



SE PRESENTA EN CALIDAD DE AMICUS CURIAE.

Señor Juez:

Andrea Berra, DNI: 22.156.100 (MN 28456); Ana Paula Fagioli, DNI:31.245.848, (MN137324, MP452483); Estefanía Cioffi, DNI 33273026 (MN 144922), en nuestro carácter de Profesionales de la Salud miembros de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir¹, parte de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito², La Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS)³ y el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI)⁴, conjuntamente con nuestra letrada patrocinante, Alejandra Tolosa, DNI: 20.095.241, Matrícula 085 CPAPM, con domicilio legal en calle Owen Jones 1048, Esquel, nos presentamos y decimos:

I.- OBJETO

La Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, junto con la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS) y el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI), venimos a expresar nuestra opinión, fundamento teórico y evidencia científica sobre algunas de las cuestiones debatidas en la presente causa.

Por un lado, respecto a lo atinente a las consideraciones médicas que respalden el procedimiento del tratamiento farmacológico con el uso del

¹<https://www.facebook.com/Red-de-profesionales-de-la-salud-por-el-derecho-a-decidir-1104059222994294/>

² <http://www.abortolegal.com.ar/>

³ <http://www.redaas.org.ar/quienes-somos>

⁴ <http://www.clacai.org/>

misoprostol para el abordaje de la interrupción legal del embarazo de manera ambulatoria como el procedimiento más adecuado para un embarazo de gestación menor a 9 semanas y destinado a una adolescente de 17 años de edad.

Asimismo, respecto de las consideraciones relativas a la legalidad de la práctica sanitaria llevada a cabo por la médica interviniente.

Sobre la base de los fundamentos que a continuación se expondrán, **solicitamos se tenga a las organizaciones firmantes por presentadas en el carácter invocado, se incorpore este memorial al expediente de referencia y se lo tenga en cuenta al momento de resolver.**

II.- INTERÉS DE LAS ORGANIZACIONES FIRMANTES EN LA RESOLUCIÓN DEL CASO.

La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, REDAAS y CLACAI son organizaciones que tienen un interés relevante en la solución de las cuestiones debatidas en el presente caso, lo cual justifica su presentación en la causa como *amicus curiae*.

La Red de Profesionales de la salud por el Derecho a Decidir está conformada por más de 800 profesionales de salud de diversas disciplinas (medicina general, trabajo social, psicología, ginecología, etc.) de diferentes provincias del país

El objetivo primordial de esta red de profesionales de la salud es garantizar el cumplimiento del derecho a la Interrupción legal del embarazo según lo establecido en el artículo 86 inciso 1 y 2 del Código Penal de la Nación, contribuyendo a la remoción de las barreras de acceso que puedan existir con respecto a este derecho al considerar los permisos de no punibilidad establecidos en el Código Penal de la Nación, según las tres causales o indicaciones para el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo:

Causal Peligro de Vida para la Mujer: cuando está en riesgo la vida para la mujer o persona con capacidad de gestar

Causal Peligro de Salud para la Mujer: cuando están en riesgo la salud para la mujer o persona con capacidad de gestar

Causal violación: toda mujer o persona con capacidad de gestar que cursa un embarazo producto de violencia sexual

III.- ANTECEDENTES DEL CASO.

A continuación, haremos una breve referencia a los antecedentes jurídicamente relevantes.

En el mes de diciembre de 2015, se presenta Keyla Jaqueline JONES (KJJ) a la consulta con la Dra. Maria Estrella PERRAMON quien se encontraba trabajando en la Residencia en Medicina General en el Hospital Subzonal (HSZ) de ´´El Maitén´´. Derivada por la trabajadora social del Centro de Salud Agua Potable, dependiente del HSZ El Maitén y miembro del Equipo de Salud Mental del Hospital por solicitud de KJJ quien había manifestado creer estar embarazada y desear “de cualquier forma” terminar con su gestación. KJJ Solicita que no se informe de la situación a su madre.

En ese momento la Dra. Maria Estrella PERRAMON le explicó el procedimiento de Interrupción Legal del Embarazo de acuerdo a lo establecido para el tratamiento farmacológico. Desarrolló el marco normativo legal para la provincia de Chubut sobre el tema y el contenido del Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo el Ministerio de Salud de la Nación. Se le explicó que sólo era necesario su consentimiento, sin necesidad de hablar con sus padres ni con ninguna otra persona. KJJ solicitó que el procedimiento medicamentoso se realice en el hospital. La Dra PERRAMON entregó en mano a la paciente el Consentimiento Informado para que lo trajera el día 1/12/16. Se citó a la paciente para realizar la ecografía el 1/12/2016, día en el cual tanto el Dr REY supervisor de la Dra PERRAMON se encontraban de guardia para realizar el procedimiento medicamentoso. Se realizó ecografía que informó gesta de 7 semanas 4 días.

Se realiza cambio de guardia por lo cual la Dra. PERRAMON le explicó la situación al médico entrante Dr. Jorge Fabián CATRICHEO. Se decidió aceptar

la solicitud de la paciente de realizarse una ILE por estar en riesgo la salud de KJJ, según lo establecido en el artículo 86 inciso 1 del Código Penal de la Nación.

Se realizó el procedimiento medicamentoso con comprimidos de misoprostol de la farmacia del hospital. Se llevó a cabo la colocación de la dosis adecuada e indicada según protocolos nacionales e internacionales de buena práctica de interrupción legal de embarazos. Inició pérdidas por genitales externos hemáticas escasas y expulsó material que impresionaba ser saco gestacional. KJJ presentó dolores abdominales en hipogastrio de carácter cólico de escasa intensidad que aliviaron con paracetamol, síntomas esperables del procedimiento. Se le otorgaron pautas de alarma y control clínico en 48hs. Se le otorgó la orden para realizar ecografía de control post aborto de acuerdo al protocolo.

El 4/12 KJJ consultó acompañada de su madre, se realizó entrevista individual con la paciente. Al examen físico, las pérdidas eran de características normales y no tenía signos de infección.

El 5/12, KJJ consultó por guardia externa. Fue atendida por la Dra. Rosana Mariela MICHELENA, a las 7 am por dolor abdominal. A las 8 am la Dra PERRAMON tomó la guardia y evaluó a KJJ quien tenía signos vitales normales, abdomen blando con ruidos hidroaéreos aumentados. Le realizó un tacto ginecológico que fue normal, frenkel negativo y cuello cerrado y con pérdidas por genitales externos hemáticas escasas. A las 9:00 hs. entró el médico de guardia de turno, Dr. Javier Ignacio REY. La examinó y coincidió con el examen previo. Se le administró medicación para alivio sintomático. Se le dio el alta luego de mejoría sintomática con pautas de alarma.

