defunción, guarda el frasco dentro de su heladera, siendo una vecina enfermera quien la asesora para cubrir el 100% del cuerpo de la bebe con formol, ya que de lo contrario comenzaría un proceso de putrefacción. La joven recuerda no haberse atrevido a darle entierro por sí misma, debido a desconocer, y NO ser informada de las implicancias que ello podría aparejar, infiriendo que podría ir presa por darle entierro sin contar con la certificación requerida. Ante esa situación la joven habría tenido el primer intento de suicidio, sin tolerar la quietud en la que se encontraba el duelo que requería hacer por su hija fallecida".

Cabe recalcar que las profesionales del Equipo Técnico del Fuero que entrevistaron a los profesionales y personal administrativo del nosocomio dan cuenta que "surge un posicionamiento general tendiente a depositar la responsabilidad del malestar en la paciente, considerando que la misma atravesaría una alteración psicológica que fundamentaría en sí misma, el accionar de la misma. Surge específicamente escasa autocrítica y reflexión respecto a las respuestas institucionales que la clínica habría brindado a la joven al momento de ingresar a la misma, así como también las respuestas luego del egreso de la misma, prolongándose el período en que dichas respuestas habrían sido diligenciadas, desde el mes de Mayo al mes de diciembre en 2016, sin considerar insatisfactorias a ellas. En tal sentido ninguna de las personas entrevistadas problematiza y/o mentaliza las repercusiones individuales que su accionar (entregar el feto en un frasco sin certificado de defunción) podrían haber implicado en el estado psicoemocional de la joven, mucho menos de los riesgos a los que la misma habría estado expuesta a partir de dicha acción. Los entrevistados manifiestan serias discordancias a nivel discursivo en cuanto a la cantidad de semanas que atravesaba la joven al momento de ingresar a la institución, así como también demuestran escasa solvencia discursiva en cuanto al protocolo de acción respecto al otorgamiento o no de los certificados de defunción". En cuanto a la problemática de género y específicamente a la violencia obstétrica "surge escaso conocimiento de lo que la misma implica, y por ende las acciones que podrían desplegarse a nivel institucional desde la cual podrían reeditarse situaciones como las denunciadas en autos. Surge prevalencia en cuanto a la escasa formación en perspectiva de género de las personas entrevistadas, pudiendo esto ser generalizable al resto del plantel profesional y administrativo que tienen contacto con la mujer

en situación de embarazo, advirtiéndose que dicho desconocimiento podría repercutir en la reedición de los hechos denunciados en autos" (informe fs. 195 vta./196).

VI. 1) En este punto referido a los hechos alegados y constancias de autos, y previo a expedirme sobre la procedencia o no de la demanda incoada, debo referir brevemente a la HC de la actora labrada por la Clínica Privada del Sol SA, parte de la cual glosa en autos (fs. 7/15 y reiteradas en 82/90, en lo sucesivo nos referiremos a las adjuntas en fs. 7/15), que es, o debería ser, el instrumento que data fielmente el devenir médico del proceso que involucra a la actora, ocurrido a partir de la madrugada del 1 de mayo, hechos que aquí valoramos. Ya se ha hecho referencia a las disposiciones legales que rigen a la HC (ver V.3). Aquí referimos que la HC es un instrumento clave a los fines de avalar la, alegada, regularidad en la prestación del servicio de salud por parte de los profesionales que intervinieron en el proceso que afectó a la actora (informe fs. 189/195 citado en VI). En la HC que nos ocupa, cuya copia parcial obra en autos, consta que la "expulsión en bloque" que sufrió D. P. F., como otros asientos vinculados a ese proceso, son consignados bajo la firma de la Dra. V. B. C. (fs. 9/10), médica que la atendió a la actora durante el embarazo en la Clínica Privada del Sol SA Ahora bien, luce acompañada en los presentes, Escritura Pública número setenta y tres de fecha siete de diciembre de dos mil dieciséis, labrada por ante el Registro N° 743 cuya titularidad ejerce el Escribano Mario Rodolfo Giménez, instrumento público que hace plena fe de sí, labrado a requerimiento de Horacio Hugo Espósito en nombre y representación de Clínica Privada del Sol SA (fs. 18/21). En este último instrumento público, Clínica Privada del Sol SA, refiere que el parto de la actora fue asistido por el Dr. L. L., quien estaba en reemplazo de la Dra. B. C., la que se encontraba en ese momento ausente de Córdoba (punto iv en fs. 20). De sendos instrumentos emanados por la misma Clínica Privada del Sol SA (HC y escritura pública), elementos probatorias incorporados regularmente al proceso, surge el reconocimiento de una gravísima irregularidad: la HC consigna un dato falso respecto de la identidad de quien atendió el proceso médico de la actora (contrariando el art. 15 inc. c. de la Ley 26.529). Este, no menor, asiento insincero en la HC, descalifica irremediamente la fiabilidad de su contenido, cubriendo la información que suministra con un denso manto de sospecha, afectando su credibilidad en torno a las afirmaciones de la parte demandada en el evento que nos convoca.

VI.2) A su vez, dentro del contenido de la HC, señala el informe del Equipo Técnico del Fuero, algunos aspectos de relevancia, en cuanto a los horarios de ingreso, día de alta hospitalaria, autorizaciones para el acompañamiento de la paciente, que no sería del

todo coincidente con los hechos del evento que nos ocupan (conforme surge de Informe fs. 192 y denuncia fs. 1 vta.), pero es realmente alarmante que la firma de los consentimientos informados para la prácticas médicas sobre la paciente, que glosan en la HC según refieren las técnicas en el informe (fs. 192), lo son por la Sra. M. P. (DNI ...) y no de la paciente D. P. E. Sobre este particular, tres reflexiones.

VI.2.a.) La primera de ellas, que no surge del relato relevado en el expediente, la imposibilidad de la Sra. D. P. F. a los fines de firmar, por sí, el consentimiento informado. Por el contrario, uno de los reclamos de la actora es, justamente, que no recibe la Información Sanitaria respecto de su estado de salud y la del embarazo en curso: "...sin ser informada respecto a síntomas de alerta del cuadro mencionado..." (fs. 178 vta.). Sin la debida Información Sanitaria, las posibilidades de consentir o no una práctica, son nulas.

VI.2.b) La segunda de ellas: teniendo en cuenta que al momento del parto la paciente estaba acompañada por la Sra. C. y el Sr. Q. (madrina y pareja conviviente de la paciente respectivamente fs. 58/64), no se explica las razones por las cuales la firma de los consentimientos informados lo son por una tercera persona M. P. Esto por dos cuestiones elementales, la primera que se encontraba presente la pareja conviviente de la paciente, habilitado en primer término para firmar el consentimiento informado por imposibilidad del titular del derecho (art. 21 ley 24.193 por remisión del art. 6 ley 26.529). La segunda, gira en torno a la temporalidad de la firma: no se explica cómo pudo, la Sra. M. P., interiorizarse del estado de salud de la actora y dar el consentimiento a la práctica médica si no se encontraba presente en ese momento en el lugar de los hechos. Ante la imposibilidad material de firmar cuando no se está presente en el lugar, se colige que no se firmó "antes" de la práctica, sino que fue materia de una diligencia "posterior". Con esto último, toma consistencia lo que refiere la Sra. F. P. "...pedí una historia clínica, a lo que me respondieron que no estaba, que habían borrado los informes míos" (fs. 1 vta.) y sugeriría una posible construcción ex post facto del instrumento HC.

VI.2.c) La tercera reflexión, gira en torno a la figura de M. P., DNI N° ..., quien es una de las dos hermanas de la actora conforme surge de autos: "estaban comiendo en la casa de M., hermana de su ex pareja..." (Testimonial Q. fs. 58 vta.) y "...estando su grupo fraterno compuesto por M. P. de 24 años, C. P. de 22 años y A. F. de 14 años" (informe fs. 188). A su vez, al menos una de las dos hermanas de la actora, es paciente de la Dra. B. C.: "la hermana de D. recomienda se atendiera con su médica obstetra, la Dra. C., en la Clínica del Sol,..." (Informe F. P. fs. 118/118 vta.); "...en el mismo sentido refiere la médica que le habría sugerido que

se estudie respecto a posibles factores de riesgo que ella y su hermana tendrían (por abortos previos)... Luego, mantiene contacto con la hermana de D., a raíz que era su paciente, la misma le habría manifestado que D. tendría el feto en la heladera." (informe B. C. fs. 191). D. tiene dos hermanas, una de las cuales es paciente de la Dra. B. C., con lo cual, no se puede excluir la posibilidad que una paciente de la Dra. B. C., firma el consentimiento informado de su hermana D. F. P. (otra paciente de la misma médica). Estamos hablando de la firma de eventos en los cuales no habría participado M. P. (hechos similares de extrema gravedad no son problematizado por la institución Clínica Privada del Sol SA en general, ni por la Dra. B. C. en particular, conforme lo reseñado en VI. 1) y, si fuera paciente de la Dra. B. C., la posibilidad de ser inducida por la profesional médica que la asiste, abusando de su lugar dominante. Esto último será materia de investigación por parte del respectivo Tribunal de Ética (art. 20 Ley N° 4853, por posible incumplimiento del Art. 6 del Código de Ética del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba).

VI.3) Buscando fiabilidad en los dichos de los profesionales involucrados, vinculándolos con la HC de la actora, nos encontramos con fuertes incoherencia entre tal relato y lo consignado en la HC o documental agregada en autos, por ejemplo: el tiempo de evolución del embarazo, consignado en 21,6 semanas en la HC (fs. 8); 18 o 19 semanas refiere el Dr. L. (fs. 192 vta.); entre 18 y 20 semanas la Dra. B. C. (fs. 191 vta.); 18 semanas la Sra. P. (fs. 193 vta.); segundo trimestre conforme informe de Apress (fs. 106 vta.); más de 22 semanas surge de la ecografía de fecha 07/04/2016 realizada en Clínica del Sol. (fs. 24 vta.) tres semanas y tres días antes del parto informando evolución de 19 semanas; 21 semana refiere el Dr. E. Otro punto en dónde los relatos no coinciden, es en el tiempo de evolución de la gestación prevista en protocolo de la Clínica Privada del Sol SA, para expedir certificado de defunción del alumbramiento sin vida: luego de la 23 semana de gestación refiere el Dr. L. (fs. 192 vta.); más de 22 o 23 semanas de gestación o más de 500 grs. refiere la Sra. P. (administrativa que los expide); más de 30 o 35 semanas el Dr. E.

VII. En esta instancia, se advierte que la Suscripta en lo sucesivo, se refiere al luctuoso acontecimiento acaecido a partir de la 01hs del 01/05/2016, como un parto, siendo que surge de autos que el nacimiento lo fue sin vida. Tal nominación, puede no corresponderse con la que técnicamente se utiliza en la ciencia médica, pero se opta a los efectos de mitigar, en lo posible, los padecimientos emocionales/ psicológicos de la Sra. D. P. F. al momento de leer esta resolución. Es claro que tal nominación, no puede ser considerado un prejuizamiento o condicionamiento a lo que surja de la investigación "Actuaciones labradas por MED",

Actuaciones Sumariales N° 1158786/17, de la Unidad Judicial N° 04, radicada en Fiscalía Distrito 1 Turno 6 de la ciudad de Córdoba, jurisdicción en donde se investiga la concurrencia o no de un hecho penal en la causa que nos ocupa, escapando a la competencia de la Suscripta tales definiciones. Con las anteriores especificaciones y con los argumentos y probanzas expuestos en autos, se llega a la siguiente reconstrucción de los hechos con su correspondiente encuadre legal.

VII. 1.) D. P. F., al 31 de abril del 2016, llevaba adelante un embarazo de más de 21 semanas de gestación (según HC), sin ningún tipo de complicaciones. Sin embargo, esa noche, D. sufre dolores y pequeño sangrado. A pesar de ser una madre primeriza, sabía que algo no estaba bien, advertía que esos dolores y ese sangrado no eran una buena señal. En consecuencia, se bañó, tomó un taxi junto a su pareja, pasa a buscar por su casa a la persona de su máxima confianza (su tía y madrina) y se presentó en la guardia de la Clínica Privada del Sol SA, dónde se hacía controlar el embarazo, fue recibida conforme los protocolos establecidos y derivada al primer piso de la Institución alrededor de la 01 hs. del día 01/05/2016. Allí comienza la intervención institucional que, atento lo manifestado por la Dra. B. C., médica obstetra de la demandante, el referido ingreso por guardia “implica la primera valoración (...) en el cual el médico especialista o médico residente comunica al médico de cabecera de la paciente la situación general de la misma; en caso de que el mismo no responda el teléfono, se cuenta con un profesional de guardia pasiva o el Jefe de Servicio. Se resalta que los médicos de cabecera son quienes definen los pasos a seguir, no quienes valoran al inicio. Por lo general el ingreso de la paciente se realiza en Preparto, en el primer piso de la institución, donde se encuentra el equipo de valoración (4 o 5 residentes) y equipo de enfermeras. A nivel edilicio la Sala de Preparto cuenta con 5 camas separadas por cortinas. Se dirige a la paciente a la Sala de Parto una vez que la paciente completa a 10 la dilatación como indicador requerido” (informe B. C. fs. 190/191 vta.).

