



Bogotá D.C., julio 28 de 2021
Oficio No. 074-2021 SR

Doctor
GREGORIO ELJACH PACHECO
Secretario General
SENADO DE LA REPUBLICA
Ciudad

Asunto: Radicación del Proyecto de ley “Por medio de la cual se ordena la expedición de un lineamiento de atención integral y humanizada de la muerte y el duelo gestacional y neonatal en instituciones de salud, y se dictan otras disposiciones – “Ley brazos vacíos”

Respetado señor secretario,
Como congresistas de la República y en uso de nuestras atribuciones constitucionales y legales, de manera respetuosa nos permitimos radicar el proyecto de ley de referencia, para lo cual le solicitamos se sirva dar inicio al trámite legislativo respectivo

Atentamente,

MAURICIO GÓMEZ AMÍN
Senador de la República

MARTHA P. VILLALBA HODWALKER
Representante a la Cámara



GABRIEL VELASCO
Senador de la República

JEZMI BARRAZA ARRAUT
Representante a la Cámara

VICTORIA SANDINO SIMANCA HERRERA
Senadora de la República

JOSÉ AULO POLO NARVAEZ
Senador de la República

JUAN FERNANDO REYES KURI
Representante a la Cámara

HORACIO JOSÉ SERPA MONCADA
Senador de la República

FABIAN CASTILLO SUAREZ
Senador de la República

RODRIGO VILLALBA MOSQUERA
Senador de la República

LAURA ESTER FORTICH SÁNCHEZ
Senadora de la República

MANUEL BITERVO PALCHUCÁN CHINGAL
Senador de la República



HECTOR JAVIER VERGARA SIERRA
Representante a la Cámara

RUBY HELENA CHAGÜI SPATH
Senadora de la República
Partido Centro Democrático

ANA MARIA CASTAÑEDA GOMEZ
Senadora de la República

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Representante a la Cámara

SANDRA LILIANA ORTIZ
Senadora de la República

KAREN VIOLETTE CURE CORCIONE
Representante a la Cámara



RICHARD AGUILAR VILLA
Senador de la República

CATALINA ORTIZ LALINDE
Representante a la Cámara
Valle del Cauca

LUIS FERNANDO VELASCO CHAVES
Senador de la República

JUAN CARLOS LOZADA VARGAS
Representante a la Cámara



PROYECTO DE LEY _____ DE 2021

“Por medio de la cual se ordena la expedición de un lineamiento de atención integral y humanizada de la muerte y el duelo gestacional y neonatal en instituciones de salud, y se dictan otras disposiciones – “Ley brazos vacíos”

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

DECRETA

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer la obligación al Ministerio de Salud y Protección Social, de expedir un Lineamiento de atención integral y humanizada de la muerte y el duelo gestacional y neonatal aplicable a todos los actores del sistema de salud en Colombia que tengan a cargo la atención materno perinatal y neonatal y de salud mental, y efectuar el seguimiento a su implementación a través de las Secretarías de Salud distritales, municipales y departamentales, de manera que se garantice en todo momento una atención de calidad a la mujer y las familias que afrontan la muerte de sus hijos/as durante la gestación, el parto o dentro de los primeros 28 días de vida tras el nacimiento, desde la óptica de la humanización, el respeto de la dignidad humana, el cuidado de la salud mental, y la efectividad de los derechos constitucionales y legales de la familia, especialmente de las mujeres que son atendidas en las instituciones prestadoras de servicios de salud-

Artículo 2º. Principios.

2.1. Respeto de la dignidad humana: El Estado reconoce que las mujeres gestantes y sus hijos/as que fallezcan en gestación o dentro de los 28 días posteriores al nacimiento, son un fin en sí mismo y, por tal condición, son merecedores de trato digno y respetuoso por parte de todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.

2.2. Humanización en la atención. La atención en salud a las familias y especialmente a la mujer en duelo por muerte gestacional y neonatal estará centrada en la persona y en la garantía del derecho fundamental a la salud en todas las dimensiones del ser humano (física, mental, emocional, social y espiritual), con respeto a sus creencias, principios y valores. Ninguna familia en duelo por muerte gestacional o neonatal y especialmente la mujer gestante o puérpera, podrá ser objeto de



violencia psicológica o física durante la atención del embarazo, parto o postparto, o mientras su hijo/a se encuentre en cuidados intensivos neonatales. Los prestadores de servicios de salud deberán ofrecer un trato digno, empático y respetuoso a la familia en duelo y especialmente a la mujer y a su hijo/a fallecido/a, durante todo el periodo de atención hospitalaria.

2.3. Autonomía de la mujer: Ninguna mujer podrá ser sometida a procedimientos no consentidos durante la atención médica, el proceso de parto o postparto de su hijo/a fallecido en gestación o durante el parto, salvo que exista un diagnóstico médico que lo justifique cuando se encuentre en riesgo la vida de la mujer o de su hijo/a. Cualquier procedimiento, en estos procesos, estará debidamente acompañado por profesionales capacitados para brindar apoyo en el proceso de duelo inherente.

2.4. Información: La familia en duelo y en especial la mujer que es atendida en instituciones de salud en casos de muerte gestacional o neonatal, tiene derecho a recibir información veraz, comprensible, oportuna, suficiente, adecuada y basada en evidencia, así como apoyo idóneo en duelo, durante toda la atención hospitalaria, relativa a todos los procedimientos, alternativas y trámites con respecto a ella y/o a su hijo/a muerto/a durante la gestación o en la etapa neonatal. Se garantizará la existencia de un proceso de consentimiento informado con claridad, asertividad, oportunidad, cantidad y calidad suficiente, a lo largo de todo el proceso de atención en salud.

2.5. Privacidad: La familia en duelo y en especial la mujer que es atendida en la institución de salud en casos de muerte gestacional o neonatal, tienen derecho a un ambiente de protección, e intimidad, durante las fases de parto, recuperación y el alojamiento hospitalario, los cuales serán parte de un programa de atención en duelo, en estos casos.

2.6. Igualdad: Todas las mujeres y familias que afrontan la muerte de sus hijos/as en gestación o en etapa neonatal, tienen derecho a ser atendidas y acompañadas bajo criterios de humanización, dignidad, respeto y cuidado de su salud física, mental, emocional, social y espiritual, sin ningún tipo de discriminación o diferenciación.

2.7. Promoción y cuidado de la salud mental: La familia en duelo y en especial la mujer que es atendida en las instituciones prestadoras de servicios de salud en casos de muerte gestacional o neonatal tiene derecho a gozar de asistencia psicosocial idónea y calificada durante toda la permanencia en las instituciones prestadoras de servicios de salud y posterior al egreso de la misma, independiente del número de semanas de gestación que tenga el hijo/hija en el momento de la muerte gestacional, o de días de vida en caso de muerte neonatal. Todas las intervenciones que se lleven a cabo deberán garantizar en igualdad de condiciones el cuidado de la salud mental de la mujer que está siendo atendida, lo cual incluye el derecho a obtener acompañamiento en salud



mental en todos los casos de muerte gestacional independiente del número de semanas de gestación o causa de la muerte, así como en caso de muerte neonatal.