A las 19:30 hs. KJJ consultó a la guardia por dolor abdominal tipo cólico, diarrea y su abdomen se encontraba distendido. Se encontraba con taquicardia, taquipnea y afebril. Se realizó un plan de hidratación, con examen ginecológico normal. La paciente quedó internada para diagnóstico y tratamiento. A las 21:30 hs. evoluciona con dolor abdominal generalizado. El médico de guardia solicitó radiografía de abdomen de pie y de tórax frente, laboratorio e interconsulta con cirujano de guardia, Dr. Jesús FERNÁNDEZ. Las radiografías no presentaron signos de abdomen agudo perforativo. El cirujano examina a la paciente a las 22.30 hs, presentaba TA 80/50, FC: 105 latidos/min, el abdomen se encontraba distendido, tenso, doloroso a la palpación superficial y profunda, defensa y

reacción peritoneal. Se realiza ecografía abdominal con diagnóstico de líquido libre perihepático, periesplénico, interasas intestinales e intrauterino. El cuadro fue definido como abdomen agudo con antecedente de subunidad beta positiva. El Dr. FERNÁNDEZ indicó derivación a centro de mayor complejidad, con interconsulta ginecológica y evaluar necesidad de UTI. A las 23 hs. postexpansión con 1000 ml de solución fisiológica y 2cc de morfina dilución habitual se traslada en ambulancia a Hospital Sub Zonal de Esquel acompañada por médico de guardia y enfermería.

En la guardia del Hospital Sub Zonal Esquel, se la ingresa por la guardia de Tocoginecología la Dra. María Pía BRIZZIO con diagnóstico presuntivo de abdomen agudo quirúrgico vs. ginecológico-obstétrico. Se interviene quirúrgicamente por la Dra. María Pía BRIZZIO en la madrugada del día 6/12/15 quien solicitó interconsulta con cirujano de guardia, el Dr. Iván VIGNAU quien realizó apendicectomía. Se finalizó procedimiento quirúrgico realizando raspado uterino evacuador obteniendo escaso material no fétido compatible con restos ovulares.

Se la traslada en el postoperatorio a la sala de Tocoginecología con indicación de plan de hidratación parenteral de 1500ml/día, antibioticoterapia: ampicilina, metronidazol y gentamicina, analgesia y controles por enfermería. En la historia clínica no se constata que se haya colocado el plan de hidratación, se le administraron 500ml.

El informe bacteriológico de legrado indicó escasa cantidad de leucocitos, abundante cantidad de hematíes, regular cantidad de células, no se observan hongos. Coloración GRAM: Se observa escasa cantidad de flora polimicrobiana. Tipificación de gérmenes: desarrollo de flora habitual de vagina.

A las 10.20 hs., la Dra. Juliana EPIFANE constata en la historia clínica: paciente hemodinámicamente descompensada, cianosis distal con dificultad respiratoria. Se avisa de forma urgente a terapia. A las 11 hs. ingresó a UTI procedente de Tocoginecología intubada con diagnóstico de shock séptico esto último constatado en la hoja de enfermería. Al ingreso a UTI la paciente se encontraba en shock con TA irregistrable.

A las 13.19 hs. se intervino quirúrgicamente por el Dr. Iván VIGNAU con diagnóstico preoperatorio de síndrome compartimental abdominal. Diagnóstico postoperatorio: síndrome compartimental abdominal. Posquirúrgico con mala

evolución en UTI, diagnóstico de shock refractario con acidosis extrema y síndrome de fallo orgánico múltiple. Sufrió tres episodios de paro cardíaco, al tercero a las 16.40 hs. se diagnostica el fallecimiento de KJJ. El Dr. Carlos COHEN ARAZI, médico de la UTI, realiza el certificado de defunción. Diagnóstico: “shock séptico refractario, aborto inducido”.

El día 5 de mayo del 2017 se le tomó declaración indagatoria a María Estrella Perramón y el día 8 de mayo de 2017 se dispuso la elevación de la causa a juicio.

IV.- FUNDAMENTOS DE ESTA PRESENTACIÓN.

IV. 2. Aporte de consideraciones médicas sobre procedimiento adecuado de ILE farmacológico.

La OMS define el aborto como la terminación del embarazo posterior a la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial, antes que el feto logre la viabilidad (menor de 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo-caudal < 25 cm).

Con respecto a las opciones terapéuticas para realizar una ILE, evaluar la edad gestacional es esencial. La práctica extendida y numerosas investigaciones han demostrado que la realización del procedimiento medicamentoso en forma ambulatoria es una opción segura y eficaz (MSAL; 2015⁵).

La Organización Mundial para la Salud considera al uso del misoprostol como uno de los medicamentos recomendados para la interrupción del embarazo como un método seguro (OMS, 2012). Asimismo, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2011) recomienda el uso del misoprostol de manera ambulatoria en gestaciones menores a 9 semanas.

El régimen recomendado para el uso de misoprostol es: 800 mcg de misoprostol por vía vaginal cada 3 a 12 horas para un máximo de tres dosis

⁵ Msal (2015). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación.

(Vigor de la recomendación: fuerte. Calidad de la evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado: alta).^{6, 7}

En lo relativo al nivel de atención del sistema de salud en donde debe llevarse a cabo la práctica el Manual de Uso de Misoprostol de FLASOG 2013, recomienda realizarlo en instituciones hospitalarias de baja complejidad en atención en salud si el aborto se sucede en el primer trimestre del embarazo.

En cuanto a las contraindicaciones para el uso del misoprostol, se refieren: antecedentes de reacción alérgica al misoprostol y la sospecha o confirmación de un embarazo ectópico. Durante la entrevista inicial, previa al procedimiento, debe abordarse en la anamnesis los antecedentes personales de enfermedad y ginecobstétricos para descartar contraindicaciones y realizarse un examen físico completo, como se especifica en el Protocolo para la atención integral a personas con derecho a interrupción legal del embarazo del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL, 2015).

En la mayoría de los casos, los profesionales sólo precisan la información obtenida a través de la anamnesis y el examen físico para confirmar el embarazo y estimar su duración (OMS,2012⁸).

