**PROYECTO DE LEY No. DE 2020**

**“POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA EL REGISTRO ESPECIAL DE PÉRDIDAS GESTACIONALES (REPG) Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES” - LEY “YO TAMBIÉN TUVE UN NOMBRE”.**

**“EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA**

**DECRETA**

**TITULO I. REGISTRO ESPECIAL DE PÉRDIDAS GESTACIONALES**

**Artículo Primero.** Créese el Registro Especial de Pérdidas Gestacionales (REPG), administrado por la Registraduría Nacional del Estado Civil, con el fin de dignificar e individualizar a quien fue concebido y muerto en gestación, facilitar el duelo de los padres que afrontan su pérdida, y fortalecer las estadísticas de muertes gestacionales en Colombia para la definición de políticas públicas basadas en evidencia.

**Artículo Segundo.** **Inscripciones.** En el REPG se inscribirán, por solicitud de uno o ambos progenitores, las pérdidas gestacionales sufridas en el territorio colombiano.

**Parágrafo.** En los casos en los que faltaren los progenitores del concebido y muerto en gestación o se presentara una imposibilidad debidamente demostrada, podrán solicitar la inscripción en el REPG los que hubieren sido familiares hasta el segundo grado de consanguinidad.

**Artículo Tercero. Pérdida Gestacional o Muerte fetal.** Para efectos de la presente ley, se entenderá por Pérdida Gestacional o Muerte Fetal, todo fruto de la concepción, identificable o diferenciable de las membranas ovulares o del tejido placentario o materno en general, que cese en sus funciones vitales, en cualquier momento de la gestación o durante el parto, y en todo caso antes de encontrarse completamente separado de la mujer gestante, y que no hubiere sobrevivido a la separación siquiera un instante.

**Artículo Cuarto.** La inscripción en el REPG en ningún caso modifica el régimen de persona establecido en el ordenamiento jurídico nacional, ni otorga derechos patrimoniales, sucesorales ni de ningún otro tipo distintos a los establecidos en la presente ley.

**Artículo Quinto. Acreditación.** La pérdida gestacional se acreditará ante el funcionario de registro, mediante el certificado médico de defunción expedido por la institución prestadora de servicios de salud que atendió el caso, de conformidad con lo establecido por la ley.

**Artículo Sexto.** Esta ley no podrá interpretarse de manera que obstaculice en modo alguno el ejercicio del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en los casos permitidos por el ordenamiento jurídico vigente.

**Parágrafo.** Si en los casos de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), uno o ambos progenitores del concebido y muerto en gestación quisieran efectuar su inscripción en el REPG, podrán hacerlo solicitando a la institución prestadora de servicios de salud, el respectivo certificado médico de defunción.

**Artículo Séptimo.** Dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, la Registraduría Nacional del Estado Civil deberá crear los requisitos, formularios y procedimientos necesarios para la implementación del REPG.

Los formularios que cree la Registraduría Nacional del Estado Civil para tramitar el registro deberán contener, como mínimo:

1. El nombre y los apellidos del concebido y muerto en gestación.
2. Lugar y fecha donde ocurrió la pérdida gestacional.
3. Sexo, si se llegare a determinar.
4. Individualización del progenitor o progenitores que realiza(n) el registro.

**Parágrafo Primero.** En ningún caso el registro contendrá en la casilla del nombre las iniciales “NN”, o la frase “hijo de”, debiendo respetarse el o los nombres elegidos por los progenitores, aún en caso de no poder determinarse el sexo.

**Artículo Octavo.** La inscripción en el REPG deberá llevarse a cabo dentro de los tres (3) meses siguientes a la ocurrencia de la pérdida gestacional.

Para el caso de las pérdidas gestacionales sucedidas con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente ley, el progenitor que contare con un certificado médico de defunción podrá solicitar por sí o a través de la persona que expresamente autorice, la inscripción en el REPG, a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. La Registraduría Nacional del Estado Civil deberá difundir de manera amplia para conocimiento de toda la ciudadanía, el derecho de registro consagrado en la presente ley.

**Artículo Noveno.** Con la finalidad de fortalecer las políticas públicas encaminadas a la producción de estadísticas de pérdidas gestacionales en Colombia, la Registraduría Nacional del Estado Civil, dentro de los tres (3) primeros meses de cada año, enviará un informe al Ministerio de Salud y al Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE, en el cual relacione la información que arroje el registro.

**Artículo Décimo.** La información contenida en el REPG tendrá el carácter de reservada respecto de terceros. En todo caso, la Registraduría y demás entidades que tengan competencia para el manejo de información contenida en el registro, aplicarán las reglas establecidas en la ley 1581 de 2012 y aquella que la modifique o derogue.

**TÍTULO II. ENTREGA DEL CUERPO DEL CONCEBIDO Y MUERTO EN GESTACIÓN**

**Artículo Décimo Primero. Obligación de entregar el cuerpo.** Para los casos de pérdida gestacional, entendida en los términos del artículo tercero de la presente ley, la institución prestadora de servicios de salud que atendió el caso deberá entregar a solicitud de uno o ambos progenitores, el cuerpo del concebido y muerto en gestación, junto con el respectivo certificado médico de defunción, para fines póstumos y de inhumación, de acuerdo a sus creencias y culto, sin perjuicio de que sean efectuados previamente los exámenes y procedimientos a que haya lugar para determinar la causa de la pérdida. Las Instituciones Prestadoras de servicios de salud deberán informar a los progenitores en todos los casos de pérdida gestacional, el derecho de que trata el presente artículo.

**TITULO III. LINEAMIENTO NACIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL DUELO EN CASOS DE PÉRDIDA GESTACIONAL**

**Artículo Décimo Segundo.** El Ministerio de Salud deberá, dentro de los 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, expedir y mantener vigente un lineamiento o política pública nacional de atención del duelo perinatal, que brinde al talento humano en salud un estándar mínimo de prácticas para la atención de casos de pérdida gestacional y muerte neonatal, que propenda por la humanización, la promoción, protección y cuidado en salud mental de los progenitores en duelo. Este lineamiento será obligatorio para las instituciones prestadoras del servicio de salud del país, tanto públicas como privadas.