2.8. Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos y servicios de salud deberán estar centrados en la familia y la mujer que afronta la muerte de su hijo en gestación o en etapa neonatal, y ser apropiados desde el punto de vista médico y psicológico con altos estándares profesionales, éticos y de calidad. Ello requiere, entre otros, personal de la salud formado en abordaje y acompañamiento del duelo por muerte gestacional y neonatal y una evaluación oportuna durante toda la estancia hospitalaria y después de ella, de la calidad de los servicios ofrecidos y la satisfacción de los usuarios.

2.9. Libertad de creencias y multiculturalidad: La atención de la muerte gestacional y neonatal deberá llevarse a cabo desde un enfoque de derechos y teniendo en cuenta la multiculturalidad del país, de una manera transversal. Es esencial que se tengan en cuenta las necesidades que tiene cada mujer y familia de acuerdo a su propia cosmovisión, creencias, y necesidades culturales y psicológicas, y se garantice el derecho de las personas a una atención que responda a éstas. Toda mujer tendrá derecho a solicitar, cuando así lo desee, la entrega del cuerpo o los restos de su hijo/a fallecido en gestación, siempre que ello sea viable técnicamente, independiente del número de semanas o peso que tuviera al momento de su muerte, y a que le sea informado dicho derecho.

Artículo 3º. Definiciones:

1. Muerte Gestacional. Para efectos de la presente ley, se entenderá por Muerte Gestacional, el cese de las funciones vitales del feto, en cualquier momento de la gestación, 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.

2. Muerte Neonatal: Se considera que ocurre una muerte neonatal, cuando se produce el cese de las funciones vitales del recién nacido, desde el momento del nacimiento y hasta los primeros 28 días de vida postnatal.

3. Duelo por muerte gestacional y neonatal: Para los efectos de la presente ley se entenderá como el proceso adaptativo emocional que afronta una familia cuyo hijo/a ha muerto en gestación, durante el parto o dentro de los 28 días posteriores al nacimiento.

Artículo 4º. Lineamiento de atención en casos de muerte gestacional y neonatal. El Ministerio de Salud, dentro de los 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, deberá expedir, desarrollar y mantener vigente un Lineamiento de atención integral y humanizada de la



muerte y duelo gestacional y neonatal, aplicable por todos los actores del sector salud encargados de brindar dicha atención, que en desarrollo de los principios establecidos en el artículo 2º. de la presente ley, brinde al talento humano en salud un estándar mínimo para la intervención, abordaje y acompañamiento, basados en la evidencia y en las mejores prácticas, en orden a garantizar una atención humanizada, el respeto de la dignidad humana, el cuidado de la salud mental, y la efectividad de los derechos constitucionales y legales de la familia, especialmente de las mujeres gestantes y/o puérperas que son atendidas en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, una vez expedido el Lineamiento de que trata el presente artículo, deberá:

a. Promover la realización de capacitaciones al talento humano en salud, de los servicios de atención ginecobstétrica, Cuidado neonatal en todos los niveles de complejidad: básico, intermedio e intensivo, sobre duelo por muerte gestacional y neonatal y en especial sobre el Lineamiento del que trata el presente artículo.

b. Promover, la inclusión de contenidos sobre duelo por muerte gestacional y neonatal, en los curriculum de pregrados y postgrados en las carreras del sector de la salud, especialmente en las relacionadas con Psicología, Medicina y Enfermería, garantizando en todo momento la autonomía universitaria con que cuenta cada Institución de Educación Superior.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá efectuar el seguimiento a la implementación del Lineamiento de que trata el presente artículo, a través de los entes territoriales, y sus Secretarías Departamentales, Municipales o Distritales de Salud quienes a su vez están en el deber de monitorear y garantizar su implementación en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tanto públicas como privadas, así como gestionar el desarrollo de capacidades de dichas instituciones y competencias del talento humano en salud, directivos y administrativos en la atención humanizada del duelo gestacional y neonatal.

Artículo 5º. Lineamiento interno en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que tengan a su cargo la atención de gestantes y/o recién nacidos, deberán adoptar el Lineamiento que expida el Ministerio de Salud y Protección Social a que hace referencia el artículo 4º. de la presente ley, o generar uno propio, incluyendo, como mínimo, los criterios y parámetros que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en su lineamiento.



Artículo 6°. Día Nacional de la concienciación sobre la muerte gestacional y neonatal. Créase el “Día Nacional de la Concienciación sobre la Muerte Gestacional y Neonatal” que se celebrará el 15 de octubre de cada año.

Parágrafo 1. Se insta a todas las organizaciones públicas y privadas, a promover acciones que sensibilicen e involucren a toda la sociedad en torno al impacto de este tipo de muerte, la necesidad de promover cambios en la atención en salud y la garantía de los derechos de las familias y mujeres en duelo por muerte gestacional y neonatal.

Artículo 7°. Vigencia y Derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga cualquier disposición que le sea contraria.

atentamente,

MAURICIO GÓMEZ AMÍN
Senador de la República

MARTHA P. VILLALBA HODWALKER
Representante a la Cámara

GABRIEL VELASCO
Senador de la República

JEZMI BARRAZA ARRAUT
Representante a la Cámara

**VICTORIA SANDINO SIMANCA
HERRERA**

JOSÉ AULO POLO NARVAEZ
Senador de la República



Senadora de la República

JUAN FERNANDO REYES KURI
Representante a la Cámara

HORACIO JOSÉ SERPA MONCADA
Senador de la República

FABIAN CASTILLO SUAREZ
Senador de la República

RODRIGO VILLALBA MOSQUERA
Senador de la República

LAURA ESTER FORTICH SÁNCHEZ
Senadora de la República

MANUEL BITERVO PALCHUCÁN CHINGAL
Senador de la República

RUBY HELENA CHAGÜI SPATH
Senadora de la República
Partido Centro Democrático

HECTOR JAVIER VERGARA SIERRA
Representante a la Cámara



ANA MARIA CASTAÑEDA GOMEZ

Senadora de la República

NORMA HURTADO SÁNCHEZ

Representante a la Cámara

KAREN VIOLETTE CURE CORCIONE

Representante a la Cámara

SANDRA LILIANA ORTIZ

Senadora de la República

RICHARD AGUILAR VILLA

Senador de la República

CATALINA ORTIZ LALINDE

*Representante a la Cámara
Valle del Cauca*

LUIS FERNANDO VELASCO CHAVES

Senador de la República

JUAN CARLOS LOZADA VARGAS

Representante a la Cámara



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA LA EXPEDICIÓN DE UN LINEAMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y HUMANIZADA DE LA MUERTE Y EL DUELO GESTACIONAL Y NEONATAL EN INSTITUCIONES DE SALUD, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES – “LEY BRAZOS VACÍOS”

1. ANTECEDENTE TRÁMITE DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA.

El presente proyecto de ley *“Por el cual se ordena la expedición de un lineamiento de atención integral y humanizada de la muerte y el duelo gestacional y neonatal en instituciones de salud, y se dictan otras disposiciones” – “Ley Brazos Vacíos”* fue radicado el día 6 de abril de 2021 por los honorables Senadores Mauricio Gómez Amín, Gabriel Velasco, Fabián Castillo Suárez, José Aulo Polo, Victoria Sandino Simanca, y las honorables Representantes a la Cámara Martha P. Villalba y Jezmi Barraza Arraut. El proyecto y su exposición de motivos fueron publicados en la Gaceta 282 de 2021 del Senado de la República. El 20 de abril del presente año el Honorable Representante Juan Fernando Reyes Kuri se adhirió al proyecto como consta en la Gaceta 338 de 2021 (Senado).