En cuanto a la profilaxis antibiótica al ser el riesgo de infección intrauterina muy bajo luego de una interrupción realizada con un procedimiento médico, no se requieren antibióticos profilácticos (OMS, 2012).

En los casos de mujeres con gestaciones menores a 12 semanas, como en el presente caso, que realicen una interrupción con un procedimiento medicamentoso, no se recomienda realizar la intervención quirúrgica antes de los 7 días de iniciado el procedimiento medicamentoso, a menos que esté indicado clínicamente porque se presenta alguna complicación, como una hemorragia intensa o infección.⁹

⁶ Ipas (2017). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. D. Brahmi (editora). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

⁷ Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. 2012

⁸ OMS (2012). Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf

⁹ MSAL (2015). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación.

En el caso que nos ocupa, la médica implementó el tratamiento farmacológico acorde a los parámetros de calidad establecidos por la OMS, ratificados en diversos protocolos de salud y fundamentados en evidencia científica (OMS, 2012; RCOG, 2011¹⁰). Asimismo actuó acorde a los pasos establecidos como “buena práctica de atención” (MSAL, 2015):

Brindó la consejería previa para que la joven pueda decidir infamadamente realizarlo de esa forma.

Evaluó y descartó las contraindicaciones para el procedimiento.

Garantizó a la joven la medicación necesaria para el procedimiento.

Cumplió con los requisitos administrativos de confeccionar la Historia Clínica y solicitar consentimiento informado.

Explicitó las formas de suministro para la práctica de interrupción segura de embarazo por tratamiento farmacológico

Realizó con la joven control y seguimiento de su evolución

Estableció un vínculo personalizado entre la joven y ella como médica referente.

Como Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, nos es importante destacar que realizamos a diario en diferentes servicios de salud de todo el país, procedimientos farmacológicos de manera ambulatoria con el uso del misoprostol para garantizar el derecho a las interrupciones legales de los embarazos, de acuerdo a lo protocolizado en las guías nombradas anteriormente, por lo que nuestra práctica cotidiana, nuestra expertis y la normativa vigente, nos permite aseverar que la actuación de la médica MARÍA ESTRELLA PERRAMÓN fue acorde al accionar que sostenemos desde la Red como método seguro y eficaz para una ILE.

IV. 3. Aporte de consideraciones médicas relativas al procedimiento de aborto seguro

¹⁰ RCOG (2011). “The Care of Women Requesting Induced Abortion”, Evidence-based Clinical Guideline, 7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Disponible en http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/Abortion%20guideline_web_1.pdf

La presente acusación es sesgada y estereotipada al montarse en la confusión social de inscribir a el “aborto” como un procedimiento inseguro. Por ello consideramos importante diferenciar la existencia entre los abortos seguros y los abortos inseguros, pues por el contrario, no realizar esta aclaración nos llevaría a convertir en inseguro un procedimiento seguro y necesario para resguardar la salud de las mujeres y sobre todo garantizar su derecho a la vida digna. Asimismo, esta aclaración nos permite reconocer que el procedimiento farmacológico llevado a cabo por la médica MARÍA ESTRELLA PERROMAN fue un procedimiento de aborto seguro, eficaz y legal.

Se estima que cada año se realizan 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produce la muerte de alrededor de 47.000 mujeres y discapacidades en otras 5 millones de mujeres.¹¹ Estas muertes y discapacidades podrían haberse evitado a través de la educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos y al aborto inducido en forma legal y sin riesgos.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un aborto inseguro es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos.

Los procedimientos del aborto inseguro pueden implicar la inserción de un objeto o sustancia (una raíz, una ramilla o un catéter o un brebaje tradicional) en el útero, la dilatación y el curetaje hechos en forma incorrecta por un profesional no capacitado, la ingesta de sustancias dañinas y la aplicación de una fuerza externa.

La tasa de letalidad del aborto inseguro es 30 cada 100 000 en América Latina y el Caribe.

Por el contrario, cuando el aborto inducido es realizado por profesionales capacitados que aplican técnicas médicas y fármacos adecuados y en condiciones higiénicas, este es un procedimiento médico muy seguro para la salud de las mujeres.

¹¹ Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. 2012

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ^{12,13} y la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO)¹⁴ recomiendan la inclusión del **misoprostol** como parte de los **medicamentos esenciales** de uso obstétrico, considerando que el misoprostol es un medicamento que tiene un aporte relevante en la mejora de la calidad de atención en salud de las mujeres en el mundo.

En consecuencia, consideramos que la actuación de la médica Perramón fue acorde a los parámetros establecidos como aborto seguro al realizar el mismo desde los criterios de técnicas médicas y fármacos adecuados (el misoprostol) y en condiciones higiénicas, según lo establecido por los organismos internacionales y nacionales que orientan la atención de la de la salud de las personas desde estándares de atención de calidad.

En relación al acceso de las adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, y en particular, en referencia al acceso de un aborto seguro y legal, se ha estudiado que las adolescentes enfrentan barreras para obtener servicios de aborto seguro y en consecuencia buscan servicios de aborto a una edad gestacional más avanzada que las adultas (Pazol, Creanga y Jamieson, 2015; Sowmini, 2013). Las adolescentes corren mayor riesgo de presentar complicaciones después de un aborto inseguro por la demora en buscar asistencia, por buscar atención de prestadores de servicios no calificados, o por no buscar atención médica cuando surgen complicaciones (Olukoya, Kaya, Ferguson y AbouZahr, 2001). Por lo que ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro, incluidos los de aborto con medicamentos, es beneficioso para las jóvenes.

¹² World Health Organization (WHO). WHO Model List of Essential Medicines 17th List (March 2011). World Health Organization, Geneva. 2000. Available online at http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053_eng.pdf

¹³ . World Health Organization (WHO). WHO/RHR. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems (2nd edition), 2012

¹⁴ International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO. Guidelines on the prevention and treatment Of PPH with misoprostol. 2012.

En un estudio de cohorte prospectivo, que incluyó a jóvenes, la eficacia del aborto con medicamentos inducido con misoprostol solo, fue la misma para las jóvenes y las mujeres adultas (Bugalho et al., 1996).

En lo que respecta a los efectos adversos:

El desarrollo de un cuadro clínico con infección no se presenta comúnmente posterior al manejo del aborto terapéutico con misoprostol; la tasa general de mortalidad por infecciones relacionada con el aborto con medicamentos es muy baja: 0.58% por cada 100,000 abortos con medicamentos (Meites et al., 2010). Esta tasa es similar a la tasa de mortalidad después de un aborto espontáneo (Creinin, Blumenthal y Shulman, 2006).