**TITULO IV. LICENCIA REMUNERADA EN CASO DE PÉRDIDA GESTACIONAL**

**Artículo Décimo Tercero**.Modifíquese el artículo 237 del Código Sustantivo del Trabajo, el cual quedará así:

*Artículo 237.* *Licencia remunerada en caso de pérdida gestacional.*

*1. La trabajadora que en el curso del embarazo sufra una pérdida gestacional o una interrupción voluntaria del embarazo, tiene derecho a una licencia de dos a seis semanas, remunerada con el salario que devengaba en el momento de iniciarse el periodo de licencia. Si el parto es viable, se aplica lo establecido en el artículo anterior.*

*2. Para disfrutar de la licencia de que trata este artículo, la trabajadora debe presentar al empleador un certificado médico sobre lo siguiente:*

*a). La afirmación de que la trabajadora ha sufrido una pérdida gestacional , indicando el día en que haya tenido lugar,*

*b). La indicación del tiempo de reposo que necesita la trabajadora, atendiendo a su estado de salud física y mental.*

**Artículo Décimo Cuarto.** La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga cualquier disposición que le sea contraria.

**HÉCTOR JAVIER VERGARA SIERRA MAURICIO GÓMEZ AMÍN**

Representante a la CámaraSenador de la República

# EXPOSICIÓN DE MOTIVOS PROYECTO DE LEY

**“POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA EL REGISTRO ESPECIAL DE PÉRDIDAS GESTACIONALES (REPG) Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES” - LEY “YO TAMBIÉN TUVE UN NOMBRE”.**

# INICIATIVAS LEGISLATIVAS

El artículo 150° de la Constitución Política establece:

*“Corresponde al Congreso hacer las leyes (…)”.*

Así mismo, el mismo texto constitucional consagra en su artículo 154° lo que sigue:

*“Las leyes pueden tener origen en cualquiera de las Cámaras a propuesta de sus respectivos miembros, del Gobierno Nacional, de las entidades señaladas en el artículo* [*156*](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991_pr005.html#156)*, o por iniciativa popular en los casos previstos en la Constitución (…).”* (Subrayado fuera de texto).

En el desarrollo legal, la Ley 5ta de 1992 estableció en su artículo 140º, modificado por el artículo 13 de la Ley 974 de 2005, lo que a continuación se indica:

*“Pueden presentar proyectos de ley:*

*Los Senadores y Representantes a la Cámara individualmente y a través de las bancadas.*

*(…)”*

El numeral 10 del artículo 150 superior establece que, por medio de las leyes, corresponde al Congreso:

*“Revestir, hasta por seis meses, al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, para expedir normas con fuerza de ley cuando la necesidad lo exija o la conveniencia pública lo aconseje. Tales facultades deberán ser solicitadas expresamente por el Gobierno y su aprobación requerirá la mayoría absoluta de los miembros de una y otra Cámara. El Congreso podrá, en todo tiempo y por iniciativa propia, modificar los decretos leyes dictados por el Gobierno en uso de facultades extraordinarias. Estas facultades no se podrán conferir para expedir códigos, leyes estatutarias, orgánicas, ni las previstas en el numeral 20 del presente artículo, ni para decretar impuestos.* (Subrayado fuera de texto).

* 1. **OBJETO DE LA INICIATIVA**

Actualmente en el mundo, según cifras publicadas en el primer informe global de la Alianza Sobre la Salud de la Madre, el recién nacido y el niño, y la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado por la revista médica The Lancet en 2011, cada año mueren aproximadamente 2,6 millones de bebes antes de nacer, cifras que resultan realmente alarmantes, sobre en todo en países como Colombia donde las condiciones laborales, económicas y acceso a la educación así como la oportunidad y eficiencia de los servicios de salud a traviesa por amplios problemas estructurales.

La muerte de un bebé antes de nacer es una situación que causa una afectación emocional devastadora en los padres, debido a que acaba con la ilusión de tener una nueva vida en su familia. Según los expertos que elaboraron el informe de la Organización Mundial de la Salud mencionado en el párrafo anterior, "*No hay un golpe que afecte tanto a una familia y que, a la vez, sea tan invisible en la sociedad, que la pérdida de un bebé sobre todo en los últimos meses de gestación”.*

En ese sentido, adquiere vital importancia darle no solo visibilidad a un hecho que es poco reconocido y validado por la sociedad, como es el intenso dolor que produce la muerte de un hijo en gestación, sino además garantizar unos derechos mínimos a los padres en duelo que les permitan afrontar esa circunstancia dolorosa de una manera digna, respetada, y que ponga en el centro el cuidado de su salud y bienestar mental.

Por lo expuesto anteriormente este proyecto de ley tiene por objeto:

1. Dignificar e individualizar a quien fue concebido y muerto en gestación a través de la creación de un registro especial de pérdidas gestacionales (REPG), voluntario y gratuito, con el objetivo de:
	1. Permitir a la madre y el padre que sufran esta dolorosa situación, dignificar a individualizar a sus hijos y recordarlos a través del tiempo con un nombre y sus correspondientes apellidos, facilitando la elaboración de su duelo, sin que esta inscripción modifique de ninguna manera materias sucesorias o patrimoniales, ni cuestiones vinculadas al estado civil o vínculo de familia.
	2. Fortalecer los registros y líneas bases administradas actualmente por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE y el Ministerio de Salud en materia de muertes fetales, con la finalidad de que se puedan implementar cada vez políticas más eficientes contra la problemática de las muertes fetales en Colombia.
2. Establecer la garantía en cabeza de la madre y el padre del concebido y muerto en gestación, de poder reclamar su cuerpo para darle fines póstumos de acuerdo a sus creencias.
3. Establecer la garantía de una atención adecuada en la institución de salud en el momento de la pérdida gestacional y posterior a ella, en términos de humanización y cuidado de la salud mental de los padres y madres en duelo, a través de la impartición de la orden al Ministerio de Salud y Protección Social, para que expida un lineamiento nacional de atención ante una muerte gestacional.
4. La garantía para las madres en duelo por la pérdida gestacional, de un tiempo idóneo de recuperación después de la pérdida, que tenga en cuenta no solo su estado de salud física sino mental.
	1. **ANTECEDENTES**

**2.1 SITUACIÓN A NIVEL MUNDIAL DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL**

El informe global de la Alianza Para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño y la Organización Mundial de la Salud (OMS), revela una aguda problemática a nivel global, la cual afecta principalmente a los países con menores ingresos, con indicadores de desarrollo bajos y con indicadores elevados de pobreza extrema. El informe arroja entre sus resultados más significativos que todos los días nacen muertos unos 7.200 bebés en el mundo, lo que representaría al año aproximadamente 2,6 millones de bebés nacidos muertos o muertos antes de nacer.