Según lo relacionado en el punto VI y lo expuesto en lo que antecede del VII, se destacan una serie de acciones y acontecimientos que jalona la cuestión traída a resolver, repercuten de manera profunda en la integridad psicofísica de la persona denunciante y estructuran nuestra resolución. A saber:

Durante el proceso de parto:

VII. 1. a) D. no fue debidamente informada respecto a su situación de salud contrariándose el art. 2. inc. c y e ley 25.929: siendo que es un derecho esencial estar al corriente de la delicada situación de salud de sí misma y el embarazo que cursaba, no se le explicó

las razones de algunos de sus síntomas, por caso los “movimientos” que ella sentía en su vientre y que la predisponían a vincular tales movimiento con la viabilidad del embarazo que cursaba: “cuando entraron la primera vez le dijeron que estaba bien que era prematuro, que en ningún momento le dijeron que había algún riesgo” (testimonial Q. fs. 60 vta.), tal afirmación toma consistencia con otra referencia: “contracciones uterinas, feto vivo”... “A las 8 hs. continúa evolución, aún feto vivo (fc 100x’), con un cuadro obstétricamente irreversible... aborto inevitable...” (Informe Ruiz Córdoba fs. 110 y 110 vta.). No se le entrega Información Sanitaria ni informa el protocolo que se le aplicaba: “...Todo lo referido habría transcurrido en una sala de pre parto, sin conocer la joven el protocolo de intervención, sin contar con la información respecto a los pasos que seguiría dicha internación...” (informe fs. 189). D. no es una niña, es una adulta enmarcada en un delicado proceso médico, lo que no significa tener anulada sus funciones cognitivas, solo necesitaba una explicación adecuada, de hecho la información, si le hubiera llegado, fue luego de tan lacerante trance: “... le llama la atención que la paciente no realice “un cierre” de la consulta, es decir no emita dudas al respecto de lo que él le informa...” (Informe Dr. L. fs. 192 vta.), recordemos que el Dr. L. refiere haber llegado a la Clínica a las 8,30 hs., luego del alumbramiento sin vida (Informe Dr. L. fs. 192 vta.) siendo que el derecho a la información sanitaria lo es antes y/o durante el proceso médico. En otro sentido, la paciente, no recuerda haber sido atendida por un médico hombre: “siendo que eran todas mujeres, nunca lo vi a él” (denuncia fs. 1 vta.), con lo cual se pone en duda la existencia del momento de explicación que refiere el Dr. L.;

VII. 1. b) D. no fue debidamente informada respecto a quién fue el profesional que la asistió, contrariándose el art. 2. inc. b ley 25.929: no se puede pensar en un trato personalizado (lo que involucra de algún modo la intersubjetividad) desconociendo quién fue el/la profesional que la asiste. A D. no se le reconoce su condición de sujeto interlocutor. La HC refiere que es atendida por la Dra. B. C. (fs. 9/11); la Escritura Pública 73 en (iv), asevera que fue asistida en esa oportunidad por el Dr. L. L. (fs. 20); al Dr. L. L. refiere que llega a las 8,30 hs., luego del alumbramiento sin vida (fs. 192 vta.); D. requiere tal información por CD de fecha 04/11/2016 (fs. 17). En todo el expediente, no surge quien fue el profesional médico que la asistió, desconcertando al día de hoy tal identidad: “...en la carta documento que me responde la Clínica sale que me atendió un médico hombre Dr. L. L., siendo que eran todas mujeres y nunca lo vi a él.” (denuncia fs. 1 vta.);

VII.1.c) D. no fue informada sobre las alternativas de intervenciones médicas que pudieren tener lugar en el delicado proceso que le atravesaba contrarian-

do el art. 2. inc. a ley 25.929: como consecuencia de desconocer detalladamente su situación de salud, careciendo de tal Información Sanitaria, mal podía ser informada a los fines de las alternativas terapéuticas disponibles para transitar dicho proceso. Los profesionales tratantes, decidieron por ella y sobre ella, reduciéndola a un objeto de tratamiento y, por lo tanto, reificándola. Así consta en autos: “En casos de gestación menor de la semana 20 o 22 no se toma ninguna decisión” (informe L. fs. 192 vta.) sin visualizar que no tomar un decisión es, en sí, una decisión, opción terapéutica que no le fue informada a la paciente, menos consultada. Asimismo que, en cuadros como el que presentó la actora: “la médica menciona que como criterio general siempre se intenta que se lleve a cabo la “expulsión” a través de un parto, ya que realizar una intervención por cesárea es contraindicado pudiendo la misma interferir en el futuro obstétrico de la paciente, afinando el útero y aumentando riesgos” (inf. B. C. fs. 190 vta.). Cabe consignar que D. refiere: “Yo les dije ...que si era necesario que hicieran una cesárea para que naciera con vida porque sentía que se movía en mi vientre.” (demanda fs. 3). Lo dramático de esta omisión, es que el personal de salud determinó conservar las mejores condiciones del útero de D. para un ulterior parto, y con esa determinación inconsulta, más otras omisiones, le causan un proceso de tal grado traumático que le obturan la posibilidad emocional/psicológica de proyectarse en una nueva maternidad: “...por todo esto no quiero tener más hijos...” (denuncia fs. 2);

VII.1.d) D. se encontró con un desenlace no asumido emocional ni racionalmente, por no haber sido acompañada en su singularidad, como lo indica el art. 2. inc. b ley 25.929: una información adecuada a esta paciente, hubiera permitido incorporar, cognitivamente, los hechos que afrontaba, y, con el debido acompañamiento afectivo y terapéutico, asumir desde otro lugar el desgarró de su pérdida: “Yo les dije que la bebé se movía y que hicieran algo, si era necesario que hicieran una cesárea para que naciera con vida porque sentía que se movía dentro de mi vientre” (denuncia fs. 3), es altamente probable que D. sintiera movimientos en su vientre: “contracciones uterinas, feto vivo”... “A las 8 hs. continúa evolución, aún feto vivo (fc 100x’), con un cuadro obstétricamente irreversible... aborto inevitable...” (Informe Ruiz Córdoba fs. 110 y 110 vta.), vinculándolos a la posibilidad de un nacimiento con vida; y “Dicha falta de información habría repercutido en la joven de forma traumatizante debido a que al no saber tales aspectos, su fantasía era que una vez que pudiera dar a luz a su hija ésta sería asistida médicamente” (informe fs. 189);

VII.1.e) D. no contó con el acompañamiento, durante la totalidad del parto, de una persona de su confianza como le garantiza el art. 2. inc. g ley 25.929: en

el momento más crítico de su situación, no solamente se encontraba carente de acompañamiento profesional, sino que se le indicó a quienes la acompañaban rotativamente, que se retiraran. Ella en soledad transitó tan desgarradora situación: “Me sentí abandonada en la clínica,... Era mi primer embarazo y nunca me ayudaron siendo que era mamá primeriza, no sabía ni que eran las contracciones. Esta tirada en una cama sola teniéndola” (denuncia fs. 2), lo que es corroborado por los testigos: “que ingresó dos veces a la sala y luego no le permitieron ingresar más...” (testimonial C. fs. 63); en el caso del Sr. Q., pareja de la actora, ingresó desde las 1.30 a las 2,30; reingresaron de las 3,30 hasta las 6 hs. “después no le permitieron volver a entrar, luego le fueron a informar que ya había tenido a la bebé” (fs. 59 vta.). Refiere la actora: “...sentí algo entre mis piernas, le vi la manito a la bebé entonces avisé que estaba naciendo y me dijeron que la tuviera, entonces hice fuerza sola, hasta que nació la bebé. Luego de eso, cuando la bebé había nacido, callo a la chata (que la tenía puesta allí para no ensuciar) avisé a la enfermera que había nacido y al ratito vinieron a buscarla...” (fs. 3 vta.). Se corrobora por los profesionales de la institución, que la imposibilidad de contar con acompañamiento era la política de la Clínica, así refiere la Dra. B. C.: “La institución no permitía que sean acompañadas las pacientes al momento de la internación en el año 2016” (fs. 192) y el Dr. E.: “La institución cuenta con protocolos de parto humanizados en las cuales hay aspectos que ellos aceptan y otros que no” (fs. 194);

Con posterioridad al proceso de parto:

VII.1.f) D. no recibió copia de su historia clínica en tiempo y forma, contrariando el art. 14 ley 26.529: siendo tal información de su propiedad, la Clínica Privada del Sol SA, fue renuente a entregarle la referida copia, generando desvelos adicionales para ejercer sus derechos más elementales: Se pone la HC a su disposición por Escritura Pública 73 de fecha 07/12/2016 (fs. 18/21), luego que D. debió contratar un abogado a fin de hacer valer sus derechos, con el patrocinio del cual remite carta documento de fecha 04/11/2016 (fs. 17) a la Clínica Privada del Sol SA solicitándole información sobre su proceso de parto de fecha 01/05/2016;

VII.1.g) D. recibió copia de su historia clínica dónde constan datos inexactos en infracción al art. 15 inc. c ley 26.529: luego de transitar el proceso de alumbramiento sin vida de un modo extremadamente traumático, se le entrega la copia del documento que refleja tal doloroso transe con información que no refleja la verdad de los hechos, incluso reconocido por la propia demandada (ver VI. 1 y VI. 2. a, b y c);

VII.1.h) D. no recibió en un tiempo lógico, los restos del parto, configurando trato inhumano y cruel en infracción al art. 5 CDDH y art. 5 CADH: la entrega de los restos de quien fuera dada a luz, está rodeada de los más siniestros aspectos, no solo por el estado de su entrega (sin estar cubierta de líquido conservante) y con sospechas de propender así, deliberadamente, a su desnaturalización temprana; por los argumentos para no hacer la entrega: porque los restos del alumbramiento sin vida no llegaba al peso requerido: “Que le quiso hacer una especie de despedida y sepultarlo pero le decían que no lo podía llevar porque era un feto el peso del bebé no daba para que se lo entregaran” (testigo Q. fs. 61) que se corrobora con: “...refiere que ella misma los confecciona...o bien cuando el feto es mayor a 500 gs.” (informe P. fs. 193) o porque estaba en anatomía patológica: “no se lo podía entregar porque se enviaba a patología a investigar” (Dra. C. fs. 191); el tiempo de su entrega (con una dilación temporal injustificada reconocida por la propia Clínica del Sol. (informe Dr. L. a fs. 193 y Dr. E. a fs. 194) sabiendo que la misma lo estaba reclamando: “...Ahí tenés, tanto que querías al feto.” (inf. P. F. fs. 179/179 vta.). Cabe consignar que la anatomía patológica sobre los restos del parto, cuya remisión se le “informa” no se le “consulta”, es devuelta con fecha 12/07/2016 (fs. 6) y la entrega de los restos se materializa el 16/12/2016 (fs. 23) con cinco meses de demora a la última razón esgrimida por la clínica para no entregarlos, sabiendo que desde su alta médica, la actora reclama se le entregue, lo que para ella significaba, el cuerpo de su hija. Así conforme las constancias de autos: “la paciente solicita llevarse, al momento del alta médica, el cuerpo de su bebé, y la Dra. C. le habría explicado que en tal oportunidad no se lo podía llevar, ya que se enviaba a patología a analizar.

Posterior a ese encuentro, la paciente se había presentado sin turno en el consultorio, sin recordar la fecha de tal encuentro; motivando la misma que la joven solicitara hablarle ya que no le querían entregar el cuerpo de su bebé. La Dra. Le habría solicitado que la espere a que ella finalice la consulta en curso que mantenía con otra paciente. Sin embargo cuando la médica habría terminado dicha consulta, en la sala de espera la joven ya no estaba. Luego, mantiene contacto con la hermana de D., a raíz que es su paciente, la misma la habría manifestado que D. tenía el Feto en la heladera”... “que el servicio de anatomía patológica tarda entre 30 y 60 días para emitir un informe con diagnóstico correspondiente”... “que reitera conocer que su intención (por la actora) era tomar el feto, que la paciente lo había reclamado, que se la había entregado el mismo y que ésta lo tendría en la heladera, y que no la habían entregado el certificado de defunción” (informe Dra. B. C., fs. 191 y 191 vta.); “...haber atendido administrativamente a D. P. ya que la misma habría solicitado “llevar su fetito por su aborto”...