En base a la evidencia científica presentada, nos preocupa que no se haya investigado desde la justicia la real causa de muerte de K.J.J. y por el contrario, hemos presenciado en el pasado juicio oral como se ha discutido y criminalizado desde una manera estereotipada de género la práctica legal de una profesional de la salud.

En este sentido, los organismos internacionales de protección de derechos humanos han efectivizado estas disposiciones y condenado el uso de estereotipos de género, sobre todo en el marco de las actuaciones institucionales y judiciales. Estos estereotipos han sido entendidos por la Corte IDH como *“una pre-concepción de atributos o características poseídas o papeles que son o deberían ser ejecutados por hombres y mujeres respectivamente”* (véase Corte IDH, *González y otras (“Campo Algodonero”) vs. México*, 16/11/2009, párr. 401), y han sido asociados con la subordinación de las mujeres en la sociedad. De acuerdo con el tribunal interamericano, *“[l]a creación y uso de estereotipos se convierte en una de las causas y consecuencias de la violencia de género en contra de la mujer”* (véase Corte IDH, *González y otras (“Campo Algodonero”) vs. México*, óp. cit., párr. 401 y Corte IDH, *Véliz Franco y otros vs. Guatemala*, 19/05/2104, párr. 213).

Por estas razones, la Corte IDH ha sostenido que los estereotipos de género son incompatibles con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y que los Estados deben tomar medidas para erradicarlos (véase Corte IDH, *Espinoza Gonzáles vs. Perú*, 20/11/2014, párr. 268 y Corte IDH, *Artavia*

Murillo y otros (Fertilización in vitro) vs. Costa Rica, 28/11/2012, párr. 302). En igual se ha pronunciado el Comité CEDAW, que subrayó que la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer exige a los Estados que “...pongan fin a la aplicación injustificada de estereotipos de género negativos, que son causa fundamental y consecuencia de la discriminación contra la mujer” y opinó que “...los estereotipos de género se perpetúan a través de varios medios e instituciones, como son las leyes y los sistemas judiciales, y que pueden ser perpetrados por agentes estatales de todas las esferas y niveles de la administración, así como por agentes privados” (Comité CEDAW, Comunicación N° 28/2010, *R.K.B vs. Turquía*, 13/04/2012, párr. 8.8). Lo mismo se ha indicado en doctrina (Cook, Rebecca y Cusack, Simone, *Estereotipos de género*, Ed. Profamilia, 2010).

En casos de distinta naturaleza, los organismos internacionales han señalado que los estereotipos de género en la actuación institucional afectan el principio de igualdad y no discriminación, junto con los deberes de debida diligencia en la prevención, investigación y sanción de los hechos que afectan a grupos vulnerables, las mujeres y niñas en particular (véase Corte IDH, “*González y otras (Campo Algodonero) vs. México*, óp. cit., párrs. 400-402 y Corte IDH, *Véliz Franco y otros vs. Guatemala*, óp. cit., párrs. 214-216, entre otros). También se ha indicado que comprometen el deber de imparcialidad judicial (véase Comité CEDAW, Comunicación No. 18/2008, *Karen Tayag Vertido vs. Filipinas*, 22/09/2010, párr. 8.4; Comunicación N° 34/2011, *R.P.B vs. Filipinas*, 12/03/2014, párr. 8.8; Comunicación N° 47/2012, *González Carreño vs. España*, 16/07/2014, párr. 9.7). Finalmente, cuando son canalizados a través de las estructuras del Estado, pueden constituir una forma de violencia institucional y desalentar el acceso a la justicia de las víctimas y de sus familiares.

Como expresa la Comisión IDH, la presencia de estereotipos de género en el ámbito del derecho y en la labor de sus operadores permanece constante en la región latinoamericana (véase Comisión IDH, *Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas*, 20/01/2007, párrs. 151-160, entre otros).

Lamentablemente, el presente caso constituye una manifestación concreta del cuadro descrito, que se puso en evidencia en la manera en que fue sustanciada la investigación máxime si tenemos en cuenta que por lo

desarrollado en este escrito, la práctica de garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo es parte de las obligaciones que tenemos como profesionales de la salud, más de manera discriminatoria y estereotipada se procesa a María Estrella Perramón, como el último eslabón en esta cadena de violencias de género, para que la justicia pueda encontrar el responsable que necesita, usandola a esta profesional de la salud nada más ni nada menos que como “chivo expiatorio” de la incapacidad del Estado de investigar, con la debida diligencia que ordenan los tratados internacionales en casos como el que nos ocupa, la verdad sobre la muerte de K.J.J y de esta manera hacer justicia para su familia y para la sociedad.

Toda la investigación de justicia fue dirigida de manera sesgada hacia un solo camino posible, marcado como el único racional y verdadero, el que dice que la responsable de la muerte de K.J.J. es María Estrella Perramón, sin siquiera indagar, pese a la enormidad de pruebas vertidas en el proceso por parte de la defensa, en la posibilidad de otras hipótesis, más pareciera que solo le importa a los operadores judiciales encontrar una culpable y no realmente investigar y dirigir el proceso a averiguar que paso con la vida de Keila.

IV. 4. Aporte de consideraciones sobre la edad de la jóven y la consulta de salud por ILE

Los permisos contemplados en el código penal para la interrupción de embarazo incluye a las niñas y adolescentes por la legislación y normativa a la que adhiere la Argentina, otorgándoles una protección reforzada.

Las normas contienen consideraciones particulares como es la obligación de dar un trato prioritario en el acceso y la atención de niñas y adolescentes.

La interpretación de las causales contenidas en el artículo 86 del Código Penal muestra que los embarazos no deseados o no buscados de las niñas y jóvenes, se evalúan dentro de la categoría de aborto legal.

Existe una serie de reformas en nuestros códigos y constitución que se correlaciona con el respeto, protección y garantía de los derechos de niñas y adolescentes dentro del paradigma de la concepción del niño/a y adolescente como un sujeto de derechos. La incorporación de los tratados internacionales de

Derechos Humanos a la Constitución Nacional, impuso la obligación de tomar este marco como abordaje de las particularidades e inquietudes de los/as adolescentes.

La inclusión de la Convención de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente (CDN), ratificada en 1990 (Ley 3849), significó el acceso a un modelo de garantía de derechos y reconocimiento de la participación efectiva de los niños, niñas y adolescentes en la toma de decisiones dentro de las estructuras y procedimientos concernientes a sus asuntos¹⁵.