A nivel global el país con la menor tasa de muertes de neonatos es Islandia, con una cifra de 1,3 muertes por cada 1000 nacimientos, seguido de Dinamarca con una cifra de 1,7 muertes de cada 1000 nacimientos, datos totalmente contrarios a los presentados en países como Pakistán el cual presenta una cifra de 43,1 muertes por cada 1000 nacimientos.

* 1. **SITUACIÓN EN LATINOAMÉRICA**

En América Latina las cifras del fallecimiento de bebes en gestación es variada dependiendo de las condiciones socioeconómicas y de salud pública que se encuentren en el país, cifras presentadas por el portal de noticias BBC News Mundo, en un artículo donde se desarrolla un análisis del informe de la alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño y la Organización Mundial de la Salud (OMS) reflejan que países como México, Costa Rica y Argentina tienen un índice que oscila entre 4,5 y 5,5 partos muertos por cada 1.000 nacimientos, mientras que países como Paraguay, Honduras y Bolivia tienen cifras que oscilan entre 16,8 y 19,4 muertes antes de nacer por cada 1.000 nacimientos.

* 1. **SITUACIÓN EN COLOMBIA**

De acuerdo con las estadísticas que ofrece actualmente el DANE, a diciembre de 2018 se registraron 41.098 defunciones fetales y 4.553 defunciones neonatales, lo que suma 45.651 defunciones, es decir 125 por día.

A diciembre de 2019 según las estadísticas preliminares ya publicadas por el DANE se registraron 36.838 defunciones fetales (gestacionales) y 4.353 defunciones neonatales, lo que suma 41.191 defunciones, es decir 112 por día, sin incluir las muertes a causa de Interrupciones Voluntarias del Embarazo que en Colombia por virtud de la Resolución 0652 de 2016 no se reportan al DANE y que por ende no tienen estadística alguna en el país.

|  |
| --- |
| **DEFUNCIONES FETALES POR TIEMPO DE GESTACIÓN, SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA Y GRUPOS DE EDAD DE LA MADRE-AÑ0 2018**  |
| **Departamento de residencia y grupos de edad de la madre** | **Total** | **Tiempo de gestación en semanas completas** |
| **Menos de 22** | **De 22 a 27** | **De 28 a 36** | **De 37 y más** | **Ignorado** | **Sin información** |
| **TOTAL NACIONAL** | **Total** | 41.098 | 29.662 | 2.746 | 2.401 | 1.158 | 0 | 5.131 |
|  | **10 - 14 años** | 378 | 245 | 44 | 26 | 12 | 0 | 51 |
|  | **15 - 19 años** | 6.384 | 4.323 | 545 | 440 | 221 | 0 | 855 |
|  | **20 - 24 años** | 10.328 | 7.333 | 754 | 644 | 254 | 0 | 1.343 |
|  | **25 - 29 años** | 9.153 | 6.694 | 579 | 497 | 233 | 0 | 1.150 |
|  | **30 - 34 años** | 6.823 | 5.118 | 371 | 351 | 192 | 0 | 791 |
|  | **35 - 39 años** | 5.249 | 3.944 | 297 | 239 | 143 | 0 | 626 |
|  | **40 - 44 años** | 2.228 | 1.670 | 86 | 122 | 67 | 0 | 283 |
|  | **45 - 49 años** | 246 | 184 | 8 | 19 | 6 | 0 | 29 |
|   | 50 - 54 años | 14 | 10 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 |

**Fuente.** Elaboración propia con cifras del DANE

Sumados los años 2018 y 2019 tenemos un total de 86.842 defunciones y, aunque vemos una reducción del 10,3% en la cifra de defunciones fetales de los dos años comparados, se destaca cómo se mantiene el porcentaje de defunción fetal de menos de 22 semanas de gestación.

La situación del fallecimiento de bebes durante la gestación o durante el parto en Colombia no es un hecho aislado, es un problema que afecta principalmente a las familias de zonas rurales y de más bajos recursos. según cifras presentadas por el Instituto Nacional de Salud en el boletín epidemiológico en marzo del año 2019, se reportó que la mortalidad perinatal en el 2018 fue de 15,0 muertes por 1.000 nacidos vivos, cifras que valga anotar, no incluyen las muertes anteriores a las 22 semanas de gestación.

Las entidades territoriales en donde se presentaron los descensos más significativos fueron: Antioquia, Bogotá, Bolívar, Buenaventura, Cal­das, Cartagena, Cauca, Cesar, Choco, Cundinamarca, Huila, Meta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, San Andrés, Santa Marta, Santander, Sucre y Valle, mientras que las que reflejaron mayor preocupación, debido a que superaron el índice nacional fueron: Vichada con 62,8, Atlántico con 37,5, Choco con 33,7, Amazonas con 28,6 y San Andrés con 27,4 muertes por 1.000 nacidos vivos. Lo anterior además permite reafirmar la incidencia de necesidades básicas insatisfechas y los índices de pobreza en la ocurrencia de las muertes fetales.

**Mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, 2017-2018 y PE 02 de 2019**



**Fuente.** Boletín Epidemiológico/ Instituto Nacional de Salud

Estas cifras demuestran que las pérdidas de embarazos en etapas tempranas o tardías son una realidad para muchas familias colombianas, para quienes a la fecha no se han promulgado políticas públicas que les asistan de manera adecuada y que garanticen sus derechos.