“en términos generales refiere que no es solicitado el cuerpo de dichos fetos por sus progenitores, siendo éste uno de los pocos casos que ella recuerda de haberse solicitado” (informe P. fs. 193);

VII.1.i) D. recibió los restos del parto sin la debida documentación: la documentación que acredite la identidad de los restos del parto sin vida (conforme los formularios que dispone al Ministerio de Salud de la provincia con el cual se inscribe la defunción intrauterina ver oficio Hospital Materno Provincial glósado a fs. 146/156), es necesaria para su disposición final, negándose injustificadamente la Clínica Privada del Sol SA, a la entrega de la misma, dando los involucrados versiones incoherentes entre sí y carente de justificación legal. Se trataría de una práctica de la Clínica Privada del Sol SA sin respaldo legal. Cuando concurrió a retirar los restos, “la joven observa que el cuerpo de su bebé estaba en una bolsa cubierto con líquido, dentro de un frasco, provocando estupefacta la reacción de tal situación, sin más se debía retirar de la institución. En tal momento la joven solicita certificado de defunción para poder trasladar por la calle con el mismo así como también porque era lo requerido por el servicio para darle sepelio al mismo. Sin embargo el personal de la clínica se niega a emitirlo (diciembre 2016) Así y en esas circunstancias, la pareja decide guardar el frasco dentro de la mochila que llevaban consigo, ya que advertían no podían transitar con el mismo en la mano por la calle. La joven lo lleva a su casa, en pos de la espera ante la solicitud del certificado de defunción, guarda el frasco dentro de su heladera, siendo una vecina enfermera quien la asesora para cubrir el 100% del cuerpo de la bebé con formol, ya que de lo contrario comenzaría un proceso de putrefacción” (informe fs. 189 vta.). A su vez no se le brindó un mínimo de herramientas para tomar decisiones saludables: “La joven recuerda no haberse atrevido a darle entierro por sí misma, debido a desconocer, y NO ser informada de las implicancias que ello podría aparejar, infiriendo que podría ir presa por darle entierro sin contar con la certificación requerida” (informe fs. 189 vta.). Tan lacerante panorama, es asumido por los profesionales de la clínica como parte del desequilibrio de la paciente, sin visualizar que es consecuencia de la victimización que ellos le causan: “Que específicamente de la paciente sostiene que no está bien psicológicamente, por irse con el feto en la mano, que dicho acto le parece inadecuado...” (Informe Espósito fs. 194 vta.) y como consecuencia del desequilibrio e imposibilidad de superar la frustración que alegan, coligen que comienza las acciones legales que nos ocupan: “la médica cuestiona el accionar de D., ya que desde su percepción ésta (con intervenciones judiciales) no sería la mejor forma de sanar su dolor” (informe B. C. fs. 191 vta.), “Interpretando que la joven habría comenzado un litigio por rechazar la pérdida “ (informe L. fs. 193). A su vez, la

falta de documentación obturó determinantemente la posibilidad de retirar los referidos restos por una empresa funeraria, así como de cumplir con los ritos de su religión a los fines de la disposición de estos, que le permitieran comenzar a elaborar la desgarradora pérdida sufrida: “Me afectó mucho, quiero enterrar a mi hija, me sentí muy mal cuando me dijeron que la enterrara en mi casa como si fuera un perro” (denuncia fs. 2). Cabe consignar que Clínica Privada del Sol SA, entregó el Certificado de Defunción Fetal (fs. 200), como respuesta a la orden judicial de estos obrados por Decreto de fecha 17/12/2019.

VII.1.j) D. tiene dudas respecto de la identidad genética de los restos del alumbramiento que le entregaron: Como colofón de esta serie de desmanejos (ver VII. 2. g, h e i: inexactitudes en la HC, diferentes argumentos para no entregar los restos del parto, injustificado tiempo de entrega y estado de los restos del alumbramiento sin vida) siembran dudas en D. sobre la identidad genética de los restos del parto que le entregan: “Me decían que no encontraban el cuerpo, me preguntaban a nombre de quien lo había dejado” (denuncia fs. 1 vta.);.... “me gustaría si se puede, hacer un ADN para saber si el cuerpo que me entregaron es de mi bebé o no?... “no se si quiera si es el cuerpo de ella” (denuncia fs. 2). Ello así atento que: “los patólogos son quienes retiran los restos de la clínica, la Dra. A. C. lo lleva a un laboratorio; el mismo luego de un tiempo es desechado” (informe P. fs. 193), atento el tiempo y peso de la gestación, queda flotando la intranquilidad en el espíritu de la actora si los restos de su parto siguieron tal procedimiento o fueron rescatados y entregados;

VII.1.k) D. no puede afrontar la hipótesis de proyectarse en una futura maternidad, vinculando tal imposibilidad al trauma que se le generó, condicionándosele el derecho de la mujer a tal planificación familiar reconocida por art. 2 inc. g de la ley 25.673: en los hechos, con la sumatoria de omisiones, maltrato y reificación, a D. se le generó una suerte de esterilización desde lo emocional: “Por todo esto no quiero tener más hijos, tengo mucho miedo que vuelva a pasar” (denuncia fs. 2) “tengo serios problemas de relación con mi pareja actual a raíz del miedo y angustia que me provoca la idea de tener otro hijo” (fs. 159 vta.) y “...se remarca el miedo extremo a que le pudiera volver a suceder el mismo evento, descartando la posibilidad de volver a engendrar por dicho motivo;...” (informe Lic. Asís fs. 195). La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), tiene una prolífica producción en torno a la esterilización forzada (1), y queda claro que existen distinto procedimiento para llegar al mismo resultado, o al menos no tomar mínimos recaudos para evitarlo, como daría la impresión en el caso que nos ocupa;

VIII. A partir de los eventos que genera la Clínica Privada del Sol SA sobre la integralidad de la persona de D. F. P., esta siente fuerte y negativamente impactada su salud, entendiendo la definición de salud holísticamente: “un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad (OMS)” Desde la aciaga madrugada del 01/05/2016 y con posterioridad a tales eventos, la actora refiere encontrarse en un estado psicológico/moral deplorable, apreciación que acompañan sus referentes cercanos y la profesional que la asiste: “Necesito terminar con esto, me quise matar dos veces, cortándome las venas.... Vivo sola, a veces pienso en tomar pastillas para poder terminar con todo esto.” (denuncia fs. 2); “...después de ese día, D. estuvo muy mal y hasta el día de hoy no lo supera, ya que era su hija” (testimonial Sra. C. fs. 63 vta.) y “...en cuanto al primer intento de suicidio refiere que se desencadena ante el cumplimiento del primer año de alumbramiento; el posterior al año y 8 meses del mismo y el último al momento de buscar el cuerpo de y 8 meses del mismo y el último al momento de buscar el cuerpo de la bebe. El diagnóstico que refiere es Stress Postraumático, con conductas de impulsividad (intentos de suicidio)...” (informe Asís fs. 195). Este cuadro, es vinculado por la actora a su condición de víctima de violencia obstétrica, referida en autos por la propia Dra. B. C. como: “...falta de información, falta de empatía, trato agresivo e infantilizado de las pacientes” (informe B. C. fs. 190 vta.) y conceptualizada legalmente en ver V.5. A raíz de tal sentimiento, la actora plantea la demanda que trabajamos.

Manifiesta el apoderado de la Clínica Privada del Sol SA, “la institución es pionera en respetar los derechos de la paciente. De hecho se ha implementado un protocolo interno de parto humanizado, el que es de estricto cumplimiento” (fs. 29 vta.). Sin duda, en la atención médica integral de D. P. F. que se nos trae a consideración, algo falló. Nada de lo establecido en la legislación sobre la materia, ni puntualmente a lo referido por el art. 2 de la ley 25.929 fue cumplimentado, menos aún se respetaron los principios de Dignidad (2), Autonomía y Responsabilidad Individual (3), ni el de Consentimiento (4) establecidos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos DUB-DH (ONU, 2005). Por ello, sin vacilación sostengo que de los hechos relatados cabe tener *prima facie* por configurado un supuesto de violencia de género bajo la modalidad obstétrica, traducida en el caso concreto en violencia tipo física (dolor físico innecesario por omisión de cuidados) y psicológica por parte de la Clínica Privada del Sol SA, por intermedio de sus profesionales y dependientes, hacia la persona de la Sra. D. P. F., incurriendo en una palmaria violación a los derechos y garantías fundamentales de la joven madre y a un indebido ejercicio de las funciones que le competen como institución que debe prestar un

servicio de salud. D. P. F. transitó en la Clínica Privada del Sol SA un proceso de parto en las antípodas del parto humanizado, se le proporcionó un parto deshumanizado y deshumanizante. El comportamiento de la Clínica Privada del Sol SA con posterioridad a tal evento, que gira en torno a la entrega de los restos del alumbramiento sin vida y la documentación correspondiente, fue cuando menos negligente y cruel, asimismo vivido por la Sra. D. P. F. como una verdadera tortura.

El caso que resolvemos, constituye una violación a los derechos humanos a de D. P. F., conforme art. 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y 5.a de la Convención Americana de Derechos Humanos, es violentada en su condición de mujer, conforme art. 5.a CEDAW, art. 6 Belén do Pará, es materia de violencia de género modalidad obstétrica física (dolor innecesario por omisión de paliativos) y psicológica art. 6 inc. e ley 26.485 y art. 2 ley 25.929, se le desconocieron los derechos como paciente, art. 3, 5, 14 y 15 ley 26.529 y se le desconoció su condición de sujeto de la bioética al no aplicarle los principios 3, 5 y 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, arraigándose la Clínica Privada del Sol SA al más arcaico paternalismo médico, realizando prácticas obstétricas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre las implicancias de las mismas, infantilizando a la paciente, anulando e inhibiendo toda posibilidad de D. de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. D. P. F. no es una cosa: es una humana con derechos, una ciudadana con derechos, una paciente con derechos, y una parturienta con derechos. El proceso de alumbramiento, incluso de aborto, no ingresa a la mujer en una situación de disolución de su condición de humanidad y sujeto de derechos. Parecería ser que en este caso, la situación obstétrica, que solo se aplica a lo femenino, degradó a su protagonista a la condición de cosa. En el proceso médico que tenemos ante nuestros ojos, se cumple la premisa: “suceso a través del cual la perspectiva humana genuina involucrada es neutralizada hasta tal punto que finalmente se transforma en pensamiento objetivante”, que es la quintaescencia de la reificación (HONNETH, Axel: Reification. A new look to an old idea. Oxford. Ed. Oxford University Press, 2008).

VIII.1) Cabe aclarar, las razones por las cuales los hechos ocurridos con posterioridad al parto, quedan comprendidos, en el concepto de violencia tipo psicológica modalidad obstétrica, en su caso subespecie pos obstétrica, y con causa fuente en aquella. Esta apreciación lo es para el caso que nos ocupan, dada sus particularidades. Es evidente que el proceso de preparto, parto y pos parto, desde un punto de vista médico/anatómico, se circunscribe a un lapso signado por la materia médica/clínica. Ahora bien, los eventos que involucraron a actora y demandada

desde el 01/05/2016, se proyectan temporalmente en continuo generando los hechos y situaciones descriptos en VII.1. f, g, h, i, j y k. Es más, si la entrega de la HC y los restos del alumbramiento sin vida con su documentación respectiva, se hubieran materializados en tiempo razonables, nos encontraríamos dentro del período del pos parto/puerperio. La irrazonable demora de Clínica Privada del Sol SA, no solo se vincula a los hechos que rodearon el alumbramiento sin vida, y lo tienen como causa necesaria, sino que no puede operar en favor de la referida institución, desvinculando parte de su desaprensivo accionar al concepto de violencia de género modalidad obstétrica tipo psicológica en contra de D. P. F.

IX. De la lectura integral del expediente, y luego de haberse pronunciado, no puede la Suscripta, dejar de señalar las inentendibles afirmaciones y actitudes de tres profesionales involucrados en la causa. El director de la Clínica, Dr. E., la médica que atendía a la actora durante el embarazo, Dra. B. C., ambos comprendidos en la regla ética: “Sólo verán en el paciente al ser humano que lo necesita” (art. 5 Código de Ética del consejo de Médicos de la provincia de Córdoba) y una anónima enfermera.

IX.1) Hay tres señalamientos respecto del Dr. E.

IX.1.a) Exalta: “...la institución es pionera en respetar los derechos de la paciente. De hecho se ha implementado un protocolo interno de parto humanizado, el que es de estricto cumplimiento” (contestación de demanda fs. 29 vta.). Sin embargo, afirma: “...la institución cuenta con protocolos de parto humanizados en las cuales hay aspectos que ellos aceptan y otros que no” (informe E. fs. 194). Cuando menos podríamos percibir que el Dr. E., como director de la institución, se reserva el derecho de aplicar los “aspectos” del parto humanizado que le resultan convincentes, con prescindencia de la obligatoriedad que implica la manda legal. El caso emblemático de esta no aplicación, es la política de la institución que la mujer en proceso de alumbramiento, no puede ser acompañada por una persona de su confianza. La Clínica Privada del Sol SA, representada por su Director, se atribuye el derecho de redefinir el concepto de parto humanizado, lo cual, claramente, escapa a sus posibilidades legales. Asevera el Dr. E. “que se pueden garantizar procesos pero no resultados” (fs. 194), sin pronunciarse sobre la práctica médica que son materia de investigación penal, es claro que el proceso falló, porque se le quitó la humanidad (y correlativos derechos) que es esperable, requerible y exigible a este singularísimo momento que afecta, solamente, a la condición femenina.