La CDN contempla pautas claras de respeto de los derechos de niños, niñas y adolescentes, a través de principios rectores, obligatorios en toda actuación. Estos principios incluyen:

Interés superior del niño (artículo 3 CDN¹⁶): es un principio garantista aplicado a la toma de decisiones por lo cual todos los asuntos que conciernen a los menores de edad deben ser resueltos de forma que se garantice la satisfacción integral de sus derechos e interacción con los demás principios.

Autonomía progresiva (artículo 5 CDN): supone que la capacidad de las personas se consolida con la evolución de sus facultades, es decir con el desarrollo de su propia capacidad de discernimiento (habilidad para comprender información necesaria para tomar decisiones y determinarse de acuerdo a esa información) llamada competencia.

Participación sin mediaciones (artículo 12 CDN): es un principio que implica que sin importar la edad de niñas, niños o adolescentes, se debe asegurar que puedan asistir, ser informados, comprender (de acuerdo con su desarrollo madurativo) y tomar una posición sobre sus asuntos, y que esas opiniones, posiciones y decisiones sean tomadas en cuenta como eje central para determinar todos los aspectos de su vida . Se concreta en derechos tales como el derecho a ser escuchadas y a ser el centro de las decisiones sobre los asuntos que les conciernen, el derecho a recibir información completa, clara y actualizada. Es por ello que la edad no puede ser un criterio inequívoco para

¹⁵ Ariza Navarrete (2017). El aborto no punible en niñas y adolescentes en Abordajes en torno a los derechos sexuales y derechos reproductivos. FUSA AC.

¹⁶ Convención sobre los Derechos de Niño.. Asamblea General de la Naciones Unidas. (1989)

determinar la habilidad de una persona para comprender su situación y expresar sus opiniones y deseos.

El comité encargado de monitorear el cumplimiento de la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, como autoridad de interpretación de los derechos de niñas y adolescentes, en sus observaciones generales Nro. 4 (CDN, 2003) sobre “Salud y Desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño”, y Nro. 15 (CDN, 2013) sobre “el derecho del niño al disfrute del más alto nivel de salud posible”, ha dejado claro que los Estados tienen la obligación de prestarles todos los servicios sanitarios legales en igualdad de condiciones con las personas adultas. En las observaciones se establecen para ello estándares de acceso a los servicios sanitarios, para garantizar el respeto del interés superior del niño, niña y/o adolescente. Estos estándares incluyen:

- El derecho a ser escuchado y participar en las decisiones relacionadas con su salud.
- El derecho a recibir información completa, clara y actualizada sobre su condición de salud y las alternativas terapéuticas, así como todo material que tenga por finalidad proveer la mejoría de su salud. Dentro de este último se incluye toda la información relacionada con los servicios de salud sexual y reproductiva, con anticoncepción y aborto legal.
- La posibilidad de tratamiento médico sin intervención de los progenitores, con referencia a la autonomía progresiva y la capacidad de discernimiento propia de cada sujeto en el contexto en el que se desarrolla.
- Respecto de la confidencialidad e intimidad de la consulta y la información relacionada con la salud de adolescentes. Incluso establece la obligación de asesorar y dar tratamiento sin la presencia o autorización de sus progenitores, cuando su evolución madurativa individual lo permita. La información sobre su salud está sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos.

- Deber de garantía de la seguridad y accesibilidad de todas las prácticas sanitarias para adolescentes, sin acompañamiento obligatorio de un adulto/a. Se incluyen las prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva como: consejería e información sobre sexualidad y reproducción, anticoncepción, aborto legal, atención y seguimiento del embarazo, parto y puerperio.

Asimismo, existe legislación a nivel nacional, como la Ley 26.061 de “Protección Integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes” que receptó, y precisó los alcances de los principios, derechos y obligaciones contenidos en la CDN. La nueva legislación, reafirmó que niñas, niños y adolescentes, tienen los mismos derechos que todas las personas y que su ejercicio no puede verse limitado por su edad. La norma vigente, considera discriminatorio el establecimiento de limitaciones en el ejercicio de derechos por el mero hecho de no cumplir con la edad legal para ser considerados adultos/as.

La reciente modificación de nuestro Código Civil y Comercial de la Nación, incluye y contempla en sus artículos 25 y 26 los conceptos acuñados en la CDN y en nuestra ley 26.061. En el Artículo 25 define lo que se entiende por menor de edad y adolescente, asimismo en el artículo 26 se norma el ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes y se incluye el concepto acuñado en la CDN respecto a la edad y el grado de madurez suficiente, a la autonomía progresiva (contemplada en los artículos 3, 5, 12 y 16 de la CDN). Las adolescentes de entre 13 y 16 años tiene la autonomía para decidir por su, sin necesidad de consultar ni pedir autorización de nadie (lo contrario sería un obstáculo en el acceso al derecho al aborto como lo establece la CSJN en el fallo FAL) aquellos tratamientos no invasivos, que no comprometan su estado de salud o provoquen grave riesgo de vida o en su integridad física. Mas, el mismo Código contempla en su artículo 26 que las personas con mas de 16 años son consideradas como adultas respecto a las decisiones sobre su propio cuerpo, como es el caso de KKJ que tenía 17 años al momento de solicitar la interrupción legal del embarazo y en plena conciencia de sus capacidades solicita a la dra. María Estrella Perramón un aborto legal y seguro.

Con respecto a la actuación profesional en caso de Interrupción Legal del Embarazo en niñas y adolescentes, se puede deducir que los estándares y las normativas vigentes mencionadas establecen las siguientes pautas ¹⁷:

Obligación de atención sanitaria a adolescentes frente al aborto: El aborto como cualquier otra prestación legal de salud, debe ser garantizada por el Estado, su provisión debe ser realizada en las mejores de condiciones de accesibilidad, aceptabilidad y seguridad disponibles, siendo un deber del personal sanitario. Las/os profesionales de salud se encuentran obligados a brindar atención sanitaria, incluyendo la salud sexual y reproductiva, a todas las personas sin discriminación (Ley 26.673 de “Salud Sexual y Procreación Responsable”, artículos 3 y 4). Este deber implica que no es posible negar la atención a las personas por razón de su edad. Por el contrario, la garantía de los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes demanda brindar atención prioritaria a esta población (CDN artículo 2 y Ley 26.061 artículo 14).