Posteriormente, el proyecto de ley fue remitido a la Comisión Séptima Constitucional Permanente en donde se designaron como ponentes de la presente iniciativa legislativa a los Honorables Senadores Laura Ester Fortich (Coordinadora), Nadya Blel Scaff, Gabriel Jaime Velasco, Fabián Gerardo Castillo, José Ritter López, Jesús Alberto Castilla, Manuel Bitervo Palchucan Chingal, Victoria Sandino, José Aulo Polo y Aydeé Lizarazo Cubillos. Sin embargo, debido a que la legislatura se encontraba próxima a finalizar y al alto número de proyectos de ley a debatir en la dicha comisión, no se logró dar el respectivo trámite legislativo, por lo que el proyecto fue archivado.

2. PROBLEMA LEGISLATIVO A RESOLVER.

Este proyecto de ley es de suma importancia para el país, en tanto recoge y busca dar solución a una problemática de salud pública que requiere resolución: La baja calidad de la atención en salud que se está brindando en instituciones prestadoras de servicios de salud a la mujer y las familias que afrontan la muerte de sus hijos/as en gestación o en el periodo neonatal, **en términos de prácticas contrarias a la humanización, la dignidad y el cuidado de la salud mental**, así como las inequidades que ello genera, desde sus mismos determinantes, que son a saber:

- i) Inexistencia de un instrumento legal o lineamiento nacional en Colombia que establezca puntualmente a las instituciones prestadoras de servicios de salud un estándar mínimo



de atención integral y acompañamiento en casos de muerte y duelo gestacional y neonatal.

- ii) Inexistencia en la mayoría de Instituciones prestadoras de servicios de salud de Colombia, de un lineamiento o guía de atención integral y específica de la muerte y el duelo gestacional y neonatal y tampoco están obligadas a adoptarlos.
- iii) El talento humano en salud a cargo de la atención en casos de muerte gestacional y neonatal no cuenta con formación en abordaje del duelo por muerte gestacional y neonatal.

Todo lo cual hace que el tipo de atención que se brinda en los hospitales y clínicas de Colombia, quede al criterio subjetivo de cada profesional de la salud, generando intervenciones y prácticas inadecuadas e incluso violatorias de derechos y creadoras de desigualdades materiales para las mujeres y familias que afrontan la muerte de su hijo/a en gestación o etapa neonatal, las cuales se encuentran en una situación muy vulnerable especialmente en el momento que le sigue a la muerte de su hijo/a .

Se requieren cambios sistémicos de base y formación para el talento humano en salud.

3. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY.

El presente proyecto de ley que se pone a consideración del Honorable Congreso de la República tiene por objeto:

1. Establecer al Ministerio de Salud y Protección Social la obligación de expedir en el marco de sus competencias, un Lineamiento de atención integral y humanizada de la mujer y la familia en casos de muerte y duelo gestacional y neonatal, aplicable a todos los actores del sector salud encargados de brindar dicha atención, que en desarrollo de los principios de respeto de la dignidad humana, humanización en la atención, autonomía de la mujer, privacidad, igualdad, promoción y cuidado de la salud mental, calidad e idoneidad profesional, libertad de creencias y diversidad cultural, brinde al talento humano en salud un estándar mínimo para la intervención, abordaje y acompañamiento de dichos casos, con base en la evidencia y en las mejores prácticas, en orden a garantizar una atención humanizada, el cuidado de la salud mental, y la efectividad de los derechos constitucionales y legales de la familia, especialmente de la mujer y de su hijo/hija atendidos en las instituciones prestadoras de servicios de salud



2. La obligación para las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas, de adoptar el lineamiento expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, o generar uno propio, incluyendo, como mínimo, los criterios y parámetros de atención que defina el Ministerio en el lineamiento que emita.

3. La creación del día nacional de la Concienciación de la muerte gestacional y neonatal, en Colombia.

4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY.

Este proyecto de ley parte de las evidencias y resultados de la investigación denominada *“Humanización en la atención ante una muerte gestacional y neonatal: Recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social para la construcción de un lineamiento.”*¹ la cual contó con la supervisión de la Dra. Ana María Peñuela, Asesora del Despacho del Ministro de Salud y Protección Social, así como de la evidencia empírica y científica recopilada por el autor del proyecto el Senador Mauricio Gómez Amín, y la información aportada por la entidad sin ánimo de lucro JIC Fundación de apoyo ante la muerte gestacional y neonatal.

De acuerdo con el informe *“Una tragedia olvidada: La carga mundial de la mortalidad fetal”* (UNICEF, 2020), cerca de dos millones de bebés nacen muertos cada año –o uno cada 16 segundos. El informe concluye que, si continúan las tendencias actuales, se producirán otros 19 millones de mortinatos antes de 2030. También podrían ocurrir más de 200.000 mortinatos adicionales durante los próximos 12 meses en 117 países de ingresos bajos y medianos debido a las graves afectaciones relacionadas con el COVID en los servicios de atención médica.

La pérdida de un bebé en gestación o al poco tiempo de nacer va mucho más allá de la pérdida de la vida. Tiene un impacto traumático y duradero en las mujeres y las familias de todo el mundo, que padecen un profundo sufrimiento psicológico y el estigma de su entorno social.

Al respecto el director de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha afirmado:

¹ Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020) en *“Humanización en la atención ante una muerte gestacional y neonatal: Recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social para la construcción de un lineamiento.”* Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno. Trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Gestión Pública. Mayo de 2020. Bogotá D.C. En: <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/48643/u833249.pdf?sequence=1>



“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”.

(...)

La tragedia de la mortalidad fetal demuestra la importancia de reforzar y mantener los servicios esenciales de la salud (...).²

En ese sentido, adquiere vital importancia darle no solo visibilidad a un hecho que es poco reconocido y validado, como es el intenso dolor que produce la muerte de un hijo en gestación o al poco tiempo de nacer, sino además garantizar unos derechos mínimos a la mujer y la familia en duelo para que cuando sean atendidos en las instituciones prestadoras de servicios de salud, no se generen afectaciones emocionales adicionales a la ya existente y puedan afrontar esa circunstancia dolorosa de una manera digna, respetuosa, teniendo como premisa fundamental el cuidado de su salud mental.

La Carta Política establece la garantía de acceso para todas las personas a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y explícitamente dispone que la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades, y **que la mujer durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado**, quien tiene la obligación de promover la igualdad real y efectiva de las personas que por su condición se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta.

Mientras en Colombia sigan ocurriendo muertes gestacionales y neonatales, como se ve en las estadísticas que presentaremos más adelante, es deber de la autoridad nacional competente en materia de política pública en salud, esto es, el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizar a la mujer y las familias que afrontan dicha situación una atención integral en salud y de calidad, que sea respetuosa de sus derechos y valores, lo cual a la fecha no está sucediendo, como ya se precisó es el problema jurídico a resolver.