IX.1.b) Relaciona el Dr. R. R. E.: “...los hechos denunciados de D. P. F. con la probabilidad, que la ma-

yoría de las mujeres padece, que es la depresión pos parto, que es silenciosa y que la mujer por lo general no busca ayuda “se la banca” (SIC)....” Sobre tan infausta afirmación, dos precisiones: el puerperio es el “período que abarca desde el alumbramiento (dos horas después de la expulsión placentaria) hasta 45 días a 6 meses luego del parto. Está caracterizada por la involución paulatina de las modificaciones gravídicas anatómicas y funcionales a su estado pregestacional, excepto las mamas en las cuales se producen procesos anabólicos que permiten la lactancia. El puerperio se puede dividir en cuatro etapas, según el tiempo transcurrido desde el pos parto: 1. Puerperio inmediato: desde el alumbramiento hasta 24 horas posparto. 2. Puerperio mediano: 24 horas hasta 120 días posparto. 3. Puerperio alejado: 11 días a 45 días posparto. 4. Puerperio tardío: hasta los seis meses del posparto” (Venditti en Nasiff. Obstetricia. Fundamentos y enfoques prácticos. Editorial Médica Panamericana. Pág. 297). Los intentos de suicidio de la Sra. P. F., comenzaron a partir del año del parto (ver VI informe A.), y la demanda que nos ocupa el 21/12/2017, a más de un año y medio. Incluso considerando lo que la ciencia médica llama puerperio tardío, la Sra. D. P. F., se encuentra absoluta y ostensiblemente fuera del estado puerperal, incluso para quien, como el Dr. E., nunca la trató profesional y/o personalmente. Un médico con su trayectoria no puede hacer una afirmación tan superficial, agravando la inteligencia de sus interlocutores.

IX.1.c) Sobre la misma patética afirmación de IX.1.b, asistimos, en concepto del autor de la afirmación, a la exaltación de un estereotipo respecto a la universal “mujer” que “se la banca”, modelo del cual se aparta (reprochablemente a su criterio) la “singular mujer”, Sra. D. P. F. Tal Atento lo poco feliz de tal afirmación, que exhibe descarnadamente el estereotipo instaurado en la visión del profesional, se advierte el atropello al derecho que le asiste a D. “a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación” (art. 6 Belém do Pará) y engarza a la perfección con lo descrito Por el comité de CEDAW como violencia de género contra la mujer: “...imponer los papales asignados a cada género o evitar, desalentar o castigar lo que se considera un comportamiento inaceptable de las mujeres.” (OG 35, Sobre Violencia en razón de Género contra la Mujer. Párrafo 19). Nos preguntamos con qué elementos de su historia personal y desde qué marcos teóricos el Dr. E. opina sobre la subjetividad femenina en este sensible punto. Sería un acto de mayor responsabilidad funcional (es Director de un clínica) acercarse con más respeto a los sentimientos y procesos internos de “una mujer singular” atravesada por un drama de vida, estudiando cuidadosamente

el tema o, caso contrario, llamarse a un saludable silencio.

IX.2) Respecto del Dra. B. C. Se advierte un línea de razonamiento en el caso que nos ocupa, que da cuenta de cierta disrupción expuesta por la profesional, quien en un sentido describe violencia obstétrica: “...falta de información, falta de empatía, trato agresivo e infantilizado de las pacientes” (informe fs. 190 vta.) y en otro sentido indica que “las denuncias que la joven habría emitido; mencionando que lo habría hecho, desde su percepción, por el enojo de perder a su hijo o por una remuneración que la misma pretendería por ello y que la misma no se encontraba en su estado psíquico de estabilidad” (informe B. C. fs. 191/191 vta.). Cabe preguntarse como una profesional de la salud puede describir con tanta claridad conceptual/técnica violencia obstétrica y no advertir las repercusiones en la salud integral a las víctimas de tales violencias que lucen como un mapa desplegado dolorosamente ante sus ojos. No pretendamos empatía, o sororidad, pero al menos un mínimo de conmiseración, siendo una especialista en Ginecología y Obstetricia, “referente del parto humanizado y... cálida...” (informe B. C. fs. 190), el sufrimiento de su (ex) paciente y las huellas que deja en su integralidad como persona, le pasan inadvertidas, desconectando los eventos del relato. Es como firmar en la HC una práctica médica a la cual no asistió, que de hecho es lo que hizo (fs. 9/11), pudiendo afectar el art. 6 y, eventualmente por la posible remisión de la facturación de la práctica a la obra social, 82 del Código de Ética del consejo de Médicos de la provincia de Córdoba, debiendo dar cuenta de ello frente al Tribunal de Ética, a más de lo indicado en el punto VI.2.c.

IX.3) Respecto de la enfermera anónima. Cabe rescatar, en un marco de inhumanidad extrema, la figura de una enfermera que, diferenciándose de sus pares y cuerpo médico, trató a D. con la dignidad que se merece en la circunstancias de parto, y dentro de sus posibilidades laborales, contrariando las políticas de la institución que no lo permitían, la habilitó a ejercer su derecho a estar acompañada por una persona de su confianza, al menos de modo intermitente: “En cuanto al trato del personal remarca que solo una enfermera la habría contenido, permitiendo que entraran a visitarla su madrina o su pareja; recibiendo maltrato de parte del resto de los profesionales” (informe Asís fs. 194 vta.). Eso significa que no todo está perdido en la Clínica Privada del Sol SA, hay, al menos, una enfermera que merece ser reconocida por desempeñarse a la altura de la circunstancias. Pese a desconocer su identidad, no puede menos que poner en valor su figura, mano tendida que la sostuvo y evitó la caída de D. a un abismo más profundo.

X. Que por lo expuesto en VI, VII, VIII y IX, la Suscripta, pasa a expedirse en relación a las acciones que deben procurarse a los fines de reparar los hechos sufridos por la actora, y prevenir hipótesis reincidentes. Ello así en tanto no es letra muerta la obligación del Estado Argentino de “modificar los patrones socio-culturales de hombres y mujeres...” (art. 5 CEDAW) y que es la raíz de la legitimación de prácticas violentas sobre el simbolismo de lo femenino en general y la práctica obstétrica en particular. No es dable estacionarse en lo retórico sabiendo que “las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer,..... son formas de violencia de género” (Recomendación General N° 35. Comisión CEDAW), que el embarazo genera una doble causa de vulnerabilidad en las mujeres a sufrir violencia (art. 9 Belém do Pará) por lo tanto el MESECVI recuerda a los Estado signatarios (Argentina entre ellos), “...que se brinde información oportuna y veraz a las mujeres embarazadas... para que puedan tomar decisiones libres e informadas que sean respetadas.” (Segundo Informe 2014, párrafo 123/124). Máxime, siendo el Estado Argentino pionero promotor, junto a la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), de la organización de Foros de América Latina para la Aplicación de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, lo cual redobla el compromiso del Estado Argentino a hacer respetar los principios establecidos en el instrumento: “Los Estados deberían adoptar todas las disposiciones adecuadas, tanto de carácter legislativo como administrativo o de otra índole, para poner en práctica los principios enunciados en la presente Declaración, conforme al derecho internacional relativo a los derechos humanos. Esas medidas deberían ser secundadas por otras en los terrenos de la educación, la formación y la información pública” (art. 22 DUBDH).

X.1) Urge que los profesionales del equipo de salud de la Clínica Privada del Sol SA y su Comité de Bioética, avancen hacia los marcos teóricos y prácticas de parto respetado, por ello deberán recibir capacitación que incorpore una perspectiva de género en este tan sensible reducto del mundo sanitario, incluso cuando el alumbramiento verse sobre un nacimiento sin vida o una interrupción legal del embarazo, con especial direccionamiento a las implicancias bioéticas. Por ello, se emplaza al Sr. Director de la Clínica Privada del Sol a los efectos de que en el término de 30 días presente un protocolo de capacitación en la temática destinado tanto a los profesionales de la salud, como así también al personal administrativo a su cargo. A través del mismo deberá detallar acciones que llevará a cabo para su efectiva implementación como así también la temática que se abordará y modalidad de la misma.

X.2) Se emplaza al Sr. Director de la Clínica Privada del Sol a los efectos de que en el término de 30 días

presente un protocolo de expedición de certificado de defunción fetal conforme la legislación vigente, con intervención del comité de Bioética de la Institución.

X.3) Se emplaza al Sr. Director de la Clínica Privada del Sol, a los efectos de que en el término de 30 días y con la participación activa del Comité de Bioética de la institución Médica, presente un protocolo de que garantice a las mujeres a contar con la información necesaria respecto de los derechos que le asisten antes, durante y con posterioridad al parto, con o sin vida, incluso tratándose de abortos, en el marco de la normativa vigente. Por ello se emplaza al referido nosocomio para que en el mismo plazo implemente en lugares visibles de dicha institución (salas de espera; páginas web y barandillas) información acerca de la temática, debiendo informar también la manera y forma de su efectivización, en especial lo referido al consentimiento informado previo a la práctica médica.

X.4) Se le deberá hacer saber al Sr. Director de la Clínica del Sol, que deberá arbitrar los medios necesarios y conducentes a los efectos de otorgar a costa del referido nosocomio tratamiento psicológico pertinente en la persona de la Sra. D. P. F. a los fines de poder sobrellevar lo vivenciado, hasta que la misma obtenga su alta definitiva, incluso si ello fuera vitalicio, con el profesional que la misma escoja.

X.5) Proveyendo a lo solicitado por la peticionante, y conforme lo establecido por el corpus iuris internacional en la materia (Derecho a la dignidad personal: Art. 1, Declaración Universal de los Derechos Humanos y Art. 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; Derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de las personas: Art. 1 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; art. 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; Art. 6 y 9, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Derecho a no ser sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes: Art. 5, Convención Americana sobre Derechos Humanos; Art. 7, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Derecho a la salud: Art. 12, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se deberá librar oficio al Registro de Estado Civil y Capacidad de las personas de la ciudad de Córdoba a los efectos de cumplimentar la inscripción del nacimiento sin vida de P. N. N. ocurrida el 1 de mayo del año 2016 (cfrme. art. 60 de la ley 26.413) a sus efectos.

X.6) La resolución que dicto, se deberá poner en conocimiento al Ministerio de Salud de la Nación y al Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, como así también al CONSAVIG (Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género) a los fines de que se

coordine acciones que contribuyan en el diseño de sanciones contra la violencia de género.

XI. Costas: atento los principios generales de la imposición de costas al perdedor, teniendo en cuenta que las legales expectativas de la actora se materializaron a partir de un acompañamiento legal y jurisdiccional, las mismas se imponen a Clínica Privada del Sol SA, regulando los honorarios profesionales de los Dres. Dante H. Prosdócimo y Valeria Fernández Manzano en ... Jus, lo que al día de la fecha, equivale a la suma de pesos ... (\$...), conforme el mínimo establecido en el art. 36 Código Arancelario para Abogados y Procuradores de la provincia de Córdoba ley 9459, el desempeño profesional de la Dra. Fernández Manzano y el interés de la causa que nos ocupa. La proporción de los honorarios, se establece en el cuarenta por ciento al primero y sesenta por ciento a la segunda (art. 45 ley 9459). No regular honorarios al Dr. Héctor Manzi ni al Dr. Rodolfo M. González Zavala.

XII. Habiéndose resuelto en los presentes en el sentido de atribuir a Clínica Privada del Sol SA la autoría de violencia de género modalidad obstétrica tipo psicológica y física (por omisión) en contra de la Sra. D. P. F., se le impone el pago de la Tasa de Justicia de ... Jus, lo que al día de la fecha equivale a la suma de pesos ... (\$...), con fundamento en lo prescripto por el art. 126 de la Ley Impositiva 2021 de la provincia de Córdoba (N° 10.725). Dicho pago deberá ser acreditado en el lapso de setenta y dos horas de notificado el presente.