La salud sexual y reproductiva, representa una de las preocupaciones centrales de la atención en salud de las adolescentes, por la alarmante proporción de muertes maternas adolescentes (la mortalidad materna es la primer causa de muerte de adolescentes entre 15 y 19 años de edad en los países en desarrollo como la Argentina. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. OMS Nota descriptiva N° 348, mayo de 2014).

Dentro de los servicios de salud sexual y salud reproductiva se incluye la Interrupción Legal del Embarazo. Las adolescentes deben recibir atención prioritaria como lo ordena la Constitución Nacional, las demás normas nacionales (Ley 26.673 de “Salud Sexual y Procreación Responsable”; Ley 26.061 de “Protección integral de los derechos de Niña, Niño y Adolescente”; Ley 26.529 de “Derechos del paciente en su relación con profesionales e instituciones de salud”; Ley 26.485 de “ Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”) y como lo ha reconocido la Corte

¹⁷ Ariza Navarrete (2017). El aborto no punible en niñas y adolescentes en Abordajes en torno a los derechos sexuales y derechos reproductivos. FUSA AC.

Suprema de Justicia de la Nación a través del fallo F.,A,L y el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 2011 (dictamen caso LMR¹⁸):

La falta de provisión de abortos legales a las niñas y adolescentes que los soliciten constituye una violación grave a los DDHH y acarrea responsabilidad administrativa, civil y penal a quien obstruya el acceso a este derecho.

Deber de información: transparencia activa de los/as profesionales de salud: El deber de transparencia activa es un principio rector del comportamiento ético y legal de ciertas profesiones como la medicina, que requiere que se entregue de forma oficiosa toda la información técnica, científica y legal disponible que puede ser aplicable.

Autonomía progresiva y representación: La atención sanitaria de niñas y adolescentes debe realizarse en igualdad de condiciones con toda la población. Sus derechos tienen el mismo alcance y extensión que el de las mujeres adultas.. El Código Civil (2014) incorpora el principio de autonomía progresiva para el abordaje de los aspectos relacionados con las niñas y adolescentes. Es muy importante que los profesionales de salud puedan tener una entrevista con la adolescente que le permita constatar su grado de discernimiento y así poder determinar el tipo de orientación y acompañamiento que necesitará durante su atención.

El derecho a ser escuchadas y participar de las decisiones es un derecho indelegable, por ello se requiere la intervención prioritaria de la niña o adolescente.

Considerando el Código Civil (ley 26994, 2014) y la ley de los derechos del paciente (26.529) las adolescentes mayores de 13 años pueden solicitar una ILE sin acompañamiento de representante legal.

Privacidad y Confidencialidad: Tanto la ley de protección de los derechos del paciente (artículo 2.c de la Ley 26.529) como la Convención de los Derechos del Niño, establecen el derecho a la privacidad en la consulta, que implica la posibilidad de tener una relación sin la intervención de terceros en la consulta. La niña o adolescente a cualquier edad puede acudir sin acompañamiento a la

¹⁸ Caso LMR. Comité de Derechos Humanos (2011)

consulta médica y recibir toda la información solicitada, las prácticas de salud, incluida la salud sexual y reproductiva. En el caso de detectarse un embarazo en la consulta de una adolescente se le debe entregar toda la información relacionada con su diagnóstico, así como la información sobre el marco legal de la ILE, sin necesidad de exigir acompañamiento alguno.

La información que se brinde en esa consulta está protegida por el deber de confidencialidad (artículo 16 de la CDN y de secreto profesional del médico, Ley 26.529 artículo 2.d.).

IV. 5. Aporte de consideraciones relativas a la legalidad de la práctica sanitaria llevada a cabo por la médica

Resulta de vital importancia, y antes de desarrollar el marco legal que contempla la interrupción legal del embarazo en nuestro ordenamiento nacional y en el plano internacional, poder hacer una breve reseña del concepto y recorrido normativo de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Los DSyR agrupan distintos derechos humanos ya reconocidos, pero leídos y significados desde el plano de la sexualidad y la reproducción.¹⁹ Queda cubierta por ellos una enorme gama de demandas, que incluye desde la posibilidad de desarrollar libremente la personalidad, la corporalidad, las identidades de género y la orientación sexual, hasta la de decidir si tener hijos/as, cuándo, cómo y con quién/es. También quedan abarcados los distintos servicios, prestaciones y tecnologías dirigidos a llevar adelante esas demandas sin discriminación.²⁰

En el plano internacional, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), aprobada en 1979, dio algunos pasos en esta dirección y establece exigencias a los Estados para eliminar la discriminación contra las mujeres en la esfera de la atención médica y para asegurar su acceso a servicios de planificación familiar (arts. 12.1 y 14) y

¹⁹ Arango Olaya, Mónica, "Derechos sexuales y reproductivos", en Lacrampette, Nicole (Ed.), *Derechos Humanos y Mujeres: teoría y práctica*, Centro de Derechos Humanos, Facultad de Derecho, Universidad de Chile, pp. 211-212; 214.

²⁰ Fernández Valle, Mariano, "Derechos Sexuales y Reproductivos: Concepto y reconocimiento normativo", en: *Revista ADA* N° 4, Septiembre 2016. P. 17.

a aquellos relacionados con el embarazo, el parto y el período posterior al parto (art. 12.2). También reconoció el derecho de las mujeres, en condiciones de igualdad, “a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos” (art. 16.e).

Estas disposiciones se desarrollaron con más detalle en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, en el año 1994. Allí se definió por primera vez en un documento internacional el concepto de *salud reproductiva*, como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”, se indicó además que “la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”, y se aclaró que “incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”²¹. Al año siguiente, la Conferencia de Beijing y su Plataforma de Acción continuaron este camino y favorecieron en mayor medida el posicionamiento de los DSyR, en especial en lo atinente a mujeres adultas, jóvenes y niñas²².

La maternidad obligatoria es uno de los estatus sociales por excelencia asignados a las mujeres en la sociedad, el cual produce sujetos determinados, y también funciona como el principal espacio de reglamentación, disciplinamiento y represión. “Los Estados han tratado a menudo a las mujeres de forma instrumental, como herramientas mediante las que aplicar políticas y programas en materia de población. A veces ello se hace recurriendo a sanciones penales y a menudo con el pretexto de proteger la salud y la seguridad de la mujer y con argumentos culturales o religiosos”²³.

²¹ ONU, Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Capítulo VII (Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva), punto 7.2 y siguientes.