* 1. **COMPRENSIONES SOBRE LA MUERTE FETAL**

La muerte o defunción fetal es un hecho definido por la OMS[[1]](#footnote-1) como *“muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria”.*

Para los efectos de este proyecto de ley y de la presente exposición de motivos, en sustitución del término muerte o defunción fetal, se utilizará el término “pérdida gestacional”, con el fin de dignificar al bebé concebido y muerto en gestación, evitando hacer uso de la palabra “feto” o “fetal” para referirse a él, pues conforme la evidencia empírica recabada, el uso de dichos términos va en contravía de la humanización, el reconocimiento de la maternidad y paternidad de sus progenitores, y el dolor que ellos experimentan por su pérdida.

* 1. **IMPACTO EMOCIONAL POR LA MUERTE DE UN BEBÉ EN GESTACIÓN**

La muerte de un bebé o en gestación es quizás uno de los hechos más dolorosos en la vida de una persona, no solo por el alto impacto emocional que genera en sí mismo la muerte de un hijo , sino porque en estos tiempos aún representa un tabú a nivel socio-cultural (Claramunt, Alvarez, Jové y Santos, 2009), se silencia y se evita hablar de ello, reduciéndose a un evento físico o fisiológico que es atendido en las instituciones de salud, sin que se otorgue importancia a la dimensión emotiva de la madre y el padre que experimentan dicha vivencia , y que llegan incluso a ser objeto de tratos indignos, deshumanizantes que pueden afectar la correcta evolución del duelo , es decir su salud mental.

Como ejemplo de ello se encuentra la situación identificada por la Fundación JIC Apoyo ante la Muerte Gestacional y Neonatal en Bogotá, que recibe de forma permanente casos en donde los padres en duelo manifiestan que sus bebés fallecidos fueron tratados como simples restos biológicos, olvidando la dignidad inherente por ser una vida, y el sufrimiento que los padres están enfrentando por la pérdida de su hijo.

Valga anotar que de acuerdo a la información recogida por JIC Fundación de Apoyo ante la Muerte Gestacional y Neonatal, dependiendo del tiempo de gestación y de las políticas de cada institución de salud, los cuerpos son entregados o no a sus padres para su posterior inhumación, lo que hace muy complejo la elaboración del duelo. Sumado a la imposibilidad de que sean reconocidos por su nombre o inscritos en el registro de fallecimientos del Registro Civil, invalidando absolutamente su maternidad y paternidad.

Conforme lo indica López A.P. (2010):

*“Cuando se produce una pérdida durante el embarazo, la vida y la muerte caminan juntas. Es una paradoja para la que nadie está preparado y por eso es tan delicado saber qué decir o hacer. Tampoco existen rituales religiosos que legitimen, faciliten y reconforten a los progenitores. Los familiares y amigos evitan hablar del tema por temor a causar más dolor que beneficio. Mientras, los padres viven su experiencia en soledad.*

*La experiencia clínica demuestra que, tras la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta shock e insensibilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad. Siente añoranza y tiene conductas de búsqueda, con irritabilidad, labilidad, debilidad y sentimientos de culpa. Algunas mujeres refieren oír el llanto del bebé o sentir sus movimientos en el vientre. Aparece posteriormente la desorientación y desorganización de la vida cotidiana, con sensación de vacío y desamparo. Se sienten desautorizados para estar en duelo, temen enfermar y deprimirse. Estos fenómenos comienzan cuando todo el mundo se sorprende de que no lo haya "superado", pues "hay que seguir adelante"... y tener otro hijo. Finalmente se produce una reorganización, en la que sin olvidar la pérdida, se rehace la vida y se recupera la capacidad de disfrutar.***[[2]](#footnote-2)**

En el mismo sentido Aiyelaagbe, Scott, Holmes, Lane, & Heazell, A. E. P. (2017), indican que los efectos de la muerte de un bebé tiene implicaciones biomédicas y psicológicas profundas en los padres dolientes, y Cacciatore, J. (2017), indica que los efectos sociales y emocionales de la muerte en perinatal son relevantes, y muchas familias informan niveles clínicos de síntomas de ansiedad, depresión y estrés post- traumático al menos cuatro años después de la pérdida. Por su parte Fonseca-Gonzalez (2010) [citado por Páez-Cala ML, Arteaga-Hernández LF., 2019] indica que una atención y acompañamiento deficiente a los padres durante el proceso de muerte de su bebé, les puede ocasionar graves efectos emocionales[[3]](#footnote-3) que a su vez pueden desencadenar la pérdida de la salud física y psicológica.

La pérdida gestacional es una experiencia indescriptible para los padres, difícil de asimilar, dado que los bebés representan el inicio de la vida y no el final. Tras sufrir una pérdida se ponen en marcha una serie de tareas, es lo que se denomina proceso de elaboración del duelo.

El duelo es la respuesta normal y saludable a una pérdida. Los padres experimentan las mismas reacciones que las observadas en otras situaciones de duelo, como sentimientos de vacío interior, culpabilidad, irritabilidad, pena abrumadora, temor a un nuevo embarazo, rabia, incredulidad y apatía. Un 20% de las madres sufren algún trastorno psicológico como depresión o ansiedad hasta un año después de la pérdida, pudiendo desarrollar desórdenes psiquiátricos que pueden afectar en embarazos posteriores y en la relación con el siguiente bebé.[[4]](#footnote-4)

Cuando una pareja sufre la muerte de su bebé en gestación, queda frente a una las situaciones más duras que pueden atravesar, todas esas ilusiones, todo ese amor dado, los planes proyectados, los sentimientos se deshacen en cuestión de minutos. Tanto el hombre como la mujer quedan inmersos en un vacío emocional que trae consigo consecuencias psicológicas que deben ser profesionalmente tratadas, y en donde el hecho de poder recordar y validar a su hijo, poder sepultarlo o cremarlo, tener la atención y acompañamiento adecuado durante y posterior a la muerte, y contar con el tiempo necesario de recuperación antes de reintegrarse laboralmente, representan factores de gran relevancia en el proceso de integración de la pérdida y asimilación de lo sucedido.