Por todo ello, resuelvo: I. Hacer lugar a la demanda incoada por la Sra. D. P. F. DNI N° ... en contra de la C. D. S. SA declarando que la misma fue víctima de violencia de Género modalidad obstétrica tipo psicológica y física (por omisión). II.. Hacer saber al Sr. Director de la Clínica del Sol. que deberá arbitrar los medios a su alcance a los efectos de otorgar a costa del referido nosocomio tratamiento pertinente en la persona de la Sra. D. P. F., lo que deberá acreditar en el término de diez días conforme Considerando X.4. III. Oficiar al Tribunal de Ética del Consejo de Médicos de la provincia de Córdoba conforme Considerandos VI.2.c. y IX.2. IV. Oficiar a los Ministerios de Salud de la pro-

vincia de Córdoba, de la Nación y al CONSAVIG a sus efectos, conforme Considerando X. 6. V. Hacer saber a la Clínica Privada del Sol SA, que deberá acreditar el cumplimiento del Considerando X 1, 2 y 3 en el plazo de treinta días desde la notificación del presente. VI. Oficiar a Fiscalía a los fines del considerando VI 1; VII. Oficiar al Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas a los fines de la inscripción de la defunción intrauterina conforme Considerando X.5. VIII. Regular los honorarios de los Dres. Dante H. Prosdócimo y Valeria Fernández Manzano en la suma de pesos ... (\$...) y pesos ... (\$...) respectivamente conforme el Considerando XI. IX. Imponer A Clínica Privada del Sol SA el pago de la Tasa de Justicia, conforme Considerando XII, que deberá ser acreditada en setenta y dos horas. Protocolícese, hágase saber y dese copia. — *Nélida M. I. Wallace.*

(1) CIDH: Informe No. 71/03, Petición 12.191, Solución Amistosa, María Mamérita Mestanza Chávez (Perú), 3 de octubre de 2003; e Informe No. 40/08, Admisibilidad, IV. (Bolivia), 23 de julio de 2008.

(2) Art. 3 DUBDH “Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. 2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad”

(3) Art 5 DUBDH: “Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses”

(4) Art. 6 DUBDH “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno”.

Violencia obstétrica y poderes biomédicos: dúo dinámico

Soledad Deza (*)

Sumario: I. Introducción.— II. Cambios de paradigmas y vientos de cambios para la soberanía reproductiva.— III. Violencia y atención sanitaria.— IV. Parto, derechos y deberes para no violentar.— V. La rutina dolorosa de la medicalización.— VI. El fantasma de “Alyne da Silva Pimentel Teixeira” siempre presente para las mujeres pobres.— VII. Conclusiones para intentar corrernos de un lugar de subordinación sanitaria.

I. Introducción

Las violencias en la atención de la salud suelen ser de las naturalizadas con mayor intensidad en nuestra sociedad. Varios factores contribuyen a que, tanto la violencia obstétrica como la violencia contra la libertad reproductiva, sean de aquellas olvidadas dentro del imaginario social y estatal. Por un lado, la urgencia de las cifras de los feminicidios y la inclemencia de la violencia doméstica profundizada por las medidas de bioseguridad propias de una coyuntura epidemiológica global imprime a estas situaciones una prioridad innegable a la hora de evaluar daños, diseñar respuestas institucionales y corregir estrategias políticas. Por otro lado, el embarazo, el parto, el puerperio y el aborto suelen estar interferidos por saberes biomédicos que pueden convertir un proceso natural en un verdadero calvario, incluso sin que la persona gestante pueda advertirlo en ese momento.

La expropiación del parto por parte de profesionales de salud —más específicamente, del campo de la ginecología y obstetricia— como proceso natural que históricamente tuvo como protagonistas a las propias parturientas y a otras

mujeres que rodeaban con sus saberes ancestrales femeninos estos momentos, se dio a consecuencia de la implementación de políticas públicas de institucionalización de este evento obstétrico, con la finalidad de disminuir la mortalidad materna. Y si bien esta estrategia impactó de manera favorable en las cifras sanitarias de morbimortalidad, no es menos cierto que la medicalización innecesaria y el trato deshumanizado provocaron la necesidad del reconocimiento legal de la violencia obstétrica y antes que ello, de la regulación especial de una forma de parto “respetado”.

El fallo que se comenta resulta importante porque evalúa la intervención de los saberes biomédicos desde múltiples posiciones de poder dentro de la relación sanitaria que subyace a la atención obstétrica: la faz de praxis estrictamente médica y la faz de praxis de actos médicos de naturaleza administrativa, como es la documentación clínica que documenta el trayecto de cualquier persona que gesta dentro de una Institución.

II. Cambios de paradigmas y vientos de cambios para la soberanía reproductiva

La ley 26.485 implicó un cambio de paradigma en la legislación sobre violencia, dado que, si bien existía normativa que se hacía cargo de las violencias domésticas —como ocurría con la ley 24.417— ella no tenía un enfoque de género que hiciera énfasis en las relaciones desiguales

(*) Abogada feminista; magíster en Género y Políticas Públicas (FLACSO); profesora de Feminismos Jurídicos (Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Tucumán); presidenta de la Fundación Mujeres x Mujeres de Tucumán.

de poder que sostienen las violencias machistas que escriben en las corporalidades femeninas y feminizadas violencias específicas.

De esta forma, en el año 2009, el Estado comenzó a “ocuparse” no solo de las violencias ocurridas puertas adentro de los hogares, sino también de las violencias ocurridas en todas las relaciones interpersonales de las mujeres. Define la violencia contra las mujeres como “toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público, como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal; y considera violencia indirecta a toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón” (art. 4°).

En cuanto a las “modalidades” específicas de violencias que pueden ocurrir en el campo de la atención sanitaria, encontramos en el art. 6°, incs. d) y e), aquellas que tienen lugar en el ámbito de la salud: la *violencia contra la libertad reproductiva*, entendida a aquella que “vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, conforme a la ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”; y la *violencia obstétrica* descrita como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, conforme con la ley 25.929”.

Pero es equivocado detenerse exclusivamente en la ley 25.485 para dimensionar las violencias sanitarias de género, en tanto el *dec. regl. 1011/2010* viene especialmente a complementar ambos conceptos. Este decreto es importante por dos motivos: en primer lugar, incluye la práctica de aborto y la atención post aborto dentro de las prácticas potencialmente violentas de la praxis sanitaria —art. 6°, inc. e)— cuando establece que “[s]e considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer

o al recién nacido, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no” y con ello, desarticula el Estado una idea antiguamente inscripta en el imaginario social —también en el imaginario médico— que considera que la obstetricia solamente se ocupa de los procesos reproductivos y excluye así del foco de atención obstétrica los eventos “no reproductivos”; en segundo lugar, qué debe entenderse por equipo de salud “todo aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza” y finalmente, es importante también el reconocimiento estatal de una ciudadanía plena debilitada en las usuarias al tiempo que el mismo artículo indica que “[l]as instituciones del ámbito de la salud pública, privada y de la seguridad social deben exponer gráficamente, en forma visible y en lenguaje claro y accesible para todas las usuarias, los derechos consagrados en la ley que se reglamenta”.

En referencia a la violencia obstétrica, considera el *trato deshumanizado* como el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no. Por otra parte, las mujeres que se atienden en las referidas instituciones tienen el derecho a negarse a la realización de las prácticas propuestas por el personal de salud y que las instituciones del ámbito de la salud pública, privada y de la seguridad social deben exponer gráficamente, en forma visible y en lenguaje claro y accesible para todas las usuarias, los derechos consagrados en la ley que se reglamenta —art. 6°, inc. e)—. Y con relación a la *medicalización o abuso de patologización de los procesos naturales*, remite a la ley 25.929, en tanto define derechos que le corresponden a la mujer como al recién nacido en el acto de parir.

El *parto humanizado*, también llamado *respetado*, es un derecho de las mujeres. Entre otras cosas, un parto respetado y sin violencia obstétrica, demanda garantizar a toda persona la soberanía sobre su propio proceso reproductivo

y para ello, el derecho a ser informadas sobre las distintas intervenciones médicas potenciales y actuales dentro de cada etapa del proceso de embarazo, parto y puerperio, de forma tal, de que pueda optar libremente ante diferentes alternativas. Quien va a parir tiene derecho ser tratada con respeto y de modo individual y personalizado que garantice la intimidad durante el proceso asistencial y en consideración a sus pautas culturales. Es necesario que sea considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

El derecho a un parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos de quien gesta, pretende evitar prácticas sanitarias invasivas y suministro de medicación no justificados terapéuticamente por la anamnesis de la persona que va a parir. El derecho a recibir información sobre la evolución del proceso gestacional y el parto, el estado de salud fetal y, en general, la prerrogativa de que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales es parte de lo que la ley 25.929 ha considerado un “parto humanizado”.

También es deshumanizante la decisión sanitaria de producir exámenes o intervenciones cuyo propósito sea de investigación, salvo con consentimiento manifestado por escrito. El derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto, y poder así estar contenida ante el estado de vulnerabilidad. La posibilidad de tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario cuando no se requiera de cuidados especiales. Y antes de eso, el derecho a poder definir un plan de parto que se adecúe de la mejor forma a las propias cosmovisiones morales, éticas y religiosas de quien va a parir, también es central. También lo es la posibilidad de decidir la lactancia y de rechazar la imposición de amamantar.

Estos, entre otros, son algunos de los límites que la regulación legal ha puesto a los saberes biomédicos a la hora de intervenir en un proceso de embarazo, parto y puerperio.

Resulta innegable que la definición legal de la violencia obstétrica compone en sí misma un

importante avance para la desnaturalización social de conductas sanitarias intrusivas, fuertemente arraigadas como terapéuticas —y por ello, adecuadas— en la vida de las pacientes que van a gestar y parir. Pero no puede pasarse por alto otras connotaciones propias de un enfoque género que contienen las dos restantes referencias a esta violencia dentro del mismo artículo.

Por un lado, la referencia legal que reconoce como agentes de violencia a todo el personal de salud, tanto el que presta el servicio, como el que trabaja en el servicio permite transparentar un equipo de salud en sentido amplio, donde la interdisciplina está presente. Por otro lado, al mismo tiempo, rompe con el modelo médico hegemónico de atención de la salud y promueve —al interior de la entidad asistencial— una redistribución de poder inequitativamente predispuesta en este campo para profesionales de ginecología y obstetricia.

La subalternidad del resto de los saberes sanitarios que convergen en la atención clínica de una persona que gesta y va a parir no es novedosa, pero no por antigua debe pasar inadvertida.

En esta línea, es deseable que los licenciados en Psicología, licenciados en Trabajo Social e incluso el personal administrativo que participa en la atención obstétrica —repcionistas (1), farmacéuticxs, camillerxs, instrumentadores quirúrgicos, etc.— sean capaces de tomar conciencia de que su comportamiento también puede ser catalogado como violento, y así ser susceptible de responsabilidades en tal sentido, para así poder revertir parte de la medicalización innecesaria de estos procesos naturales que configuran la violencia obstétrica.

III. Violencia y atención sanitaria

El enfoque de género y derechos humanos para la violencia obstétrica exige visibilizar que no solo el derecho a vivir una vida libre de violencia es vulnerado en estas situaciones, sino también otros derechos universales que se invo-

(1) No es menor tener presente que en casos de violación de secreto profesional en atención post aborto, frecuentemente recepcionistas colaboran con profesionales de la salud en la violencia obstétrica de llamar a la policía, por ejemplo, para interrogar a la paciente sospechosa de haberse provocado un aborto.

lucran en el derecho a la salud. Efectivamente, la atención sanitaria, como recurso para efectivizar el derecho humano a un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, posee un marco normativo regulador que garantiza el respeto a los derechos humanos y que actúa como muro contenedor de prácticas violatorias de derechos y las situaciones de violencia y discriminación. Acceder a la salud integral es un derecho constitucional.

En el plano nacional, con la reforma de nuestra Constitución Nacional en 1994 se introduce la salud como un derecho en el art. 42. Pero a su vez, se incorporan en el art. 75, inc. 22, con rango constitucional, los tratados internacionales suscriptos por nuestro país, los cuales pasan a ser operativos —vigentes y exigibles— en nuestro territorio y complementan los derechos y garantías de los que gozan todos los habitantes de nuestra Nación. Este conjunto de normas internacionales que forman parte de nuestra legislación nacional es llamado “bloque de constitucionalidad” federal e impone al Estado argentino la obligación de observar, respetar, reconocer, proteger y garantizar los derechos internacionales que en pactos, tratados y compromisos ha suscripto la Argentina, como así también seguir las interpretaciones que de estos Instrumentos Internacionales hagan los organismos de cada uno.

El derecho a la salud está consagrado en la Constitución de la OMS, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otros instrumentos de derechos humanos, en particular la Plataforma de Acción de Beijing, que establece que entre los derechos de la mujer está su derecho a una salud sexual y reproductiva sin coacción, discriminación o violencia.

La *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)* manifestó hace tiempo su preocupación por el hecho de que en situaciones de pobreza la mujer tiene un acceso mínimo, entre otras cosas, a la salud y exhortó a los Estados parte que adopten medidas para el goce de los derechos “sin discriminación” (arts. 2º al 6º).

Además, en sus recomend. 19 y 35 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, defienden el derecho de la mu-

jer al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El art. 12 de la Convención recomienda que los Estados garanticen a las mujeres “servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario”, al tiempo que la recomend. 24 reconoce que solo las mujeres necesitan algunos procedimientos médicos y exige que “todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa”.