²² Véanse especialmente los puntos 93 a 98 de la Plataforma de Acción de Beijing, entre otros que se ocupan del tema. Véase también el punto 30 de la Declaración de Beijing, que en términos generales llama a “promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación”.

²³ ONU, Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Grupo de Tareas sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica*, op.cit., párr. 61.

Existen en la región cuatro modelos de regulación del aborto, el modelo de penalización sin excepciones; el modelo de indicaciones o causales; el modelo de plazos o “a demanda” y los modelos mixtos. Los países de la región se dividen entre aquellos que penalizan el aborto sin excepciones (El Salvador, Nicaragua y Honduras), los que estipulan distintas “indicaciones” de aborto legal o “permisos” (la gran mayoría) y aquellos que liberalizan el aborto en el embarazo temprano, siguiendo el modelo de plazos (Cuba, México DF y Uruguay).

La Argentina se ubica dentro del grupo de países que contempla distintas causales de aborto legal, siguiendo el modelo de “indicaciones”²⁴. El artículo 86 del Código Penal dispone que: “El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1) Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2) Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”.

En casi un siglo de vigencia de esta disposición, se han enfrentado en doctrina y jurisprudencia diferentes posiciones interpretativas alrededor de ella, entre las que se distinguen algunas más amplias y otras más restrictivas. Pero lo cierto es que producto de estas disputas interpretativas, de poder, y su impacto en los operadores/as institucionales, determinaron una inaccesibilidad sistemática a los abortos legales en el país, estigmatizando una práctica segura en una de las principales causas de muerte de mujeres en nuestro país.

Finalmente, por la Corte Suprema de la Nación en el fallo “F.,A.L.”. En este caso, que involucraba un pedido de aborto en favor de una niña de 15 años violada por un familiar, la CSJN entendió que el inciso 2° aplica a toda mujer que haya sufrido un ataque sexual, no sólo a aquellas que presentan alguna discapacidad intelectual/psicosocial.

La Corte Suprema tomó varios caminos interpretativos para arribar a esa conclusión. Por un lado, sostuvo que análisis literal e histórico de la norma penal

²⁴ Véase Bergallo, Paola, “La liberalización del aborto: contextos, modelos regulatorios y argumentos para su debate”, en Bergallo, Paola (Comp.), Aborto y justicia reproductiva, Buenos Aires, Editores del Puerto, 2011.

abona el **alcance amplio**, y aclaró que toda mujer embarazada como resultado de una violación tiene el derecho a practicarse un aborto no punible, sin importar su capacidad intelectual (Considerando 18).

También indicó que el principio de **igualdad y prohibición de toda discriminación** no permite trazar una distinción razonable y justificada entre distintos tipos de mujeres a los efectos de acceder al derecho (considerando No 15), y que el **principio de dignidad y de inviolabilidad de las personas** proscribire que sean tratadas instrumentalmente, como medios para satisfacer otros fines últimos (considerando No 16). En adición, consideró que los principios de estricta legalidad y pro homine exigen restringir el poder punitivo del Estado (considerando No 17), lo que correlativamente implica interpretar de la forma más abarcadora posible las indicaciones de acceso a este supuesto de aborto legal. Asimismo, nada encontró el tribunal en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos que invalidará dicha interpretación, sino lo contrario (considerandos No 10-14). Por lo que la CSJN reafirma en este precedente la constitucionalidad y convencionalidad de la despenalización del aborto.

Además del marco de derechos desde donde se para la CSJN, en el fallo “F.A.L”, observo y visibilizó las prácticas judiciales y sanitarias contrarias a las leyes, identificándose como claros obstáculos al acceso al derecho al aborto seguro.

En primer término, dejó en claro que las solicitudes de abortos permitidos no deben ser judicializadas, y que frente a ellas el Estado debe responder de manera rápida y segura (considerandos N° 19 y siguientes). Indicó que no puede exigirse la intervención de más de un/a profesional de la salud en las situaciones concretas (considerando N° 24) ni procesos burocráticos dilatorios de la interrupción legal del embarazo, instancias que frente a víctimas de violencia sexual contravienen las disposiciones de la Convención de Belém do Pará²⁵ y pueden constituir, en sí mismas, actos de violencia institucional en los términos de la ley No 26.485. También sostuvo que en estos casos basta la declaración jurada de la requirente ante el personal tratante, sin necesidad de aportar denuncias o pruebas, o de determinar judicialmente el delito invocado

²⁵ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

(considerando N° 27). Y si bien la Corte Suprema reconoció al personal sanitario un derecho a la objeción de conciencia, destacó que su ejercicio no puede convertirse en un obstáculo y que los establecimientos de salud deben contar con personal para garantizar, de forma permanente, el acceso a las prestaciones (considerando N° 29).

Sobre el final, la CSJN exhortó “a las autoridades nacionales y provinciales a implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos” (considerando No 29).

En el campo del Derecho Internacional de los Derechos Humanos se registra una tendencia a la ampliación del aborto legal²⁶, a propósito de los graves daños que los sistemas prohibitivos generan en las mujeres, en particular en aquellas afectadas por distintas situaciones de desigualdad que se intersecan con el género, tales como la posición socioeconómica, la localización geográfica, la edad, la etnia y la discapacidad. En los sistemas universal, europeo e interamericano, hay acuerdo en que el deber de proteger la vida en gestación no es absoluto, y que se distingue del deber de protección de las personas, a quienes asisten los derechos reconocidos en los tratados internacionales de Derechos Humanos²⁷. También existen observaciones y condenas a diferentes Estados que no han puesto a disposición servicios de interrupción del embarazo seguros para las mujeres en casos de riesgo a su vida o a su salud²⁸, en casos de embarazos producto de violencia sexual²⁹ y en casos de inviabilidad

²⁶ Un detallado análisis respecto de cómo los organismos internacionales han aplicado el test de ponderación frente a los derechos e intereses en juego, con cita a jurisprudencia que a continuación se referencia, puede verse en Defensoría General de la Nación, Comisión sobre Temáticas de Género, Presentación ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, apartado II.2. Disponible en: <http://www.mpd.gov.ar/pdf/Aportes%20MPD%20OG%20No%2036.pdf>

²⁷ Corte IDH, *Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica*, óp. cit., párrs. 194-244, entre otros.