Por esta razón resulta urgente hacer correctivos y establecer una política pública para trazar un lineamiento nacional y unos estándares de educación del talento humano en salud sobre este tema, que se traduzcan en mejoría de la atención en salud no solo desde el punto de vista tecnocientífico sino desde la perspectiva de humanización.

² OMS. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. Recuperado el 17 de marzo de 2021 En: <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2020-one-stillbirth-occurs-every-16-seconds-according-to-first-ever-joint-un-estimates>



De aprobarse esta iniciativa legislativa, estaríamos dando un gran paso como país y como sociedad frente a un problema de salud pública que hoy se presenta en todo el país, y que hasta la fecha se encuentra desatendido, logrando con ello:

1. Mejorar la calidad de la atención en salud, desde la perspectiva de la humanización, dignidad, respeto y cuidado de la salud integral con énfasis en la salud mental y la dimensión espiritual y social de las familias y mujeres que afrontan la muerte de sus hijos/as en gestación o en etapa neonatal, en las instituciones de salud del país.
2. Estandarizar y garantizar una atención equitativa a las familias y las mujeres en duelo por muerte gestacional y neonatal, en las diferentes instituciones de salud del país, a través de un instrumento de política pública basado en la evidencia.
3. Minimizar el riesgo de secuelas psicológicas en las familias y las mujeres que afrontan muerte gestacional y neonatal, asociados al tipo de atención recibida en la institución de salud en el momento de la muerte, favoreciendo con ello una adecuada elaboración del proceso de duelo, todo lo cual está sustentado en evidencia científica.
4. Garantizar en el momento de la atención en salud, la efectividad de los derechos humanos, constitucionales y legales de las familias y las mujeres en duelo por muerte gestacional y neonatal.
5. Generar conciencia y visibilidad en la ciudadanía y las organizaciones públicas y privadas, sobre el impacto que tiene la muerte gestacional y neonatal en las familias y la mujer.

Por último, es importante precisar que el proyecto ha sido denominado “Brazos Vacíos”, por cuanto es la manera como alrededor del mundo, las mujeres y familias cuyo hijo/a ha muerto en gestación o en etapa neonatal describen el dolor y la soledad que sufren ante la pérdida, lo cual es agravado por la invisibilización, poca validación y deficiente atención del entorno social y sobre todo sanitario.³

5. CONSIDERACIONES DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA

³ https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/05/Brazos_vacios.pdf
<https://bideginduelo.org/wp-content/uploads/2018/03/6-Duelo-perinatal.pdf>
<https://www.reporteindigo.com/piensa/sociedad-dia-madres-sindrome-brazos-vacios-muerte-hijo/>
<https://duelogestacionalyperinatal.com/2017/05/09/el-dia-de-la-madre-cuando-tienes-los-brazos-vacios/>
<https://saludprimero.mx/2020/05/08/madres-de-brazos-vacios-la-maternidad-invisible/>



El presente proyecto de ley se sustenta en las evidencias de la investigación denominada “Humanización en la atención ante una muerte gestacional y neonatal: Recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social para la construcción de un lineamiento.” Reporte de consultoría realizado por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020) para optar por el título de Magíster en Gestión Pública de la Universidad de los Andes, el cual contó con la supervisión de la Dra. Ana María Peñuela, Asesora del Despacho del Ministro de Salud y Protección Social.

Adicionalmente este proyecto se sustenta en: i) Evidencia empírica y científica recopilada para los efectos del presente proyecto, por la UTL del Senador Mauricio Gómez Amín. ii) Información estadística y experiencias aportadas por la entidad sin ánimo de lucro JIC Fundación de apoyo ante la muerte gestacional y neonatal, que actualmente brinda en Colombia y Latinoamérica acompañamiento a familias en duelo por la muerte de sus hijos/as en gestación o en el periodo neonatal.

5.1. AGREMIACIONES, ACADÉMICOS, CIENTÍFICOS Y EXPERTOS QUE AVALAN EL PROYECTO DE LEY

Esta iniciativa legislativa cuenta con la revisión y el aval de los siguientes académicos y expertos del sector salud, en el área de psicología, neonatología, ginecología y enfermería, que han determinado la idoneidad y pertinencia del mismo, los cuales consideramos de suma importancia citar:

5.1.1. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA (ASCON)

Hemos revisado en forma completa y detallada el Proyecto de Ley Brazos Vacíos: Por medio de la cual se ordena la expedición de un lineamiento de atención integral y humanizada de la muerte y el duelo gestacional y neonatal en instituciones de salud, y se dictan otras disposiciones. Como representantes de la Asociación Colombiana de Neonatología manifestamos nuestro apoyo al mismo teniendo en cuenta que:

La atención integral y humanizada de la muerte y el duelo por muerte gestacional y neonatal, es una pieza fundamental en el proceso de atención materno-perinatal. Trazar una política pública que normatice este asunto permitirá homogeneizar la calidad de atención que proveemos a estos pacientes y sus familias y fundará las bases para la atención respetuosa de los derechos humanos, que nuestros pacientes y sus familias merecen en un momento tan sensible como éste. Así mismo permitirá crear espacios formales para educar al personal sanitario sobre este tema, de acuerdo a su rol y nivel de responsabilidad dentro de los equipos al cuidado de la salud.

(...)



Si bien resulta paradójico que el personal sanitario deba recibir entrenamiento en humanización del cuidado en salud. La realidad es que el rápido avance de la tecnomedicina, lamentablemente en ocasiones nos desconecta de la esencia de nuestras profesiones sanitarias que es el “cuidado integral del ser humano” con profesionalismo, empatía y compasión. La “Ley Brazos Vacíos” contribuirá a afirmar el respeto a la vida humana y a la dignidad humana a lo largo de todo el ciclo vital.”

5.1.2. Ob/Gyn. Susana Bueno Lindo⁴:

“El concepto de humanización en la atención perinatal, indudablemente nos conecta como profesionales de la salud, con nuestra propia humanidad. Una de las situaciones más difíciles a las que nos vemos enfrentados, es acompañar ese otro lado de la gestación y del nacimiento: el de la muerte perinatal.

*Muchas veces el dolor que vive la madre y la familia ante la muerte de su bebé, nos conecta con nuestro propio dolor y con nuestras experiencias personales de duelo a lo largo de nuestra vida. **Bien sea por ello, o por la carencia de competencias en cómo contener emocionalmente en esta experiencia a nuestras “pacientes”, es un tema que se invisibiliza y que lamentablemente en muchas ocasiones deriva en un trato deshumanizante hacia las mujeres y sus familias dentro de las instituciones de salud.”***

5.1.3. Phd. Ps. Juanita Cajiao Nieto⁵:

“(…) La muerte gestacional y neonatal es un evento frecuente pero invisibilizado (...) Para las familias que deben afrontar la muerte de sus hijos/as in útero, durante el parto o en los primeros días tras el nacimiento, la elaboración del duelo como proceso psicológico normal de transformación del dolor por la pérdida, se hace mucho más complejo.