La recomend. 24 es sin dudas señera a la hora de marcar estándares de atención gineco-obstétrica para mujeres. Y en materia de lineamientos de calidad de atención del parto, el Informe de la Relatora de Violencia contra las Mujeres indicó ya en 2019 entre otros puntos, la importancia de la información y el consentimiento también al momento de gestar y parir. En esa línea señaló que “[e]l consentimiento informado para el tratamiento médico relacionado con los servicios de salud reproductiva y el parto es un derecho humano fundamental. Las mujeres tienen derecho a recibir toda la información sobre los tratamientos recomendados a fin de que puedan pensar y adoptar decisiones bien informadas. La *International Federation of Gynecology and Obstetrics* reconoce que la obtención del consentimiento informado es una obligación, aun cuando pueda ser difícil y llevar tiempo (...). El consentimiento informado es un proceso de comunicación e interacción continua entre el paciente y el personal sanitario, y una firma por sí sola no es una indicación de consentimiento informado. El personal sanitario debe adoptar una actitud proactiva a la hora de facilitar la información. Para que el consentimiento sea válido, debe ser voluntario, y la persona debe contar con toda la información. El consentimiento del paciente es necesario independientemente del procedimiento, y la persona puede retirar su consentimiento en cualquier momento según el principio de una atención centrada en el paciente. La información debe proporcionarse de un modo y en un idioma que sea comprensible, accesible y adecuado para las necesidades de la persona que debe adoptar la decisión. El nivel de formación, la discapacidad física o intelectual y la edad de la persona deben tenerse en

cuenta a la hora de determinar la manera en que debe proporcionarse tal asesoramiento e información, y deben respetarse las necesidades y las preferencias de dicha persona. Las personas con discapacidad deben recibir todo el apoyo necesario para adoptar sus decisiones. Debe ejercerse una cautela extrema, sobre todo en el caso de las personas que tienen dificultades para hacerse entender, para asegurar que las decisiones que vayan a adoptarse mediante el proceso de apoyo en dicha toma de decisiones no se conviertan en decisiones de sustitución” (2).

Por su parte, la *Corte Interamericana de Derechos Humanos* reconoció la violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer, prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención de Belém do Pará, dado que atenta contra el derecho de las mujeres a la integridad personal, a la igualdad y no discriminación, a la salud, a la vida privada y respeto a su autonomía y, en muchas ocasiones, involucra el incumplimiento del deber de obtener un consentimiento previo, libre, pleno e informado (3).

La Corte IDH advirtió que este tipo de violencia encierra concepciones machistas y estereotipadas sobre el rol de las mujeres, su experiencia de la maternidad y sobre sus cuerpos y por tanto, representa una forma de discriminación contra ellas, basándose en el supuesto que el sufrimiento hace parte de la experiencia del embarazo; en la supuesta inferioridad de las mujeres; en su pretendida incapacidad para tomar decisiones adecuadas sobre sus procesos reproductivos; y en nociones machistas relativas a los cuerpos de las mujeres como objetos de placer sexual para los hombres (4). La violencia

(2) ŠIMONOVIC, Dubravka, "Informe de la relatora especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica", 11/07/2019, disponible en https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/a_74_137-es.pdf.

(3) Corte IDH, 30/11/2016, "I. V. vs. Bolivia. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas", serie C, no. 329.

(4) CEPAL, "Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar", *Serie Asuntos de*

obstétrica incluye el trato deshumanizado (dejar a mujeres parturientas esperando por largas horas, inmovilización del cuerpo, partos sin anestesia); abuso de medicalización y patologización de los procesos fisiológicos (prácticas invasivas, medicalización injustificadas); maltrato psicológico (burlas, humillaciones, omisión de información, infantilización); o procedimientos no urgentes realizados sin el consentimiento de las mujeres (esterilizaciones, el llamado "punto del marido"), entre otros (5).

De hecho, la Comisión recomendó en 2019 a los Estados "adoptar las medidas necesarias para reconocer la violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer, reglamentar su sanción, establecer mecanismos de denuncia y entablar campañas de concientización con el fin que las mujeres puedan conocer sus derechos, identificar esta forma de violencia y acceder a la justicia. Asimismo, la Comisión recomienda adoptar las medidas necesarias para garantizar la participación de la mujer, dándole acceso a información adecuada y multidisciplinaria sobre su cuerpo y su situación, con el fin de promover su libre elección sobre las formas de tratar su embarazo, respetando su consentimiento y su autonomía" (6).

La *Convención de Belém do Pará*, además de reconocer el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, sienta las bases para su lucha y erradicación. Define la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer,

Género, 141, LC/L.4262, noviembre de 2016, p. 17. La violencia obstétrica ha sido asociada a la intervención desproporcionada e inexorablemente medicalizada del proceso natural de la condición de embarazo y del parto, que imprime un mensaje poderoso de subordinación de las mujeres en razón de su maternidad (CEPAL, ob. cit., Natalia Gherardi, p. 30); International Planned Parenthood Federation, "Con el dolor de tu vientre: la violencia obstétrica en América L.", 07/03/2019; Pikara online, "Violencia obstétrica: partos robados, cuerpos sometidos", 21/11/2018; *Revista Latino Americana de Enfermagem*, "La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características", 2018.

(5) CIDH, "Violencia y discriminación contra mujeres, adolescentes y niñas. 2019", disponible en <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>.

(6) *Ibidem*.

tanto en el ámbito público como en el privado — art. 1º—. Además, entiende que dicha violencia (física, sexual y psicológica) queda comprendida incluso cuando se manifiesta en establecimientos de salud —art. 2º, b)—. En el art. 4º como comprometidos con la problemática, los derechos a la integridad física, psíquica y moral; a no ser sometidas a torturas; a que se respete la dignidad inherente a su persona y a estar libres de toda discriminación —art. 6º, a)—.

Señaló también que es deber de los Estados parte, a través de todos los poderes del Estado, condenar todas las formas de violencia contra la mujer, adoptando políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia. También resalta la obligación de investigar las denuncias de denuncias de violencia y la de proporcionar un juicio oportuno en estos casos —art. 7º—. Y que deben adoptar medidas específicas para fomentar el conocimiento y observancia a una vida libre de violencia —art. 8º, a)— y pone en atención a las situaciones de vulnerabilidad que la violencia que pueda generar en la mujer embarazada —art. 9º—. A partir de ello, no cabe duda de que la obligación de investigar con debida diligencia las violencias ocurridas en la salud, también son un compromiso estatal vigente e insoslayable.

IV. Parto, derechos y deberes para no violentar

Desde tiempos inmemoriales, con variada intensidad según las culturas y las épocas, el saber médico ha monopolizado el discurso legítimo sobre el cuerpo: enfermedad, curación, higiene, reproducción y normalidad de la dimensión física del ser humano, son conceptos que vienen históricamente definidos desde la medicina. Desde la antropología médica se señala que “el sistema médico no solo se arroga el conocimiento verdadero sobre el ámbito de la corporalidad, sino que además, actúa como un poderoso sistema de socialización que exige conformidad respecto de su conceptualización del mundo e impregna con sus imágenes y sus definiciones la cultura popular de las sociedades occidentales” (7).

(7) IMAZ, Elixabete, "Entre ginecólogas y matronas", en ESTEBAN - COMELLES - DIEZ (comps.), *Antropología, género, salud y atención*, Ed. Bellaterra, Barcelona, 2010.

En el modelo biomédico, la mirada profesional —reproducida en escala en el mismo sistema médico— construye la idea de “salud” bajo parámetros biologicistas que interpretan la enfermedad como “desviación de la norma biológica” (8), por ello, “curar” se identifica, en general, con la idea de normalizar o volver a la normalidad un estado que se considera está alterado en cualquier forma orgánica.

Las ciencias de la salud —y la medicina en mayor medida entre ellas— son una herramienta potente de disciplinamiento social y su impacto en el plan de vida de las personas será distinto según el modelo de atención que se promueva. La *Relatora de Violencia contra la Mujer del Comité CEDAW* señaló sobre este punto que “La dinámica del poder en la relación entre el centro de salud y los pacientes es otra causa de maltrato y violencia que se ve agravada por los estereotipos de género sobre el papel de la mujer. El centro de salud tiene el poder del conocimiento médico acreditado y el privilegio social de la competencia médica reconocida, mientras que las mujeres dependen básicamente de la información y la atención del centro de salud. Además, las mujeres son especialmente vulnerables durante el parto. Aunque los profesionales sanitarios no necesariamente tienen intención de tratar mal a sus pacientes, la autoridad del servicio médico puede fomentar por ese motivo una cultura de impunidad cuando las violaciones de los derechos humanos, no solo no se remedian, sino que pasan inadvertidas. Este desequilibrio de poder se hace especialmente evidente en los casos en que los profesionales sanitarios abusan de la doctrina de la necesidad médica para justificar el maltrato y los malos tratos durante la atención del parto” (9).

Nuestro sistema de atención sanitaria se encuentra migrando desde un modelo biomédico —con preponderancia paternalista o asistencialista— hacia un modelo de atención integral

(8) BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, Maribel, "Del enfoque de riesgo al enfoque fisiológico en la atención del embarazo, parto y puerperio", en ESTEBAN - COMELLES - DIEZ (comps.), ob. cit.

(9) ŠIMONOVIC, Dubravka, ob. cit.

enfocado en los derechos “que incluye en su concepción un abordaje holístico y articulado del proceso salud-enfermedad-atención, que se traduce en las prácticas en tanto incorporan un enfoque de promoción, prevención y rehabilitación en salud que incluye la perspectiva de género, la noción de autonomía, equidad, ciudadanía, agencia moral y las necesidades en salud, según el ciclo de vida” (10).

Ley 26.529 de Derechos del Paciente proyecta su impacto en la atención del embarazo, parto y puerperio, toda vez que este tipo de atención clínica se inscribe, al igual que cualquier otra consulta de salud, en un marco de derechos y obligaciones. Es importante entender que cuando habla de derechos de pacientes, al mismo tiempo se enuncian obligaciones para el personal de la salud como dos caras de una misma moneda que es el carácter legal de la relación médico-paciente.

Para la construcción de la *autonomía de voluntad*, cada paciente es soberano para aceptar o rechazar las terapias o procedimientos médicos o biológicos que se le propongan con relación a su persona, para lo cual tiene derecho a recibir la información necesaria y suficiente para la toma de su decisión y en todos los casos, deberá registrarse en la historia clínica la decisión del paciente —art. 2º, inc. e)—. El profesional de la salud deberá proveer de *la información sanitaria* al paciente, según sus posibilidades de comprensión y competencia que debe incluir los beneficios y perjuicios de la terapia o curso de acción que se propone, sus riesgos y ventajas e incluso las alternativas terapéuticas disponibles.

La falta de información brindada a la paciente fue un elemento crucial para el fallo, y es correcto que así sea. Porque la asimetría propia de la relación sanitaria, donde a la vulnerabilidad con que se para la paciente frente a un profesional que es el sujeto supuesto de saber que además, está socialmente en condiciones de tomar decisiones en su nombre, debe ser morigerada con la obligación de brindar información para que la autonomía no se vea afectada.

(10) TAJER, Débora, “¿Cómo medir la integralidad y la equidad de género? Una propuesta posible”, en *Género y Salud*, Ed. Lugar, Buenos Aires, 2012, p. 50.

El punto de partida del conflicto resuelto en este fallo es el retaceo malicioso de información sanitaria que le pertenece a la paciente y se proyecta hacia un diagnóstico no dicho, un pronóstico no explicitado, y un tratamiento no comprendido. Y por todo ello, un final no consentido.

La paciente no supo que estaba abortando, pensó que estaba pariendo. Y quienes tenían el saber para que ella también supiera, le vetaron la posibilidad de saber y, con ello, de ser protagonista de su propio proceso reproductivo.

El modelo hipocrático de relación sanitaria, propio del modelo médico-hegemónico, es de corte paternalista y propulsor de una dinámica centrada en las competencias del personal de salud, quien está —en términos de saber— en mejor posición para la toma de decisiones beneficiosas para la salud. Este modelo de atención clínica privilegia el principio de beneficencia —directriz bioética que indica al profesional llevar a cabo todo aquello que directa e indirectamente beneficie a su paciente— por sobre el de autonomía que informa desde la bioética que la toma de decisiones es parte del autogobierno y la soberanía de la persona lo cual, no siempre lleva a obtener como resultado una mejora de la salud integral y tampoco para el/la paciente. Aquí la información sanitaria no siempre circula, y si lo hace, no reúne las características de claridad, accesibilidad, transparencia y evidencia científica que la ley exige para que ella sea útil.

En este modelo la toma de decisiones está casi enteramente a cargo del profesional y es por ello que su poder se incrementa asimétricamente. Ello se debe, para Arleen Salles, a tres motivos: a) el dominio del conocimiento científico y la experiencia terapéutica del profesional; b) la supuesta falta de objetividad de el/la paciente, quien por su dolencia, se presume incapaz de tomar decisiones razonables para sí y c) la imagen social del médico/a como desinteresado/a, altruista y absolutamente dedicado/a a su paciente y este último a su vez, dependiente e indefenso/a. El/la médico es prácticamente “un guardián de la salud del paciente” (11).