²⁸ Véase Comité de Derechos Humanos, *K.L. vs. Perú*, Comunicación N° 1153/2003, 22/11/2005 y Comité CEDAW, *L.C. vs. Perú*, Comunicación No 22/2009, 25/11/2011. En el Sistema Interamericano, aun no existen pronunciamientos de fondo pero pueden observarse algunos avances en Comisión IDH, *Medidas Cautelares 43-10, “Amelia” (Nicaragua)*, 26/02/2010; Comisión IDH, *Medidas Cautelares 178/15, Asunto niña Mainumby respecto de Paraguay*, 08/06/2015; y Corte IDH, *Medidas Provisionales respecto de El Salvador, Asunto B.*, 29/05/2013.

²⁹ Véase Comité de Derechos Humanos, *L.M.R. vs. Argentina*, óp. cit. y Comité CEDAW, *L.C. vs. Perú*.

extrauterina³⁰. De hecho, la denegación de acceso a los servicios autorizados de salud como el aborto y la atención posaborto, ha sido considerada una forma de malos tratos por motivos de género, que puede causar sufrimientos físicos, emocionales e incluso tortura³¹.

Los obstáculos en el acceso al aborto identificados por la CSJN, los cuales aún hoy persisten, dan cuenta de que en realidad nos encontramos en la práctica como si tuviéramos un modelo de prohibición total en vez de un modelo de indicaciones. En este sentido, se registra una incipiente inclinación de los organismos del sistema internacional a exigir la despenalización general del aborto³². En esa dirección, el Comité CEDAW sostuvo que “algunos códigos y leyes penales y/o códigos de procedimiento penales discriminan contra la mujer: (...) tipificando como delitos comportamientos que sólo pueden ser realizados por mujeres, como el aborto” y recomendó a los Estados despenalizar la conducta³³. Asimismo, la Relatoría Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental consideró que “las leyes penales que castigan y restringen el aborto inducido son el ejemplo paradigmático de las barreras inaceptables que impiden a las mujeres ejercer su derecho a la salud” y exhortó a los Estados no sólo a despenalizar el aborto sino también a derogar las leyes conexas, como las relativas a su facilitación³⁴. En el ámbito interamericano, la Comisión IDH sostuvo hace más de treinta años que la despenalización del aborto en el primer trimestre por voluntad de la mujer no viola la Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre³⁵.

³⁰ Véase Comité de Derechos Humanos, K.L. vs. Perú.

³¹ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan Méndez, A/HRC/22/53, 01/02/2013, párrs. 46, 49 y 50. En el mismo sentido, véase MESECVI, *Declaración sobre la violencia contra las mujeres, niñas y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos*.

³² Defensoría General de la Nación, Comisión sobre Temáticas de Género, *Presentación ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, apartado II.2*, óp. cit.

³³ Comité CEDAW, Recomendación General No 33, CEDAW/C/GC/33, párrs. 47 y 51.I, respectivamente. En la misma línea, véase Comité CEDAW, Recomendación General N° 24, A/54/38/Rev.1, 1999, párr. 31.c.

³⁴ *Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/66/254, 03/08/2011, párrs. 21 y 65.h., respectivamente.

³⁵ Comisión IDH, Resolución N° 23/81, “Baby Boy” (Estados Unidos de América), 06/03/1981.

En este mismo sentido, se expresó recientemente el Comité de Derechos Humanos en su última observación final sobre el quinto informe periódico de Argentina de Julio de 2016. En los puntos 11 y 12, reconoció el avance que significó para nuestro país el precedente F.A.L para el respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y en base a un análisis de la realidad actual de nuestro país, mostró su preocupación al constatar que el fallo no se aplica de modo uniforme en las provincias³⁶.

Que el aborto legal resulte, muchas veces, inaccesible por la falta de instrumentación de protocolos médicos, del ejercicio individual de objeción de conciencia por parte de los trabajadores de la salud u otros obstáculos de facto. El Comité expresa su preocupación por el “caso de Belén”, en que se utilizó la figura del delito de homicidio agravado para una supuesta alegación de aborto ilegal y que la acusada esté todavía privada de libertad. El Comité también está preocupado por los altos índices de abortos clandestinos que han resultado en mortalidad materna, así como por los embarazos de adolescentes (arts. 3,6, 73200 y 17).

Es claro el comité al recomendar a los representantes y dirigentes de nuestro país acerca del deber de revisar las legislaciones sobre aborto, a fin de que no se criminalice más a las mujeres, y de que se eliminen las prácticas que obstaculizan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, niñas y adolescentes. Así como también, y a la luz del “caso Belén”, la urgente necesidad de descriminalizar el aborto³⁷

En virtud de las consideraciones expuestas, las organizaciones firmantes entienden que la médica María Estrella Perramón actuó de manera correcta y ética en base a la consideración y fundamentación que la normativa vigente otorga en materia de **Aborto No Punible** (Código Penal y Civil de la Nación, fallo

³⁶ Fagioli, Daniela C., “Aborto ilegal, violencia institucional Una conceptualización de las violencias en los espacios-cuerpos de las mujeres: consideraciones en torno a la violación del secreto profesional”, op.cit. P. 249/250.

³⁷ Fagioli, Daniela C., “Aborto ilegal, violencia institucional Una conceptualización de las violencias en los espacios-cuerpos de las mujeres: consideraciones en torno a la violación del secreto profesional”, op.cit. P. 249.

F,.A.L., Ley XIV de Chubut, Protocolo para la Atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo del Ministerio de Salud de la Nación) garantizando a K.J.J. el derecho a la interrupción legal del embarazo, a través del cumplimiento de lo necesario en materia administrativa y legal (apertura de Historia Clínica, consentimiento informado, garantía del derecho a la información y al acceso de un aborto no punible en condiciones de), respetando su derecho a la autonomía, secreto profesional y confidencialidad como la joven así le solicitó, respondiendo a los parámetros de compromiso ético y seguimiento médico profesional que la paciente requería, brindándole el acceso a la práctica de aborto seguro y eficaz de acuerdo a los estándares científicos existentes.

VI.- PETITORIO

Por todo lo expuesto, a V.E. solicitamos:

1) Se declare la admisibilidad del presente escrito como “Amigo del Tribunal”, se lo incorpore al expediente y se corra traslado a las partes en caso de que V.E. lo considere pertinente.

2) Oportunamente, al momento de resolver se tengan en cuenta los argumentos **médicos y sanitarios** expuestos en esta presentación.

Provea V.E. de conformidad que,

SERÁ JUSTICIA

Andrea Berra

DNI: 22.156.100 (MN 28456)

Ana Paula Fagioli

**DNI:31.245.848 (MN137324,
MP452483)**

Estefanía Cioffi

DNI 33273026 (MN 144922)