* 1. **ANTECEDENTES SOBRE EL REGISTRO DE MUERTES GESTACIONALES A NIVEL MUNDIAL**

Son varios los países que a nivel mundial y sobre todo de Latinoamérica han incorporado o han intentado incorporar en su ordenamiento jurídico la creación del Registro de bebes muertos en gestación, como una medida para dignificar la perdida de una vida, la cual permita a los progenitores recordar con un nombre y los correspondientes apellidos a ese ser que nunca llegó, entre los casos más representativos se encuentran:

**España:** Consagrado en el Art 45 de la ley de Registro Civil y Disposición 4 Ley 20/2011, del Registro Civil que establece que *“Figurarán en un archivo del Registro Civil, sin efectos jurídicos, los fallecimientos que se produzcan con posterioridad a los seis meses de gestación y no cumplieran las condiciones previstas en el artículo 30 del Código Civil, pudiendo los progenitores otorgar un nombre*.” Se denominan “criaturas abortivas”. (Decreto de 14 de noviembre de 1958 por el que se aprueba el Reglamento de la Ley del Registro Civil).

**Paraguay:** Con el lema *“Las emociones llegan al cielo”,* a través de la ley N° 5.833/2017 que entró en vigencia en octubre de 2018, se hizo posible inscribir con nombre y apellido en el libro de defunciones del Registro Civil a los bebés que fallecieron tanto antes, como durante o después del parto. El proyecto de ley le permite a los progenitores con el correspondiente certificado médico darle un nombre y un apellido a los bebes que murieron antes de nacer.

**Chile:** Con el lema *“Tu nombre es mi recuerdo”,* a través de la ley N° 21.171 la cual modifica la ley N° 4.808, sobre registro civil, se creó un catastro nacional de mortinatos, facilitando su individualización y sepultación, permitiéndole a los padres dignificar e individualizar a sus bebes con un nombre y un apellido. El proyecto de ley fue una iniciativa presentada por el ejecutivo en cabeza del presidente Sebastián Piñera.

**Guatemala:** Existe el “Registro de Mortinatos”, de carácter voluntario y permite el registro de la muerte sucedida en cualquier momento de la gestación.(Acuerdo de Directorio Número 104-2015 del Registro Nacional de las Personas y sus reformas Art 16 # 13.6)

**Panamá:** Actualmente se encuentra en trámite legislativo el proyecto de ley 018 de 2019, que tiene como objeto crear el registro de concebidos no nacidos dentro del Registro Civil en todo el territorio nacional, con el propósito de dignificar e individualizar a los niños que no alcanzaron a nacer. En febrero de 2020 fue aprobado en primer debate.

**En Alemania,** en marzo de 2019 culmino el trámite del proyecto de ley que modifica la Ley del Estado Civil (Personenstandsgesetz), artículo 21 N° 2, permitiendo inscribir el nacimiento de bebés sin vida a bebes no nacidos o como le denominaron “niños que están en las estrellas*”* en el registro del estado civil. La norma también dispone que se podrá incorporar al registro el primer nombre y el apellido del niño o niña, a petición de uno de los padres o de una persona que haya prestado su atención personal al momento del nacimiento. El trámite del proyecto fue impulsado por la Ministra de familia y la Ministra de interior, como un reconocimiento a la vida y al dolor de los padres que sufren esta lamentable experiencia. Es de resaltar que la iniciativa fue considerada por el clamor de miles de familias que aclamaban poder individualizar a sus bebes perdidos antes de nacer.

**Argentina,** en 2014 por impulso de la ONG argentina "Era en abril" la diputada kirchnerista de Río Negro María Emilia Soria presentó un proyecto de ley que creaba el registro especial de concebidos no nacidos, el proyecto fue aprobado en la Comisión de Legislación General, pero nunca fue puesto en agenda por la Comisión de Salud, en marzo de 2018 fue nuevamente radicado. Esta iniciativa fue la base para los proyectos de Paraguay y Chile.

**Francia,** mediante decreto presidencial abrió la posibilidad a las familias de los niños que nazcan muertos independiente del tiempo de gestación, puedan ser inscritos en el registro civil y en el libro de la familia, para de esta forma darles un tratamiento funerario dignificante.

**Austria** se convirtió en el primer país europeo en permitir que los padres de los niños fallecidos antes de nacer puedan inscribirlos en el Registro Civil.

* 1. **REGISTRO CIVIL EN COLOMBIA**

Se podría decir que el primer acto jurídico de las personas es la inscripción en el registro civil de nacimiento, con dicho acto las personas comienzan a ejercer su derecho a un nombre y a la nacionalidad, evento necesario para iniciar a disfrutar de los derechos fundamentales.

El Congreso de la República, en uso de sus funciones, expidió la ley 8 del 04 de noviembre de 1969 decidiendo, entre otros asuntos, facultar al Presidente de la época para que expidiera “*El Estatuto del Registro del Estado Civil de las personas, con señalamiento de los hechos y actos sometidos a inscripción, los funcionarios encargados de este registro, la manera cómo deben llevarlo, los efectos de la anotación, el procedimiento para correcciones de las partidas, el arancel y el mérito probatorio de las actas, copias y certificados”.*

En cumplimiento de las facultades otorgadas por la ley, el gobierno expidió el Decreto Ley 1260 de 1970, mediante el cual se reformó la ley 92 de 1938 asignando a la Superintendencia de Notariado y Registro la responsabilidad de ser la oficina central de registro, a donde debía ser enviada una copia de toda inscripción hecha en el registro, responsabilidad que no duró mucho tiempo en cabeza de dicha Superintendencia, por cuanto en el año 1985 la ley 96 estableció que de manera gradual la función de llevar el registro civil pasaría a la Registraduría Nacional.

La Constitución Política de 1991 trajo consigo en el inciso tercero del artículo 266, en relación al Registrador Nacional, lo que sigue:

*“Ejercerá las funciones que establezca la ley, incluida la dirección y organización de las elecciones, el registro civil y la identificación de las personas, así como la de celebrar contratos en nombre de la Nación, en los casos que aquella disponga.”* (Subrayado fuera de texto).

Al ser el nacimiento el primer hecho que da origen al registro civil, no se tienen en cuenta en el registro, al menos en este momento, las pérdidas gestacionales, lo que lleva a que ese bebé sea no sea visto con valor para la sociedad.

Es por esto que, sin crear derechos civiles ni de sucesión, lo que se pretende es llevar un registro voluntario que permita dignificar e individualizar a los bebés muertos en gestación.