(11) SALLES, Arleen, “La relación médico-paciente”, en LUNA, Florencia - SALLES, Arleen (eds.), *Bioética*:

La atención que favorece este modelo es netamente biologicista y se enfoca casi exclusivamente en la enfermedad, más que en la persona que se transforma de esta forma en objeto de atención, más que en sujeto de la relación. También llamado “sacerdotal” (12), este modelo tradicional impulsa “la abdicación moral del paciente” (13) en la toma de decisiones que involucren su agencia

Por oposición, el *modelo integral* propone un abordaje de la salud que va más allá de considerar la existencia/ausencia de enfermedad como dato aislado que se autoabastece para la noción de “completo bienestar” e incluye en ese análisis, la idea de “calidad de vida”. Toma a cada paciente o usuario/a como parte de una comunidad e incorpora las asimetrías sociales, como variables que inciden la salud de la población de forma diferencial según las realidades.

Desde un punto de vista integral, la relación sanitaria se reconoce asimétrica y también jerárquica, porque favorece un lugar de sometimiento para la persona que busca atención de su salud. Esa asimetría de la relación genera desigualdad entre sus partes y esa brecha de desigualdad se profundiza con mayor énfasis en algunos contextos y en algunas circunstancias puntuales, como ocurre en el caso de las mujeres y de algunas mujeres, en mayor grado. La bioética desde un punto de vista feminista es muy crítica (14) hacia las condiciones sociales que reducen el alcance del marco normativo y denuncia que el sistema de dominio patriarcal resta fuerza a los principios universales, aumentando así la distancia entre la igualdad formal y la igualdad real de oportunidades de desarrollo.

Desde la perspectiva de género no se analiza el poder de la relación de forma aislada —quien

nuevas reflexiones sobre debates clásicos, Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2008, p. 143.

(12) VEATCH, Robert, “Modelos para una medicina ética en una época revolucionaria”, en LUNA, Florencia – SALLES, Arleen (eds.), *Decisiones de vida y muerte*, Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1995.

(13) SALLES, Arleen, ob. cit., p. 145.

(14) SIRUANA APARICI, Juan Carlos, “Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural”, *Revista Veritas de Filosofía y Teología*, 22 (marzo 2010), Valparaíso, ps. 121-157.

controla la relación médico-paciente— sino que se intenta contextualizarlo para evidenciarlo “como otra instancia ilustrativa de las muchas desigualdades que subsisten en el orden social a través de numerosas instituciones que sistemáticamente subordinan a los grupos vulnerables, entre los que se encuentran las mujeres” (15).

Se enfatiza que no debe razonarse la idea de autonomía ignorando los contextos que consolidan las potencialidades para tomar decisiones: sociedad, cultura, posición social, etnia, franja etaria, orientación sexual etc. Y se apela a la noción de una “autonomía relacional” que reconoce la naturaleza social de la conformación de cada sujeto, y por ello, admite que las posibilidades reales de autogobierno de una persona están incididas socialmente y requieren más que acceso efectivo a recursos y servicios: requieren que se satisfagan condiciones/carencias estructurales que, de subsistir insatisfechas, “incapacitan” para la agencia moral.

El modelo de salud integral reconoce las diferencias que generan en la vida de las personas los roles de género y desafía todo intento de “neutralizar” estos datos bajo parámetros que homogeneizan, puesto que conoce que en ese proceso de uniformidad se corre el riesgo de invisibilizar las necesidades puntuales que reclama la salud de determinados grupos desaventajados en el entramado social y político.

En el caso de niñas, adolescentes y mujeres, la relación médico-paciente alimentada por una perspectiva de género, alienta a que lxs profesionales hagan hincapié en todo el trayecto de la relación sanitaria en la forma en que el *género* incide en la salud, autonomía y libertad de esa paciente; y al mismo tiempo, pero como una operación mental necesariamente previa, impulsa a que el personal de salud extreme sus posibilidades para que los *determinantes sociales* que condicionan la calidad de vida de las mujeres y la autonomía de ellas como usuarias no funcionen como un impedimento para la toma de decisiones libres e informadas. He ahí la importancia de brindar información, para que la paciente sepa, para que conozca y para que decida.

(15) SALLES, Arleen, ob. cit., p. 150.

Proveer información es un deber destinado para fortalecer la autonomía. Pero además, es una deuda ética que se impone al personal de salud para evitar la infantilización de las pacientes que paren que suelen recibir un trato afín a una niña que no es capaz de entender.

Cuando quien va a parir no conoce que está teniendo un aborto espontáneo, no sabe quiénes son los profesionales que la asisten, no comprende que aunque tenga un alumbramiento ese feto nacerá muerto y a la vez desconoce los cursos de acción terapéutica que se imprimen en su cuerpo que gesta, compone una paciente que no es autónoma. Mucho menos soberana.

Pero cuando la información sanitaria no circula, además, existe personal de salud que cultiva un modelo hipocrático de atención que en nada se compadece con los estándares de buena praxis jurídica y ética vigente.

El marco normativo referenciado delimita la relación sanitaria como un espacio de derechos para las pacientes, pero también de obligaciones profesionales. Ello indica que cada vez que una paciente vea vulnerado un derecho, habrá personal de salud que será, por su incumplimiento, responsable de ello. Es por ello, importante pensar en un *continuum* de derecho, obligación, transgresión/incumplimiento y responsabilidad también en la atención clínica obstétrica de la salud, y esto adquiere mayor relevancia en el sector público donde la población que busca asistencia sanitaria conforma un grupo desaventajado en términos de alfabetización jurídica y, por ello, tiende a ignorar su carácter de “soberana” (16) en esa relación.

Sobre la importancia de la información sanitaria a la hora de la toma de decisiones libres, el Comité CEDAW indicó que “14. El informe también aborda la cuestión del consentimiento informado como derecho humano y como salvaguardia contra ese tipo de violencia. A menudo se niega a las mujeres su derecho a tomar decisiones informadas sobre la atención de la salud que reciben durante el parto y otros servicios de salud reproductiva; esta falta de consentimiento informado constituye una violación de los derechos humanos que puede ser imputada

a los Estados y a sus sistemas nacionales de salud” (17).

Recordar este *continuum* también facilitará identificar que, independientemente de que no existan sanciones específicas previstas legislativamente para la violencia obstétrica, cada accionar violento viola derechos de las mujeres y por lo mismo, responsabilizará a al personal de la salud que sea agente de esas violencias. Y es precisamente esto lo que decidió el fallo en cuestión.

V. La rutina dolorosa de la medicalización

Hoy en día el embarazo está construido como una situación que puede presentar riesgos por lo que las mujeres embarazadas, definidas como asistibles, lo cual indica que deben ser “puestas bajo control médico” que promueve una “monopolización de la información, el control total de las técnicas y el poder que socialmente se ha otorgado al sistema médico, unido a unas relaciones jerárquicas e infantilizadoras, anula el saber y la confianza de las mujeres en sí mismas y en sus cuerpos y como consecuencia, aumenta su dependencia respecto de los especialistas” (18).

El progreso científico y tecnológico, el desarrollo de la obstetricia como especialización, un enfoque de riesgo que domina el embarazo como proceso natural y modelo biomédico de atención de la salud conduce al protagonismo del sistema médico-científico que ha convencido progresivamente a la sociedad de que el embarazo, el parto y el puerperio son procesos médicos que requieren indefectiblemente de personal sanitario para ser exitosos. Y la posibilidad de vigilar e intervenir que adquiere de esta forma el sector de la salud “conlleva más que nunca a que la gestación se perciba como un proceso en que en cualquier momento puede adquirir el carácter de patología” (19). Los adelantos tecnológicos que han transparentado el útero y han visibilizado el feto a tempranas horas de la gestación, inciden erradamente en que el personal de la salud se enfoque en la atención

(17) ŠIMONOVIC, Dubravka, ob. cit.

(18) IMAZ, ob. cit.

(19) *Ibid.*

(16) Art. 2º, ley 26.529 y decreto reglamentario.

del producto de la gestación por sobre la salud de la mujer o bien, en que crea estar frente a dos personas cada vez que atiende una embarazada.

Esto también ha perjudicado y perjudica la autonomía reproductiva, puesto que las posibilidades de autogobierno que pueden ir en dirección de suprimir la vida fetal a través de un aborto permitido por la ley pueden por ello, disminuir injustificadamente en orden a una ponderación biomédica inaceptable entre la autonomía de la vida intrauterina y la autonomía de la mujer.

Aquellos adelantos han menguado la transmisión cultural de saberes sobre el parto como proceso natural y el trayecto a la maternidad ha pasado a ser un hito sanitario de hospitalización, más que un asunto de mujeres. Las parturientas ocupan un lugar de “pacientes” en el imaginario sanitario y esta medicalización del proceso reproductivo, cultora del parto como una potencial patología, induce al sometimiento de las mujeres a los designios científicos prescripciones terapéuticas la mayoría de las veces prescindibles (v.gr., exámenes médicos, diagnósticos fetales, ecografías tridimensionales, consumo de medicamentos, pruebas genéticas, etc.) y las desplaza a un lugar de pasividad donde las rutinas médico-hegemónicas mandan, y ellas obedecen.

Esta rutinización de praxis higienistas dentro del embarazo (20), parto y puerperio, contribuyen también a hacer funcionar un gran negocio que se ha montado en torno a la maternidad y por lo mismo, es menester comenzar a diferenciar cuáles prácticas médicas son necesarias, cuáles beneficiosas, cuáles terapéuticas y cuáles no lo son, como una medida ética que tienda a descartar aquellas que no promueven mayor bienestar a la mujer y solo encuentran justificación en una costumbre del sistema asistencial enfocado defensivamente en disminuir riesgos a cualquier costo, incluso, a costa de la decisión y la salud integral de la persona que gesta.

Dentro de estas medidas violentas de medicalización innecesaria de procesos naturales, encuadra el acto de rasurar genitales como forma

(20) NERI, Marcela, "Políticas de maternidad y maternalismo político", Ed. Biblos, Buenos Aires, 2004.

de “limpiar el campo”, la realización de una episiotomía cuando no hay indicación terapéutica que la torne razonable, imponer la posición de litotomía, practicar una enema evacuante previa, impedir los movimientos y el desplazamiento durante el trabajo de partos, entre tantas otras rutinas que no tienen como finalidad incrementar el bienestar de la parturienta sino facilitar el trabajo sanitario.

La relatora contra la Violencia del Comité CEDAW indicó que “[l]a episiotomía es un corte profundo en el perineo de la mujer que llega hasta el músculo del suelo pélvico diseñado para ayudar quirúrgicamente a la mujer que va a tener un parto vaginal. Aunque este procedimiento puede resultar beneficioso para el bebé y la madre, en caso de que resulte necesario desde el punto de vista médico, si no es necesario, o se hace sin el consentimiento informado de la madre, puede tener efectos físicos y psicológicos en la madre, puede ocasionar la muerte y puede constituir violencia de género y un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante. Se ha recibido mucha información de mujeres preocupadas por su uso sin consentimiento informado. Otro problema es su uso excesivo o rutinario, contrario a las recomendaciones de la OMS. La práctica de la episiotomía oscila entre el 30% de las mujeres que dan a luz de forma vaginal en México, el 50% en Italia y hasta el 89% en España. En particular, la información de que se dispone es que el 61% de las mujeres que fueron sometidas a la episiotomía en Italia no recibieron suficiente información, y que no se solicitó en ningún momento su consentimiento informado. La episiotomía y la sutura posterior al parto, cuando se practican sin consentimiento informado y sin anestesia, pueden tener repercusiones importantes en la vida sexual y reproductiva y en la salud mental de una mujer, y las cicatrices resultantes de esta práctica acompañan a la mujer durante el resto de su vida. Cuando esta práctica no está justificada por la necesidad médica, debe considerarse que constituye una violación de los derechos de la mujer y una forma de violencia de género contra la mujer” (21).

Otro tanto ocurre con prácticas destinadas a acortar los plazos del parto como es la manio-

(21) ŠIMONOVIC, Dubravka, ob. cit.

bra de Hamilton, a través de la cual el personal de salud rompe manualmente las membranas para desencadenar el parto; o la administración de oxitocina (22) y la maniobra de Kristeller que tienen —ambas— como objetivo acelerar el nacimiento para que se adecúe a la agenda médica, a las necesidades hospitalarias de la institución o bien, simplemente a los horarios del equipo que está asistiendo a quien está por parir.