*(...) **No obstante desde los servicios de salud, la actitud y la manera en que el evento es acompañado, reconocido y validado, por un lado dignifica al bebé fallecido (independientemente de su edad y condición) y por el otro ofrece a los dolientes la posibilidad de ser reconocidos en su pérdida y apoyar el proceso psíquico posterior, en el que se elabora la pena, previniendo complicaciones de salud mental.”** (Negrilla y subrayado fuera de texto)*

5.1.3. Phd. Myriam Patricia Pardo Torres⁶:

⁴ Médica Ginecobstetra. Consultora nacional para la humanización del parto. Docente universitaria en el área de humanización en la atención perinatal. Directora del primer “Diplomado Parto Humanizado y Seguro, una mirada integral y basada en la evidencia” con la Fundación Universitaria Ciencias de la Salud (FUCS) dirigido a profesionales de la salud. Conferencista a nivel nacional sobre humanización del parto. Voluntaria de ASOREDIPAR (Asociación de la red interétnica de Parteras y Parteros del Chocó). Doula.

⁵ Psicóloga (Universidad de los Andes), Doctora en Medicina e investigación traslacional (Universidad de Barcelona), especialista en Psicología de la parentalidad durante el desarrollo de la (Universidad de Padua-Italia), Máster en psicología y psicopatología perinatal e infantil (Universidad de Valencia- España). Con más de 15 años de experiencia en el trabajo clínico, educativo y social con familias, bebés y profesionales de la primera infancia. Experta en duelo gestacional y neonatal.



*“A partir de mi formación académica y la experiencia en escenarios en los que la familia en gestación se ve enfrentada en algunas ocasiones al duelo por muerte gestacional o neonatal, **considero que estábamos en mora por parte del sector salud de elevar una propuesta de este tipo, la cual redundara en el fortalecimiento de los procedimientos de la ruta materno perinatal de la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, además de orientar la elaboración de guías de atención integral para la madre y la familia en duelo por muerte gestacional y neonatal al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud y en consecuencia obligará a las instituciones formadoras del recurso humano en salud a cualificar la formación en la temática y contribuirá a afirmar el respeto a la vida humana y a la dignidad del ser humano en el ofrecimiento del servicio de atención en salud.**”*

5.1.4. Ps. Paulo Daniel Acero Rodríguez⁷:

*“En mi calidad de psicólogo y tanatólogo que, por alrededor de 30 años, he estado cerca y acompañando y apoyando el proceso de duelo de las familias que pierden hijos en proceso de gestación o durante el periodo neonatal, **tengo plena certeza, basada no solo en mi experiencia investigativa sino de ejercicio profesional, que mucho se podría hacer en los escenarios de salud, si los profesionales que atienden a estas mujeres y sus familias que viven esta extrema experiencia dolorosa, estuvieran formados y contarán con competencias para acompañar estos eventos, desde el mismo ejercicio de transmitir la noticia, hasta generar un ambiente de acogida y apoyo adecuado al duelo que se deriva.**”* (Negrilla y subrayado fuera de texto)

5.1.5. MD. María Azucena Niño Tovar⁸:

⁶ Enfermera, Doctora En Ciencias de la Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Habana, Especialista en Enfermería Materno Perinatal Universidad Nacional de Colombia. Actualmente profesora asociada Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá.

⁷ Psicólogo (Universidad Nacional de Colombia), especialista en resolución de conflictos (Universidad Javeriana), Máster en Integración de personas con discapacidad (Universidad de Salamanca), Tanatólogo (Instituto Superior de Teología Pastoral – Puerto Rico), Formado en Trauma y Resiliencia Hebrew University of Jerusalem, investigador principal del grupo muerte y duelo de la Universidad Manuela Beltrán, Director Ejecutivo de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología en el Colegio Colombiano de Psicólogos – Colpsic, autor de más de 11 libros sobre duelo, resiliencia y estrés traumático dentro de los que figura “La vida después de la muerte de un hijo” (2018). Miembro American Academy of Experts in Traumatic Stress. Miembro Red Mundial de Suicidiología.

⁸ Médica y cirujana, Especialista en Pediatría (UIS), Especialista en Neonatología (Universidad del Valle), Especialista en Bioética (Universidad El Bosque), Especialista en Bioética Pediátrica (Children’s Mercy Bioethics Center en afiliación con Universidad de Missouri, Kansas City), Profesora Dpto. Pediatría de la Universidad Industrial de Santander, Coordinadora del Comité de Ética de la Asociación Colombiana de Neonatología (ASCON) desde 2019, neonatóloga del Hospital Universitario de Santander y Neonatóloga bioeticista de la Clínica San Luis (Bucaramanga).



“(…) 2. Considero que **este Proyecto de Ley está en consonancia con el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia** (versión 3.1 de 2018), en el cual se declara el contexto normativo que impulsa y soporta el sistema único de acreditación en salud en Colombia (...) así:

(…)

3. La definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a lo que por salud se entiende, sin lugar a dudas que es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), plasmada en el preámbulo de su Constitución y que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición nos recuerda que el ser humano es biopsicosocial y no sólo tiene una dimensión puramente biológica.

(…)

La “Ley Brazos Vacíos” contribuirá a afirmar el respeto a la vida humana y a la dignidad humana a lo largo de todo el ciclo vital.”

5.1.6. MD. Diana María del Valle⁹:

“(…) **como médicos y en general como personal de salud no contamos con ningún tipo de entrenamiento para atender estos casos de manera integral. Los casos de abortos , mortinatos y muertes neonatales** son inmensos en número, todas estas madres y familias requieren de una atención especial, una atención por profesionales preparados en atención al duelo(…)”.

5.1.7. MSN. Carolina Guantes¹⁰:

“Teniendo en cuenta la situación tan precaria que se vive a día de hoy en la atención a las familias que atraviesan por un proceso de duelo gestacional y/o neonatal en Colombia, además de la subestimación y la minimización de las repercusiones físicas y emocionales que conllevan estos procesos para las mismas así como para los médicos y enfermeras que desarrollamos la atención sanitaria, tras haber revisado el Proyecto de Ley citado le doy mi aval como profesional de la salud experta en la atención humanizada del parto y de la Salud Sexual y Reproductiva, le solicité al Senado se sirva darle trámite lo antes posible.”

5.2. FUNDAMENTO JURÍDICO DEL PROYECTO

⁹ Médica Cirujana, Magíster en ciencias biomédicas de la Universidad de Los Andes, Doula, Asesora de lactancia, formada en yoga y salud prenatal y posnatal. Desde hace 8 años se desempeña como médica de urgencias ginecobstétricas de la Clínica Palermo en la ciudad de Bogotá.

¹⁰ España) Enfermera española especialista en ginecología y obstetricia. Matrona de profesión con experiencia en varios países incluyendo a Colombia, liderando proyectos de humanización en salas de partos y servicios de atención ginecobstétrica. Actualmente se desempeña como consultora contratista de la UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas).



5.2.1. Fundamentos Constitucionales del proyecto.

Este proyecto que se somete a consideración se sustenta en los derechos fundamentales a la salud, vida digna, y dignidad humana, que se busca sean garantizados a través del imperativo para que el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la ley, expida, desarrolle y mantenga vigente un Lineamiento de atención integral y humanizada de la muerte y duelo gestacional y neonatal.