* 1. **ANTECEDENTES CON RESPECTO A LA ENTREGA DEL CUERPO DE UN BEBÉ MUERTO EN GESTACIÓN.**

Con el fin de garantizar derechos fundamentales de los progenitores del concebido y muerto en gestación, así como contribuir en la dotación de herramientas que les permita un mejor afrontamiento del duelo, desde la dignificación, la validación, el respeto, y el cuidado de su salud mental, se propone la obligación a la institución prestadora del servicio de salud que atendió el caso, de entregar el cuerpo del concebido y muerto en gestación.

A continuación se presenta un análisis normativo que permite conocer el estado del arte, sobre la procedencia de entregar el cuerpo del concebido y muerto en gestación.

Ley 9 de 1979, señala en su artículo 520, la exigencia de presentación del Certificado Individual de Defunción, como condición indispensable para expedir la Licencia de Inhumación; en artículo 523 establece el contenido del Certificado de Muerte Fetal, indicando: *“(…) d) Una cuarta parte destinada a consignar los siguientes datos: número de registro del certificado de muerte fetal al cual corresponderá el de la Licencia de Inhumación, lugar y fecha del registro, autoridad que hace el registro y expide la Licencia de Inhumació*n”.

La misma norma en su artículo 526, establece que el Ministerio de Salud deberá: “*(…) c) Exigir la presentación del certificado de muerte fetal como condición indispensable para expedir la correspondiente licencia de inhumación;”*

El Ministerio de Salud en su Resolución No. 5194 de 2010, relaciona los requisitos para la inhumación de cadáveres, en su artículo 17: “Para la inhumación de cadáveres se deben presentar a la administración del cementerio los siguientes documentos: 1. Certificado de defunción. 2. Licencia de inhumación expedida a nivel municipal por alguna de las siguientes entidades: Alcaldía, Secretaría de Salud o Inspección de Policía.

Así mismo, el Ministerio de Salud en conjunto con el DANE han expedido la Circular Conjunta 037 de 2015, donde señalan que *“la certificación de muerte fetal el certificado físico o certificado electrónico, es un registro médico que tiene propósitos exclusivamente estadísticos sanitarios y demográficos, y por Ley no es objeto de registro civil. Sólo cuando los deudos (padres) por razones de credo u otro motivo, desean realizar un rito de inhumación (de la decidua, restos ovulares, fetos y mortinatos), y mediando una solicitud expresa, el médico expide copia física del Certificado de Defunción Antecedente, únicamente con el propósito de obtener la Licencia de Inhumación/Cremación, de conformidad con lo establecido en la Ley 9 de 1979 y la Resolución 5194 de 2010”.*

Así las cosas, el sistema jurídico existente establece la obligación de expedir ante la muerte, el Certificado de Defunción y con este Licencia de Inhumación, permitiendo así dar un trato final a los restos según corresponda con las creencias y deseos de cada quien.

Si bien esta obligación también aplica para el concebido y muerto en gestación y la Circular conjunta No. 037 de 2015 señala la procedencia de expedición del Certificado de Defunción el propósito de obtener la Licencia de Inhumación/Cremación, en la mayoría de los casos la institución prestadora del servicio de salud, hace caso omiso a este mandato negándose a expedir dichas certificación y sin estas imposible la entrega del “*cuerpo, restos ovulares, fetos y mortinatos*” a los progenitores para dar el tratamiento de acuerdo a sus creencias, o expidiéndolas no hacen entrega de los restos, violentándose así, los derechos fundamentales a la libertad de conciencia (artículo 18 CP) y libertad de cultos (artículo 19 CP).

Los Decretos 2676 de 2000 y el Decreto 351 de 2014, que señalan que los residuos o desechos quirúrgicos son de riesgo biológico infeccioso por tener agentes patógenos como microorganismos, siendo peligrosos ya que pueden causar enfermedades en seres humanos y animales, para los cuales se ha establecido un procedimiento para su desactivación al fin de que no generen riesgos para la salubridad pública; Y teniendo en cuenta la remisión que el artículo 12 del Decreto 351 de 2014, hace al Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en los Servicios de Salud y otras Actividades, la desactivación de los residuos anatomopatológicos, se realizan de la siguiente forma: *“Una vez generados los residuos anatomopatológicos, se depositan en doble bolsa roja, se anudan o amarran de tal forma que se garantice contención suficiente de los residuos, se etiquetan y se depositan en caneca plástica de color rojo, con tapa e identificada con el anagrama de riesgo biológico y el tipo de residuos que contiene. Previo a su almacenamiento central de residuos pueden desactivarse aquellos residuos anatomopatológicos provenientes de procedimientos con microorganismos del grupo de riesgo 2 y 3 mediante autoclave, para aquellos residuos altamente infecciosos se deberá evitar retirar de las áreas respectivas sin realizar este procedimiento. Posteriormente, estos residuos deben estar congelados a una temperatura mínima de -4°C para evitar el derramamiento de líquidos, y entregarse en este estado a la empresa encargada del transporte y tratamiento final (incineración)”*.

Algunas instituciones prestadoras del servicio de salud, amparadas en dichos Decretos **NIEGAN la entrega de cuerpo del concebido y muerto en gestación, señalando que el este es un residuo anatomopatológico** y por donde su obligación es darle el tratamiento señalado en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en los Servicios de Salud; **tratamiento que no contribuye a la dignificación, la validación y el respeto, ni del cuerpo del bebé ni de los padres en duelo**.

La Corte Constitucional en su **Sentencia T-165 de 2013** “*ha reconocido que el derecho de las personas a realizar entierros está estrechamente relacionado con dos derechos fundamentales: la libertad de conciencia (Art 18 C.P), y la libertad de cultos (Art. 19 C.P). El cadáver, los ritos fúnebres y el sepulcro son objetos profundamente cargados de valor simbólico, entre otras cosas, porque permiten que las personas reconozcan “su condición temporal y se sometan a los dictámenes de la naturaleza”* y adelanten el proceso psicológico de duelo.

En este sentido, la Constitución protege y garantiza el derecho de las personas a que, de acuerdo con su conciencia y a las necesidades culturales y sicológicas que de ella se desprenden, puedan disponer de los cadáveres.”