Sobre la maniobra de Kristeller, aún practicada en nuestros días, corresponde hacer especial hincapié en tanto constituye una praxis médicamente desaconsejada. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Guía sobre Atención al Parto Normal de 1996, clasifica la maniobra de Kristeller, *la presión en el fondo uterino durante el parto* dentro de la categoría C, grupo que recoge las prácticas de las que no existe una clara evidencia como para fomentarlas y que, por tanto, *debieran usarse con cautela* hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema (23). Tales estudios se han llevado a cabo posteriormente, y entre ellos es posible destacar los siguientes: *Una revisión Cochrane* (organización internacional, independiente y sin ánimo de lucro cuyo objetivo es asegurar que la información actualizada y rigurosa sobre los efectos de las intervenciones sanitarias se encuentre disponible para toda la población) ya en 2009 afirmaba: "No hay pruebas suficientes con respecto a la seguridad para el recién nacido. Los efectos sobre el periné materno no son concluyentes". Un interesante estudio del mismo año, realizado con 197 mujeres embarazadas de entre 37 y 42 semanas de gestación, intentó determinar cuál era *el efecto*

de la maniobra de Kristeller en el acortamiento de la segunda fase del parto. Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas en la duración del expulsivo y que, aunque sí se vieron variaciones en los análisis arteriales de sangre del cordón de los bebés, los datos entraban dentro de los valores normales, no habiendo ningún recién nacido con un test de Apgar menor de 7 en ninguno de los grupos. Ante esta evidencia científica, los autores del estudio decidieron desaconsejar el uso de la maniobra de Kristeller (24). Usandizaga y De la Fuente contemplan esta maniobra como *una de las posibles causas de rotura uterina iatrogénica* (25). González-Merlo afirma que esta práctica debe ser relegada por producir *mayor enclavamiento del hombro en la sínfisis púbica* (26). En un estudio realizado por los doctores Alejandro Peña y Heladia J. X. se concluye que a las madres del 32% *de los niños que nacieron con trauma asociado al nacimiento se les había practicado la maniobra de Kristeller*. Consideran que no debería realizarse por sus graves riesgos, como fracturas, hemorragia intracraneal o cefalohematoma, que fue la lesión más frecuente en este estudio (27).

Coherentemente con la evidencia científica reseñada, la *Guía elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación* para un parto normal indica que "En cuanto a la presión fúndica del útero (Maniobra de Kristeller) no hay evidencia que avale que deba ser realizada, es más, puede ser perjudicial tanto para el útero como para el periné y el feto (Simpson KR 2001). Duración. En 1930, De Snoo estudió la duración del segundo período del trabajo de parto, en 628 mujeres nulíparas con feto único y presentación de vértice, hallando un valor medio de una hora. Varios ensayos han estudiado la con-

(22) En el mismo informe, la relatora señala: "26. El uso de personal médico sin experiencia para llevar a cabo los exámenes ginecológicos puede causar daño a las mujeres embarazadas, y el uso excesivo de la oxitocina sintética como agente utilizado para inducir las contracciones y el alumbramiento también presenta un daño para su salud. Aplicada de forma indebida, la oxitocina puede causar mortinatalidad y ruptura uterina, y puede ocasionar que grandes dolores a la madre si no se suministra medicación para el alivio del dolor" (disponible en https://www.elpartoemuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/a_74_137-es.pdf).

(23) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, "Cuidados en el parto normal: una guía práctica", Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, OMS, Ginebra, 1996.

(24) API, O. - BALCIN, M. E. - UGUREL, V. - API, M. - TURAN, C. - UNAL, O., "The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial", *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2009, 88[3], 320-4.

(25) USANDIZAGA - DE LA FUENTE, "Obstetricia y Ginecología", Ed. Marban, Madrid, 2010.

(26) GONZÁLEZ-MERLO, J., "Obstetricia", Ed. Elsevier, España, 2006, 5ª ed.

(27) GARCÍA, Heladia J. - PEÑA, Alejandro, "Incidencia de lesiones asociadas al nacimiento en recién nacidos", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42 [1], México, 2004, 25-30.

dición neonatal de acuerdo con la duración del segundo período del trabajo de parto. En un estudio de cohorte (Van Alten 1989, Knuist 1989) se evaluaron 148 neonatos determinando el pH umbilical y el score neurológico (Prechtl) en la segunda semana de vida. La duración varió entre 60 a 159 minutos. No hubo correlación entre lo hallado y la condición neonatal. En un estudio de seguimiento con 6.759 recién nacidos, en presentación cefálica y peso mayor. Si el trabajo de parto se desarrolla normalmente no se hará pujar a la parturienta si no lo desea. No se realizará presión fúndica (Maniobra de Kristeller) durante el segundo período del trabajo de parto" (28). Lo mismo indica el Ministerio de Salud de Uruguay (29). La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) refiere en sus Recomendaciones sobre atención al parto normal (2007). En este último caso explican: "La presión sobre el fondo uterino podrá ser utilizada solo con la intención de ayudar al desprendimiento de la cabeza, pero en ningún caso para facilitar el descenso de la presentación". Es una de las posibles causas de desgarro cervical y del síndrome doloroso abdominopelviano en el puerperio, por lo cual "la maniobra de Kristeller y la dilatación digital deberían estar proscritas en la actualidad" (30).

Y, sin embargo, pese a la evidencia científica, esta maniobra sigue utilizándose sobre los cuerpos que paren, con la única finalidad de acortar los tiempos.

Tampoco se trata de romper un prejuicio para crear otro. Uno de los grandes beneficios de la institucionalización del parto fue mejorar las condiciones de vida para la persona gestante y, el o la recién nacido.

(28) MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, "Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia", disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>.

(29) Información disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/RECOMENDACIONES.pdf>.

(30) SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (SEGO), "Recomendaciones sobre atención al parto normal", Madrid, 2007.

Sin lugar a duda, cuando existen condiciones clínicas que ameritan un procedimiento determinado y justifican una indicación terapéutica en un sentido específico, no habrá allí violencia, siempre que medie información y consentimiento. El problema se da cuando se intervienen sanitariamente los cuerpos que gestan sin que existan razones beneficiosas para la persona que está pariendo, o que está abortando.

Cualquier procedimiento sanitario que opera sobre el cuerpo que gesta en beneficio del personal de salud y no de la paciente es una praxis sin justificación terapéutica. Y una praxis que se impone en un proceso natural, por fuera de los tiempos personales, es una praxis violenta en tanto pierde de vista la individualidad de la paciente en un tren de homogeneización que desdibuja la autonomía, expropiando a su protagonista el lugar central que debe tener quien gesta, quien pare y quien cuida.

VI. El fantasma de "Alyne da Silva Pimentel Teixeira", siempre presente para las mujeres pobres

Por primera vez, en el caso "Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. el Brasil", el Comité CEDAW consideró responsable al Gobierno por una muerte materna prevenible. El caso se refería a una mujer de ascendencia afrobrasileña que murió por complicaciones obstétricas tras habersele denegado un servicio de atención materna de calidad, tanto en un centro de salud público, como en uno privado.

El Comité reconoció que los hechos alcanzaron un nivel grave de abandono por parte del sistema, incluida la insuficiencia de recursos y la ineficacia en la aplicación de las políticas del Estado, y subrayó que el hecho de no atender las necesidades y los intereses específicos de las mujeres en materia de salud no solo constituye una violación del art. 12, párr. 2º, de la Convención, sino también un acto de discriminación contra la mujer con arreglo a su art. 12, párr. 1º, y su art. 2º. Los órganos creados en virtud de tratados internacionales de derechos humanos y expertos independientes o titulares de mandatos de procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos han estudiado un gran número de violaciones de los derechos humanos de las mujeres en los servicios de salud re-

productiva y han analizado la amplia variedad de abusos que sufren las mujeres durante el parto, incluido el contexto en que se producen, y han descubierto violaciones, entre otros, de los derechos de las mujeres a la salud, a la vida, a la intimidad y a no ser objeto de discriminación o de trato inhumano y degradante, así como de su derecho a una reparación efectiva.

VARIABLES DE GÉNERO E INTERSECCIONALIDAD QUE SE SUPERPONEN EN QUIEN VA A PARIR Y NO CUENTA CON EL GRADO DE CIUDADANÍA SUFICIENTE PARA EXIGIR EL RESPETO DE SUS DERECHOS recorren maternidades y hospitales de todo el mundo. De esta forma el fantasma de Alyne da Silva Pimentel deambula macabramente en salas de partos y pasillos de hospitales donde mujeres ruegan una cesárea, imploran medicamentos para reducir el dolor de sus partos o simplemente, mendigan información sobre qué les está pasando.

Los prejuicios de género y de clase suelen entretenerse indebidamente con la violencia obstétrica. Cuerpos marrones, cuerpos que huelen mal, cuerpos gordos, cuerpos incómodos, cuerpos desprolijos, cuerpos que duelen pero callan son “cuerpos enajenados” (31) en saberes ajenos que han sido desprovistos de poder incluso cuando son territorio de un evento obstétrico propio.

Y quizá la muestra más obscena del poder biomédico operando a modo de cofradía sobre la desigualdad de poder a la hora de parir es la adulteración de la documentación clínica para poner a salvo la reproducción de ese mismo poder en *loop*. De allí la importancia del fallo cuando señala “el reconocimiento de una gravísima irregularidad: la HC consigna un dato falso respecto de la identidad de quien atendió el proceso médico de la actora (contrariando el art. 15, inc. c), de la ley 26.529). Este, no menor, asiento insincero en la HC, descalifica irremediablemente la fiabilidad de su contenido, cubriendo la información que suministra con un denso manto de sospecha, afectando su credibilidad en torno a las afirmaciones de la parte demandada en el evento que nos convoca” (*sic*).

(31) CANEVARI, Cecilia, “Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública”, Ed. Barco Santiago del Estero, 2011.

Porque una de las grandes dificultades para el acceso a justicia de las violencias que ocurren en la salud es la enorme desventaja de las víctimas frente a quienes tienen no solo el poder de dañar, sino de borrar el daño a través de la falsificación de la documentación clínica. Otro privilegio que se adiciona a la biopolítica sanitaria.

La obligación de registrar de forma veraz la historia clínica, hoja de ruta de toda persona que transita por una institución de salud es un acto médico de naturaleza administrativa que suele ser menospreciado por su carácter burocrático y solo reivindicado frente al yerro que puede significar responsabilidad. He ahí un mérito especial de la sentencia cuando valora la conducta fraudulenta de usar un lugar de poder para poder ocultar la peor cara del ejercicio de la medicina.

Punto final para las violencias obstétricas es revisar las prácticas desde adentro de los saberes. Pero punto final es, también, un Poder Judicial que puede poner el ojo para revisar desde afuera aquellas murallas sanitarias que han sido construidas como inexplorables e indiscutibles en perjuicio de las mujeres.

Atreverse desde el Poder Judicial a compensar tanta desigualdad estructural desde antaño, es también un camino posible. La perspectiva de género en este caso reconocerá la relación asimétrica de poder que entabla una persona gestante que va a parir y el personal de salud que ve en ella un “útero ocupado”, y redistribuirá ese poder inequitativamente predispuesto para poner fin a la infantilización, el maltrato y la medicalización innecesaria de los procesos naturales que constituyen el pan nuestro de cada día en las maternidades públicas y privadas.

No solo la muerte materna provocada por el abandono sanitario es pasible de reparación. La muerte fetal en el marco de la violencia obstétrica también debe serlo.

El trato violento que performa un equipo de salud que se articula entre sí para violar derechos es apabullante y por eso, una sentencia que desmantela este *statu quo* de dolor y silencios, es doblemente valiosa.

VII. Conclusiones para intentar corrernos de un lugar de subordinación sanitaria

Como sostienen Ehrenreich y English (32), las mujeres no hemos sido observadoras pasivas de los partos y los abortos a lo largo de la historia de la medicina. Por el contrario, el sistema actual que institucionaliza estos eventos obstétricos surgió de la competición de sanadores y sanadoras.

La profesión médica, en particular, no es una simple institución más, es una fortaleza pensada y construida para excluirnos de procesos que nos han pertenecido desde siempre y que han quedado atrapados por el sexismo al cual el sistema sanitario, como el resto de los dispositivos de poder, tampoco puede escapar.

La profesionalización del parto, la institucionalización de los procesos reproductivos y todas las políticas para disminuir la morbilidad materna tienen la enorme potencia de mejorar la vida de las personas con

capacidad biológica de gestar. Pero al mismo tiempo, pueden erigirse en poderosos nodos de control de nuestros cuerpos y vigilancia de nuestras vidas.

Visibilizar que la supremacía del discurso biomédico en el embarazo, parto, puerperio y aborto inscribe mensajes saludables en nuestros cuerpos, pero al mismo tiempo disciplina nuestros deseos, violenta nuestras subjetividades y regatea nuestra soberanía reproductiva es parte de una emancipación indispensable para poner en su quicio tanta subalternidad de género a la hora de un momento que nos arrebató la ciencia médica no siempre con razones.

Advertir que la contundencia del discurso biomédico se sirve también de un lugar privilegiado dentro del equipo de salud para reproducir allí, desde adentro de los saberes interdisciplinarios, la misma superioridad que esboza sobre los cuerpos gestantes, es parte del problema y parte de la solución.

Por ello, un justo equilibrio entre ciencia —protagonismo sanitario— y experiencia —saberes femeninos— es lo único que podrá poner fin a la violencia obstétrica.

(32) EHRENREICH, Bárbara - ENGLISH, Deidre, "Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras", Ed. La Mariposa y la Iguana, Barcelona, 2013.