

Córdoba, diez de febrero del año dos mil veintiuno. **Y VISTOS:** Estos autos caratulados **“CLÍNICA D. S. – DENUNCIA POR VIOLENCIA DE GÉNERO”** (Expediente XXX), traídos a despacho a los fines de resolver las actuaciones tramitadas por ante este Tribunal 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 demandante Sra. D. P. F. por parte de la demandada CLÍNICA D. S. S.A. **DE LOS QUE RESULTA: 1)** A fs. 1/2, la Sra. D. P. F. realiza una denuncia por violencia obstétrica en contra de la Clínica d. S. ante la Mesa de Entradas de Denuncias por Violencia Familiar. La Sra. D. 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 d. S.. Allí avisó que tenía una *“mancha marroncita”* y que sentía que el bebé 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 entierre 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. P,- 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 P. d. S.; copia de escritura pública N°73 suscripta por el Escribano M. R. J. 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 C. d. S., por intermedio de su apoderado Cr. H. E. y el Director, Dr. M. E., con el patrocinio del Dr. R. M. G. Z. 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 argumento 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 (21semanas); (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 04,30hs 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 9,30hs 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. D. P. F. constituye nuevo domicilio procesal. Asimismo, denuncia domicilios de los testigos ofrecidos. **7)** A fs. 48 glosa contestación efectuada por Apress 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 C. d. S. a los Dres. R.

M. G. Z.; V. A. M., H. F. M.; L. B. D.; M. A. M. J. y F. C.. **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. F. M. y M.. **10)** A fs. 65 se emplaza al Dr. M. a los efectos de que acompañe carta poder o documento legal suficiente conforme los lineamientos del art. 90 CPCC. Asimismo, se dispuso citar a comparecer al Dr. R. R. C., profesional médico perteneciente a Medicina Forense del Poder Judicial. **11)** A fs. 77 la Sra. D. 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. M.. **13)** A fs. 110/111 glosa informe suscripto por el Dr. R. C. **14)** A fs. 125 glosa oficio diligenciado suscripto por la Dirección del Cementerio San Jerónimo. **15)** A fs. 128 se incorpora oficio suscripto 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. F. M.. **17)** A fs. 140 vta. glosa diligencia suscripto por la Dra. F. M.. **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. C., 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. F. M.. **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. F. M., adjuntando certificados varios. **23)** A fs. 177 la Dra. F. M. acompaña informe psicoterapéutico de la Sra. D. P. F. **24)** A fs. 181 se ordena a la C. d. S. 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. F. M.

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. F. M..

**Y 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 P. D. S. S.A., es decir si en éste caso en concreto, los actos o conductas atribuidos por la Sra. D. 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 Vs. 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 P del S. S.A 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 C. P. d. S. S.A. por intermedio de su representante M. E., con el patrocinio del Dr. R. G. Z., firmando adhesivamente el apoderado Cr. H. E., 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 Humanos**, la **Convención para la Eliminación de toda Discriminación contra 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 Para**, 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, deshonesto, 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 contra 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, confiriendo 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 (48) 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, constancias 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 manifestado 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 alumbramientos 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** arrimadas. 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 Código Civil y Comercial 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 P. d. S. S.A. el día 01 de mayo del año 2016, a la 01hs, siendo internada formalmente a las 04hs del mismo día. Presentaba un embarazo de evolución avanzada, de 21.6 semanas de gestación conforme HC, asimismo se presenta 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 10305, art 706, 709 y 710 CCCN) se dio intervención al Dr. R. C., 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 10401 y 26485, 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 materno de la entrevistada)(...) “El cuadro referido implicó 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. P. F. 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. P. F. 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. D. P. F. 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 500grs” (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 avisaron 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 8,30hs 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. 192vta.)..... “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. D. P. F.**, administrativa de Clínica P. del S. S.A.,

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 500gs. 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 C. P. d. S. S.A.: 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.**

Y. A., psicóloga y acompañante terapéutica, quien asistió a D. P. F. 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 solicitó 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 trabajó 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 último al momento de buscar 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 e 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 frasco, 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 periodo 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 C. P. del S. S.A., 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 P. d. S. S.A. 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 M. R. G., instrumento público que hace plena fe de sí, labrado a requerimiento de H. H. E. en nombre y representación de Clínica P. d. S. S.A. (fs. 18/21). En este último instrumento público, Clínica P. del S. S.A., 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 P. d. S. S.A. (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 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.

**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. F. 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. N. E. 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 temporaneidad 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. D. P. F. “...pedí un 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 pos facto del instrumento HC.