Es así, como esta Corporación accedió al amparo de los derechos de una mujer que debió afrontar la muerte gestacional - muerte intrauterina, de sus gemelos, a las 27 semanas de gestación, indicando que *“(…) su petición es un ejercicio válido de la libertad de cultos y de conciencia, conforme a los cuales un evento central en su vida -como manifestó que era el fracaso de su embarazo-, adquiere un matiz trascendental que tiene que ver con la posibilidad de desarrollar los ritos fúnebres de acuerdo a sus creencias religiosas, y con la tenencia de los cuerpos cerca de su residencia para conservar el recuerdo y los símbolos relacionados con la muerte de estos dos seres. Ambas expresiones son para esta Sala dignos de toda la consideración y respeto y, conforme a las reglas previstas anteriormente, los rituales que se ejercen conforme a estos derechos están plenamente amparados y protegidos por la Constitución.”*

El artículo 43 de la Constitución Política, consagra la protección reforzada de la mujer durante y después de embarazo al señalar, “*La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada*”.

La solidaridad es un principio que exige intervenir a favor de los más desaventajados cuando estos no pueden ayudarse o ejercer por sí mismos vigorosamente la defensa de sus derechos fundamentales. Algunas personas requieren una especial protección constitucional, como niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de gestación o de lactancia, personas cabeza de familia, en situación de discapacidad, de la tercera edad o población desplazada, entre otros, por lo que es proceden el diseño de acciones positivas dirigidas a eliminar o reducir las prácticas discriminatorias en contra de sectores históricamente excluidos denominados sujetos de especial protección constitucional.

Por lo anterior, es procedente el señalamiento expreso en el proyecto de ley, la obligación de toda institución prestadora del servicio de salud que atendió el caso, de entregar el cuerpo del concebido y muerto en gestación a los progenitores para los fines póstumos y de inhumación, de acuerdo a sus creencias.

* 1. **NECESIDAD DE LA EXPEDICIÓN POR PARTE DEL MINISTERIO NDE SALUD, DE UN LINEAMIENTO DE ATENCIÓN AL DUELO POR PÉRDIDA GESTACIONAL Y MUERTE NEONATAL**

El tipo de atención recibida en términos de humanización, abordaje y acompañamiento al duelo en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia, es sin duda uno de los aspectos más críticos para las madres que experimentan la muerte de sus hijos durante la etapa gestacional o neonatal.

De acuerdo con información aportada por JIC Fundación de apoyo ante la muerte gestacional y neonatal, a diario llegan casos en donde quienes afrontaron esta pérdida indican que fueron objeto de tratos deshumanizantes en la atención, en el momento de la muerte del bebé y posterior a ello por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Es preciso indicar que en Colombia no existe un lineamiento nacional que establezca a las instituciones prestadoras de servicios de salud un estándar mínimo de atención y acompañamiento de madres y padres que afrontan la muerte de sus hijos en el proceso de gestación o neonatal. Esto está conllevando a que cada institución y los profesionales de la salud den un manejo distinto. Tampoco existe una oferta de formación para los profesionales de la salud en este ámbito.

Ello está conllevando a que se le dé el manejo que cada Institución defina como correcto sin ningún control por parte de la autoridad sanitaria, y en los casos en que la Institución no existe una guía o lineamiento definido, cada profesional de la salud aborde la situación conforme a sus consideraciones personales, generando en muchos casos, prácticas que no corresponden al concepto de humanización y que no propenden por la dignificación y el cuidado de la salud mental de la madre y el padre que inician su duelo.

En primer lugar se observa que en Colombia se cuenta con el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública frente a mortalidad perinatal y neonatal tardía (Instituto Nacional de Salud, 2016), sin embargo en dicho documento no existe ninguna referencia a pautas de atención de la madre y el padre en duelo en la institución de salud, y únicamente referencia en el procedimiento la realización de una entrevista familiar posterior, con el fin de recopilar datos que lleven a conocer los antecedentes y las causas de la muerte, dejando de lado cualquier referencia al abordaje o acompañamiento del dolor de los padres.

En segundo lugar, se encuentra la Política Pública de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018) expedida por el MSPS, sin embargo, dicha política no hace referencia en ninguno de sus apartes al duelo perinatal o a la forma en que los profesionales de la salud podrían abordar la atención en dichos momentos.

En tercer lugar, si bien el Plan Nacional de Mejoramiento de la calidad en salud (PNMCS) *“(...) reconoce a la humanización como fundamento esencial del Sistema de Salud. Esto implica, centrar su accionar en las personas y plantear la necesidad de que sus agentes enfoquen su misión al cumplimento del derecho fundamental y al fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida en general”* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), en lo que respecta a muerte de un bebé en gestación o en etapa neonatal no existe una guía que desarrolle dicha premisa, oriente o establezca pautas de actuación a los profesionales de salud con respecto a la humanización en la atención y el cuidado del duelo, como si existe respecto de mujeres gestantes, niños y niñas, en donde se brindan pautas para materializar la atención integral en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Por último, si bien fue expedida por el MSPS la Resolución 3280 de 2018 *“por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención para la población materno perinatal*” , en dicho acto administrativo no se contempla ningún aspecto relacionado con la atención cuando se presenta muerte gestacional o neonatal. La única referencia que contempla relacionada con la muerte de un bebé hace relación al procedimiento médico que se lleva a cabo cuando se presenta Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). En ese sentido no existe ninguna referencia al cuidado del duelo y a las prácticas que desde la humanización deben desarrollar los profesionales de la salud cuando muere un bebé.

Reafirmando el impacto social y humano que genera una pérdida gestacional, el cual aumenta si dicha pérdida fue atendida inadecuadamente desde lo emcional, es necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con sus competencias, expida un lineamiento nacional de humanización en la atención y acompañamiento del duelo ante una muerte gestacional y neonatal en las Instituciones Prestadoras de Salud aplicable a todas las Instituciones independiente de su naturaleza privada o pública.

De expedirse este lineamiento estaríamos dando un gran paso como país y como sociedad frente a un problema público que hoy parece invisible, que se presenta a diario, porque si bien aún no es posible evitar o prevenir todas las muertes gestacionales y neonatales, sí es posible que la autoridad sanitaria nacional emita lineamientos en materia de atención en salud y acompañamiento en dichos casos, aplicable a los profesionales e instituciones de salud que tienen a su cargo brindar la atención a madres y padres, de manera que sus intervenciones en lugar de generar un dolor adicional al ya existente, como se evidencia en las entrevistas realizadas, aporten positivamente en la forma como las madres y los padres acompañarán la muerte de sus hijas/hijos, se despedirán de ellos y asumirán su proceso de duelo y recuperación emocional.