Sin duda, el lineamiento deberá estructurarse en orden a garantizar una atención humanizada, el respeto de la dignidad humana, el cuidado de la salud mental, y la efectividad de los derechos constitucionales y legales de la familia, especialmente de la mujer y de su hijo/hija atendidos en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Frente al derecho a la vida digna y su conexión con el derecho a la salud para efectos de este proyecto se acoge una importante línea jurisprudencial de la Corte Constitucional plasmada en la sentencia T-367/04 que reza:

"El derecho a la vida en sí mismo considerado, no es un concepto restrictivo que no se limita solamente a la idea reducida de peligro de muerte, sino que es un concepto que se extiende a la posibilidad concreta de recuperación y mejoramiento de las condiciones de salud, en la medida en que ello sea posible, cuando éstas condiciones se encuentran debilitadas o lesionadas y afecten la calidad de vida de las personas o las condiciones necesarias para garantizar a cada quien, una existencia digna".

El presente proyecto de ley constituye un desarrollo de los deberes constitucionales y convencionales a cargo del Estado colombiano de garantizar y proteger los derechos de las madres gestantes, pero sobre todo protegerlas en el caso que su hijo/a muera en gestación o al poco tiempo de nacer, momento en el cual se encuentran en una posición de enorme vulnerabilidad.

Reafirma esta iniciativa que, en casos de muerte y duelo gestacional y neonatal, a la mujer se le refuerza como sujetos de especial protección constitucional por vía del artículo 43 superior que establece que:

*"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 este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia".*



La primera parte de esta disposición constitucional se manifiesta en decir que la específica protección del Estado a la mujer gestante se deriva del interés del constituyente por establecer medidas afirmativas que garanticen la igualdad entre hombre y mujer. De este modo, el mandato del artículo 43 está orientado en primera instancia a proscribir cualquier discriminación a la mujer por el hecho de estar embarazada o haber tenido un parto con un bebé que ha muerto. Ambas mujeres, aquella cuyo hijo nace con vida como aquella cuyo hijo fallece en gestación o intraparto, son sujetos de especial protección.

Frente al derecho fundamental a la salud como sustento de este proyecto, en la sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional acopió y regló las principales reglas desarrolladas en la jurisprudencia constitucional sobre el derecho a la salud y primer lugar la Corte reconoció que **la salud no solo consiste en la ausencia de afecciones y enfermedades, sino que “comprende el derecho al nivel más alto de salud posible” a nivel físico, mental y social, de acuerdo con las circunstancias particulares de cada individuo.**

Con sustento en este concepto, estableció que las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud que requieran y dentro de este, **indudablemente se encuentra el estado de salud de la mujer por el hecho de su estado de embarazo y posterior caso de muerte y duelo gestacional y neonatal.**

Reafirmando la fundamentalidad del derecho a la salud, sin duda este es un derecho que involucra la vigencia misma del Estado Social de Derecho, comoquiera que uno de sus fines es el de *“proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades (...)”*, y garantizar la salud mental y emocional de la mujer que ha sufrido un caso de muerte y duelo gestacional y neonatal, es indispensable para lograrlo.

Además de la protección señalada en los artículos citados, el Estado tiene el deber de resguardar a la madre y al recién nacido por su situación de debilidad manifiesta, al respecto el artículo 13 Superior establece que *“(...) El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”*.

En una integración normativa de disposiciones constitucionales ya referidas, lo que indican es que la obligación de intervención para garantizar y proteger los derechos de las madres gestantes, pero sobre todo **proteger y cuidar a dichas madres en casos de que su hijo/a muera en gestación o al poco tiempo de nacer, corresponde al Estado, pero también a los particulares de conformidad con lo señalado el artículo 95 de la Constitución Política.** Esta norma, también es explicativa de los fundamentos constitucionales del proyecto en la medida en que **plantea la**



distribución de las cargas públicas, de acuerdo con el cual todos los agentes sociales, incluidas las instituciones de salud privadas, deben asumir responsablemente el cumplimiento de sus deberes constitucionales y legales, y cooperar en la realización de los fines del Estado.

En virtud de ello, durante esta distribución debe tenerse en cuenta que el Estado no puede disculpar su inacción, frente a lo que han venido padeciendo por años las mujeres que han sufrido un caso de muerte y duelo gestacional y neonatal, en que otros deben hacer lo que el legislador democrático no les ha asignado.

Ahora bien, el principio de la solidaridad indicaba que mientras el Congreso, en ejercicio de su amplia competencia de configuración legislativa, no estableciera, normas imperativas como la que por este proyecto se establece, era el gobierno, con cargo a los recursos ordinarios del presupuesto de salud el que estaba llamado a asumir las cargas positivas necesarias para impedir que la falta de un instrumento que garantizara un trato humanizado por los casos de mujeres que han sufrido un caso de muerte y duelo gestacional y neonatal, terminara en una violación de sus derechos fundamentales a la salud, la vida digna y la dignidad humana, como está pasando. Sin embargo a la fecha El Ministerio de Salud y Protección Social no ha emitido dicho Lineamiento.

La Corte Constitucional en su sentencia T-149/02 se manifiesta con mucha claridad en esta dirección:

*“La solidaridad refuerza en el Estado Social de derecho la idea que el Estado está al servicio del ser humano y no al contrario. Es así como las actuaciones del Estado en el ámbito social no obedecen a una actitud caritativa, compasiva o de mera liberalidad de las autoridades públicas, sino al **deber constitucional de asegurar las condiciones indispensables para que todas las personas, puedan hacer pleno uso de su libertad y gozar de sus derechos fundamentales.***

Pero, de manera adicional, la solidaridad del Estado encuentra su razón de ser en que el constituyente mismo estableció al Estado como garante de la dignidad humana y de la efectividad de los derechos, deberes y principios consagrados en la Constitución, lo cual exige de su parte la realización de acciones positivas tendientes a poner al ser humano como centro del ordenamiento. “ (Negrilla fuera de texto)

Por eso, en cualquier caso, es explicable la imperiosidad de la intervención solidaria ya no solo del Estado ante la dolorosa situación de un grupo de mujeres y familias, sino también del Congreso de la República ante la reiterada omisión para humanizar la atención que se les brinda, cuando ha acontecido tenido la muerte del bebé.



En el mismo sentido, esta iniciativa deja ver su compatibilidad con el derecho convencional. En efecto la necesidad de mejorar en relación al respeto y garantía de los derechos individuales de la mujer, ha sido corroborada en variadas oportunidades en convenciones internacionales suscritas por Colombia, entre las que se encuentra la “Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer -CEDAW- (ONU, 1979)”, “Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer” o “Convención de Belém do Pará”, agregada al ordenamiento jurídico mediante la Ley 248 de 1995.

En este último instrumento internacional se establecieron un conjunto de medidas cuyo objetivo es garantizar el respeto por los derechos fundamentales de la mujer a través de la erradicación de cualquier tipo de violencia contra la mujer. En el artículo primero de la referida convención se ha definido la violencia contra la mujer en el siguiente sentido:

“ (...) cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado contra la mujer”, y el deber de “adoptar las disposiciones legislativas o de otra índole que sean necesarias para hacer efectiva esta Convención.(...)”