**VI.2.c)** La tercera reflexión, gira en torno a la figura de M. P., DNI N° XXX, 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. P. F. recomienda se atendiera con su médica obstetra, la Dra. B. C., en la C. d. S.,...*” (Informe D. P. F. 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. P. F., a raíz que era su paciente, la misma le habría manifestado que D. P. F. tendría el feto en la heladera.*” (informe B. C. fs. 191). D. P. F. 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. P. F. (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 problematizados por la institución Clínica P. d. S. S.A. 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 C. d. S. (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 P. d. S. S.A., 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 500grs 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° xxx/xx, 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. P. F. 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 P. d. S. S.A., dónde se hacía controlar el embarazo, fue recibida conforme los protocolos establecidos y derivada al primer piso de la Institución alrededor de la 01hs 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 (3). 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 jalonan 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. P. F. 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 R. 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. P. F. 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. P. F. 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. P. F. 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 8,30hs, luego del alumbramiento sin vida (fs. 192 vta.); D. P. F. 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. P. F. no fue informada sobre las alternativas de intervenciones médicas que pudieren tener lugar en el delicado proceso que le atravesaba contrariando 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 una 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. P. F. 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. P. F. 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. P. F. 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 desgarramiento 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. P. F. 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 R. 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 medicamente”* (informe fs. 189);

**VII.1.e) D. P. F. 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. Estaba 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...”* (testimonio N. E. 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, cayó 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. P. F. 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 P. d. S. S.A., 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. P. F. 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 P. d. S. S.A. solicitándole información sobre su proceso de parto de fecha 01/05/2016;

**VII.1.g) D. P. F. 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 trance 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. P. F. 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 fs.193) o porque estaba en anatomía patológica: “*no se lo podía entregar porque se enviaba a patología a investigar*” (Dra. B. C. fs. 191); el tiempo de su entrega (con una dilación temporal injustificada reconocida por la propia Clínica d. S. (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. D. 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. P. F., a raíz que es su paciente, la misma la habría manifestado que D. P. F. 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. F. 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 fs. 193);*

**VII.1.i) D. P. F. 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 glosado a fs. 146/156), es necesaria para su disposición final, negándose injustificadamente la Clínica P. d. S. S.A., 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 P. d. S. S.A. 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 E. 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. P. F., 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 P. d. S. S.A., 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. P. F. 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. P. F. 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 siquiera 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 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. P. F. 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. P. F. 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. A. fs. 195). La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), tiene una prolífica producción en torno a la esterilización forzada<sup>[1]</sup>, y queda claro que existen distintos procedimientos 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 P. d. S. S.A. sobre la integralidad de la persona de D. P. F., 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. P. F. estuvo muy mal y hasta el día de hoy no lo supera, ya que era su hija”* (testimonial Sra. N. E. 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 la bebe. El diagnóstico que refiere es Stress Postraumático, con conductas de impulsividad (intentos de suicidio)...”* (informe A. 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. 190vta.) 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 P. d. S. S.A., *“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<sup>[2]</sup>, Autonomía y Responsabilidad Individual<sup>[3]</sup>, ni el de Consentimiento<sup>[4]</sup> establecidos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos DUBDH (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 P. d. S. S.A., 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 P. d. S. S.A. un proceso de parto en las antípodas del parto humanizado, se le proporcionó un parto deshumanizado y deshumanizante. El comportamiento de la Clínica P. d. S. S.A. 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 C. P. d. S. S.A. 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. P. F. 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 P. d. S. S.A., 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 P. d. S. S.A., 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 mayoría 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 mediato: 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. Pag 297). Los intentos de suicidio de la Sra. D. 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. P. F. *“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 Belem do Para) y engarza a la perfección con lo descrito por el comité de CEDAW como violencia de género contra la mujer: *“...imponer los papeles 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 de la 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. 190vta.) 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 cómo 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. P. F. 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 A. fs. 194 vta). Eso significa que no todo está perdido en la Clínica P. d. S. S.A., 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. P. F. 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 socioculturales 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 P. d. S. S.A. 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 P. d. S. 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 P. d. S. 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 P. d. S., 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 d. S. 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 la 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 perdedoso, 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 P. d. S. S.A., regulando los honorarios profesionales de los Dres. D. H. P. y V. F. M. en treinta Jus, lo que al día de la fecha, equivale a la suma de pesos cincuenta y cinco mil cuatrocientos dieciocho con setenta centavos (\$55.418.70.-), 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. F. M. 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. H. M. ni al Dr. R. M. G. Z..

**XII)** Habiéndose resuelto en los presentes en el sentido de atribuir a Clínica P. d. S. S.A. 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 tres (3) Jus, lo que al día de la fecha equivale a la suma de pesos cinco mil quinientos cuarenta y uno con ochenta y siete centavos (\$5.541,47.-), 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° XXX en contra de la CLINICA D. S. S.A. 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 d. S. 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 provincia de Córdoba, de la Nación y al CONSAVIG a sus efectos, conforme CONSIDERANDO X. 6. **V)** Hacer saber a la Clínica P. d. S. S.A., 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. D. H. P. y V. F. M. en la suma de

pesos veintidós mil ciento sesenta y siete con cuarenta y ocho centavos (\$22.167,48) y treinta y tres mil doscientos cincuenta y uno con veintidós centavos (\$33.251,22.-) respectivamente conforme el CONSIDERANDO XI. **IX)** Imponer A Clínica P. d. S. S.A. 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.

[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, I.V. (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”