* 1. **IMPORTANCIA DEL PROYECTO**

Para la Registraduría Nacional del Estado Civil, de acuerdo a lo indicado en el Decreto Ley 1260 de 1970 y el artículo 90 del Código Civil, en el Registro Civil de Nacimiento *“se inscribe sólo a quien nazca vivo, entendiéndose que para poder registrar a una persona, esta debe encontrarse separada completamente de su madre, por cuanto si no ha sobrevivido un momento siquiera a la separación materna, se reputa no haber existido jamás y en este caso no se puede registrar”.*

Pues bien, es claro que para el derecho civil la existencia legal de las personas comienza no solo con el nacimiento sino con haber nacido vivo, so pena de considerarse como no haber existido jamás.

Sin embargo, y a pesar de lo indicado en el artículo 90 del Código Civil, el mismo texto normativo en su artículo 91 otorga una especial protección a quien está por nacer indicando que:

*“La ley protege la vida del que está por nacer. El juez, en consecuencia, tomará, a petición de cualquiera persona, o de oficio, las providencias que le parezcan convenientes para proteger la existencia del no nacido, siempre que crea que de algún modo peligra”.*

Adicionalmente, la Corte Constitucional ha considerado en muchas de sus sentencias que quienes están por nacer representan valores que son proyegidos, sobre todos en armonía con el derecho a la vida, recordando que la misma ley permite el suspenso de los derechos de quien está por nacer.

Lo anterior, sumado a lo que se ha venido presentando en varios países en cuanto al tratamiento de aquellos bebés que mueren en gestación, nos debe llevar a considerar la posibilidad de legislar en favor de esos seres que no alcanzaron a vivir pero que, así sea en el vientre de su madre, existieron, otorgándole la posibilidad a esos padres de concederle un nombre y llevarlo a un registro que, dicho sea de paso, servirá como herramienta para la creación de políticas públicas para la disminución de la mortalidad infantil y de madres durante el parto.

La realidad nos muestra que cuando se sufre una pérdida gestacional se presentan una serie de consecuencias de tipo psicológico y físico que ameritan un tratamiento especial y particular según el caso.

Mujeres que pierden sus bebés en etapas avanzadas del embarazo y que deben dar a luz a sus hijos muerto ya sea naturalmente o a través de cesárea, no deberían ser tratadas diferentes, para efectos de licencia o incapacidades, respecto de aquellas que tuvieron sus bebés con vida, pues de todas maneras vivieron todos los cambios físicos y emocionales de un embarazo, tuvieron que vivir un trabajo de parto y requieren un tiempo de postparto adecuado para su recuperación física y mental que tardará al menos seis semanas (periodo de postparto).

De acuerdo con Moreno C. et al. (2011):

*“El posparto se define fisiológicamente, como el periodo comprendido entre el final del alumbramiento, hasta la total recuperación del organismo femenino,* ***con aproximadamente seis semanas de duración****, y comprende trasformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas, mediante un proceso involutivo, que tiene como fin, restituir los cambios al estado pre gravídico; Este comprende tres etapas a saber inmediato, mediato y tardío que se caracterizan por la alta prevalencia de complicaciones en la salud de la madre y el recién nacido (1,2). Desde lo psicológico, es la etapa de bienestar y salud emocional de la madre, en la medida en que se siente bien consigo misma durante el tiempo de cambio y transición (3).”[[5]](#footnote-5)*

Lo anterior hace imperativo que como parte de este proyecto, y en garantía de derechos de las en duelo, se entre a revisar también la normatividad laboral, de manera que se posibilite a la mujer el derecho de recuperarse, contando con una licencia por pérdida gestacional que equivalga al tiempo de postparto, esto es 40 días, para lo cual se requiere adicionar dos semanas más a las estipuladas en la licencia actual, definiéndose así un techo de 6 semanas.

**HÉCTOR JAVIER VERGARA SIERRA MAURICIO GÓMEZ AMÍN**

Representante a la CámaraSenador de la República

1. Organización Panamericana de la Salud OMS/OPS Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con La Salud – 10ª REVISIÓN (cie-10). Whashington. Volúmen 2. Edición 2008. [↑](#footnote-ref-1)
2. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio/Ana Pía López García de Madinabeitia [↑](#footnote-ref-2)
3. Dentro de dichos efectos se encuentran los siguientes:

(i) Desórdenes de alimentación y de sueño, así como enfermedades crónicas, y disminución en la calidad de vida (Camacho-Ávila, M. et al., 2019)

(ii) Culpa, vergüenza, arrepentimiento, miedo, estigma y la sensación de querer morir (Davidson, D., 2018).

(iii) Afectaciones para la relación de pareja (Albuquerque, S., Pereira, M., & Narciso, I., 2016), (Davidson, D., 2018), aspecto que no se evidencia en otras tipologías de duelo, lo cual puede verse relacionado con una falta de acompañamiento idóneo (Fonseca-Gonzalez, 2010, citado por Páez-Cala ML, Arteaga-Hernández LF., 2019)

(iv) Cambios y dificultades a nivel familiar relacionados con excesiva sobre protección respecto de hijos sobrevivientes o hijos posteriores (Camacho-Ávila, M. et al., 2019), (Davidson, D., 2018).

(v) Altos niveles de ansiedad para ambos padres, frente a embarazos posteriores (Davidson, D., 2018). [↑](#footnote-ref-3)
4. Artículo de investigación “Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal”. [↑](#footnote-ref-4)
5. Moreno Mojica, Claudia; Rincón Villa Mil, Tania; Arenas Cárdenas, Yuri Marcela; Sierra Medina, Diana; Cano Quintero, Ángela Paola; Cárdenas Pinzón, Deisy Liseth. LA MUJER EN POSPARTO: UN FENÓMENO DE INTERÉS E INTERVENCIÓN PARA LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA Revista CUIDARTE, vol. 5, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 739-747. [↑](#footnote-ref-5)