Adicional a ello, en el Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias (ONU) 2019 se analiza la cuestión del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, así como las causas profundas y los problemas estructurales que deben afrontarse para luchar contra estas formas de maltrato y violencia.

En virtud de las disposiciones reseñadas, se colige que el Congreso de la República de Colombia tiene a su cargo el deber de garantizar el cumplimiento efectivo de los postulados planteados en la misma Convención, deber que se constituye en una justificación adicional frente a la necesidad del presente proyecto, en cuanto **pretende establecer a cargo del Estado colombiano y del Sistema de Salud el deber de garantizar la efectividad de los derechos de la mujer erradicando del mismo prácticas inaceptables en la institución de salud, a la luz de un Estado Constitucional Social de Derecho, como lo es abstenerse de brindar apoyo psicológico a la mujer durante la estancia hospitalaria, prohibirle ver y despedir a su hijo/a muerto, o negar la entrega de su cuerpo.**

Ahora bien, lejos de las consideraciones constitucionales, la jurisdicción contenciosa administrativa también ha trazado algunas líneas dentro de su jurisprudencia en relación al concepto de daño a la salud, estructurando una noción avanzada dado que tampoco la está limitando a la ausencia de



enfermedad, sino a la **alteración del bienestar psicofísico en estados del duelo y la causación injustificada del dolor físico o psíquico en dicha circunstancia.**

Para efectos de posible responsabilidad en este caso, de entidades del Estado, por no prever reglas para los casos de muerte y duelo gestacional y neonatal, que provoquen un daño en la salud, el Consejo de Estado ha manifestado lo siguiente:

“En igual sentido, se entenderá aquí que, en tanto que el concepto de salud no se limita a la ausencia de enfermedad, cabe comprender dentro de éste la alteración del bienestar psicofísico debido a condiciones que, en estricto sentido, no representan una situación morbosa, como, por ejemplo, la causación injustificada de dolor físico o psíquico (estados de duelo). Y es que, en efecto, el dolor físico o psíquico bien pueden constituirse, en un momento dado, en la respuesta fisiológica o psicológica normal a un evento o circunstancia que no tenía por qué padecerse.

En conclusión, se puede decir que se avanza a una noción más amplia del daño a la salud, que se pasa a definir en términos de alteración psicofísica que el sujeto no tiene el deber de soportar, sin importar su gravedad o duración y sin que sea posible limitar su configuración a la existencia de certificación sobre la magnitud de la misma.

(...) “daño a la salud” -esto es el que se reconoce como proveniente de una afectación a la integridad psicofísica –ha permitido solucionar o aliviar la discusión, toda vez que reduce a una categoría los ámbitos físico, psicológico, sexual, etc., de tal forma que siempre que el daño consista en una lesión a la salud, será procedente determinar el grado de afectación del derecho constitucional y fundamental (artículo 49) para determinar una indemnización por este aspecto, sin que sea procedente el reconocimiento de otro tipo de daños (v.gr. la alteración de condiciones de existencia), en esta clase o naturaleza de supuestos.”¹¹

En conclusión, se puede decir que, en el ámbito de lo público, si se causa daño a la salud, es decir, una alteración del bienestar psicofísico debido a condiciones como, la causación injustificada de dolor psíquico (estados de duelo), se podrá determinar una indemnización por este aspecto, sin que sea procedente el reconocimiento de otro tipo de daños.

Si se contara como país con un lineamiento de atención integral y humanizada de la muerte y el duelo gestacional y neonatal, y de formación en duelo perinatal por parte del talento

¹¹ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA SALA PLENA. Consejera ponente: STELLA CONTO DÍAZ DEL CASTILLO. Rad.: 23001-23-31-000-2001-00278-01(28804) de fecha (28) de agosto de dos mil catorce (2014). Sentencia de unificación jurisprudencial



humano en salud, estamos seguros que el riesgo de generación de dicho daño se mitigaría al máximo.

5.2.2. Fundamentos y referentes legales y reglamentarios

- **Ley 1257 de 2008** “Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres (...) y se dictan otras disposiciones”. (artículos. 2º., 3º., 6º., y 7º).
- **Ley 1751 de 2015** “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”
- **Ley 23 de 1981** Código de Ética Médica (artículo 15).
- **Ley 1955 de 2019** “Por el (sic) cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022”. “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”.¹²
- **Decreto 780 de 2016.** Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
- **Resolución 3100 de 2019.** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.

5.2.3. Fundamentos de Política Pública

En Colombia existen un sinnúmero de orientaciones de política pública tales como: la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, el Anexo Técnico Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes, la Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones – RIA, entre otras, pero **en ninguna de esas políticas se hace referencia a parámetros y criterios de atención en casos de muerte gestacional o neonatal y los criterios de abordaje integral de la mujer y de la familia en duelo.**

¹² Dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”, fue incluida la línea “Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos” que incluye “un pacto por construir una visión de largo plazo del sistema de salud, centrada en la atención de calidad al paciente (...)” (Ministerio De Salud Y Protección Social, 2018). Dicha línea establece dentro de sus objetivos “4. Articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad” y como una de las estrategias para la consecución de dicho objetivo: “(...) c. Redefinir e implementar una política de prestación de servicios garantizando la calidad y humanización de la atención.” (Negrilla y subrayado fuera de texto) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).



Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015) la humanización es una dimensión fundamental para mejorar la calidad en la atención en salud. En este sentido se define humanización como:

“ . . .la condición esencial que garantiza que los servicios de detección temprana y protección específica dados a las mujeres gestantes” se fundamenten en el “respeto a la dignidad y condición humana de sus creencias, costumbres, credo, raza y todo aquello que hace al ser humano único e irrepetible”

El proyecto de ley, en su dimensión más social deberá incidir positivamente en la salud materno perinatal desde la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud mental; derechos que trascienden la prestación de los servicios de salud como únicos responsables del cuidado de los procesos vitales de embarazo, parto, posparto y lactancia, y llegan a hasta la atención de casos en que las mujeres han sufrido un caso de muerte y duelo gestacional y neonatal, comprometiendo a otros actores sectoriales, transectoriales y comunitarios en el abordaje integral de estas etapas.

Igualmente, el proyecto de ley deberá incidir de manera efectiva en la estandarización y establecimiento de criterios objetivos de intervención, abordaje y acompañamiento a la mujer cuyo hijo/a fallece en gestación o dentro de los primeros 28 días de vida, de manera que propicie el mayor bienestar posible, físico y mental de entorno familiar.

Como consecuencia de lo anterior, el legislador debe procurar en el marco de los principios de la humanización, que en el contenido de la ley queden elementos de eficacia para que la atención digna, la promoción y prevención de la salud mental, la equidad, la privacidad, la autonomía de la mujer y la información no sean simples enunciados. En el mismo sentido que la promoción de la formación para el talento humano en salud en duelo gestacional y neonatal, y los lineamientos que se expidan, logren una implementación efectiva.

5.2.4. SITUACIÓN DE LA MUERTE GESTACIONAL Y NEONATAL 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 se registraron 37.785 defunciones fetales (gestacionales) y 4.520 defunciones neonatales, lo que suma **41.723 defunciones**, es decir 114 por día, sin incluir las



muerres a causa de Interrupciones Voluntarias del Embarazo que en Colombia no se reportan al DANE y que por ende no tienen estadística alguna en el país¹³.

COMPARACIÓN CIFRAS DANE 2018-2019 (FETAL Y NEONATAL)			
	TOTAL MUERTES FETALES + NEONATALES	MUERTES FETALES (1-40 SEMANA)	MUERTES NEONATALES (1-29 DÍAS)
2018	45651	41098	4553
2019	41723	37785	4520
DIFERENCIA	-3928	-3313	-33
PORCENTAJE DIFERENCIA REDUCCIÓN	-8,6%	-8,1%	-0,7%

Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas DANE: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones>

Aunque vemos una reducción del 8,1% en la cifra de defunciones fetales de los dos años comparados, se destaca como se mantiene un alto porcentaje en las defunciones fetales de menos de 22 semanas de gestación (72%). Así mismo el número de muertes neonatales solo se redujo en un 0,7% entre 2018 y 2019.

En cuanto al año 2020, En las estadísticas provisionales del DANE (publicadas el 25 de junio del 2021), del 1ro al 31 de diciembre de 2020 murieron 33.035 bebés en gestación y 1.382 neonatal (dentro de los 28 primeros días de vida), para un total de 34.417 muertes.

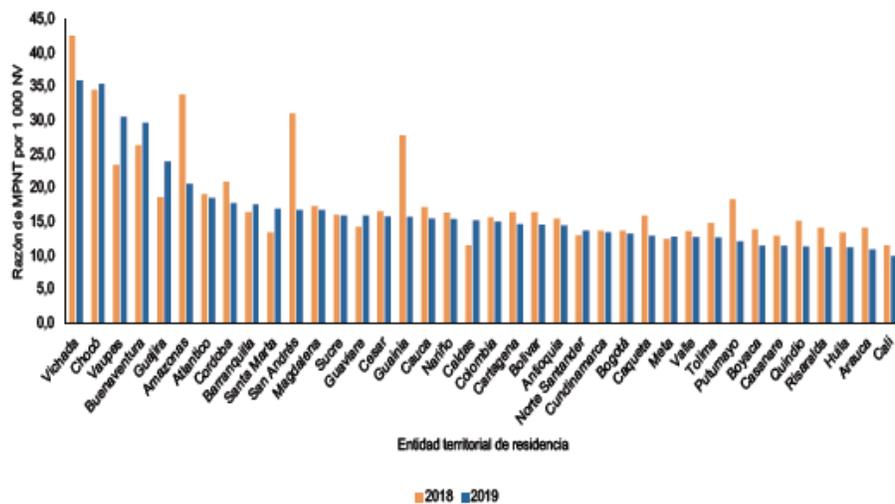
Por otra parte, según las estimaciones elaboradas por el Instituto Nacional de Salud (2019) en Colombia la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía (a partir de la semana 22 de gestación y hasta los 28 días de nacido) para 2018 fue de 16,9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Para 2019 fue de 15,1 muertes perinatales por cada 1.000 nacidos vivos (Instituto Nacional de Salud, 2020).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud, en su Boletín epidemiológico 09 de 2020, según el momento de ocurrencia de la muerte, en 2019 la mayor proporción la tuvieron las muertes perinatales anteparto con 47,1 %, seguido de las muertes neonatales tempranas, es decir las que suceden entre el día 1 y 7 de vida con 28,9 %, luego las muertes neonatales tardías (es decir entre el día 8 y 28 de vida) con 13,5% y por último las muertes intraparto con 10,4 %.

¹³ Resolución 0652 de 2016. ARTÍCULO 1. "Las interrupciones voluntarias del embarazo contempladas dentro de las causales establecidas por la sentencia C-355 de 2006, no deberán ser reportadas al Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales mediante el certificado de defunción fetal (forma DANE D-630). (...)"

Las Entidades Territoriales que registran las razones más altas a nivel nacional son Vichada con 36,0, Chocó con 35,5, Vaupés con 30,6, Buenaventura con 29,8 y la Guajira con 24,0 muertes perinatales por cada 1.000 nacidos vivos.

Figura 2. Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, 2018-2019



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018, 2019.
DANE, Estadísticas Vitales, Cifras preliminares nacimientos 2018.

Conforme lo expresan las cifras anteriores, en Colombia la muerte gestacional o neonatal es un evento que se presenta con elevada frecuencia, lo que significa que no es un hecho aislado o de poco interés para la ciudadanía. Por el contrario, obedece a una realidad diaria que exige una atención idónea e integral por parte del sistema de salud, teniendo en cuenta todas las dimensiones del ser humano.

En igual sentido, la Directora Ejecutiva de UNICEF ha indicado que:

“Perder a un hijo durante el embarazo o el parto es una tragedia devastadora para cualquier familia del mundo y, con demasiada frecuencia, suele sufrirse en silencio por lo que requiere atención”¹⁴.

¹⁴ OMS. Henrietta Fore, Directora Ejecutiva de UNICEF. Recuperado el 17 de marzo de 2021 En: <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2020-one-stillbirth-occurs-every-16-seconds-according-to-first-ever-joint-un-estimates>



Sin embargo, lo que se observa **en Colombia es que la atención en salud se está reduciendo al evento médico o fisiológico únicamente, sin que se reconozca la necesidad de atender el duelo en el contexto obstétrico o de cuidados intensivos neonatales**¹⁵, por lo que a la fecha no existe ningún lineamiento en Colombia, conllevando a que el abordaje se realice conforme el criterio subjetivo de cada profesional de la salud, lo que hace que en muchos casos su actuación no sea la adecuada, y se generen incluso prácticas deshumanizantes y contrarias a los derechos de la mujer y la familia, que pueden afectar e incidir en la correcta evolución de su duelo¹⁶.

Sobre este particular el Ministerio de Salud y Protección Social coincide con esta exposición, al manifestar que:

*“La tendencia habitual del personal de salud es centrarse en los cuidados físicos, de modo que el cuidado emocional de las personas que se ven afectadas por el fallecimiento de un bebé, antes, o durante su nacimiento resulta insuficiente”.*¹⁷

5.2.5. LA NECESIDAD DE UN LINEAMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y HUMANIZADA DE LA MUERTE Y EL DUELO GESTACIONAL Y NEONATAL EN COLOMBIA

5.2.5.1 Deficiencias en la calidad de la atención en casos de muerte gestacional y neonatal en Colombia - Prácticas deshumanizantes y violentas contra la mujer y la familia en duelo.

De acuerdo con Isaza, S. (2015), hablar de humanización en salud implica comprender que la “atención en salud” no se reduce únicamente al tratamiento médico de personas enfermas sino a todas aquellas acciones desplegadas por el profesional que puedan afectar positivamente los

¹⁵ “(...) uno ve a la señora que está en trabajo de parto con su bebé que sabe que está muerto, o con el bebé que viene mal, todos centran toda su preocupación en la parte fisiológica y en las respuestas, pero no uno nunca ve que ellos eh aborden a la mujer para hablar de eso (.) y cuando ya nace el bebé entonces el obstetra se encarga de la parte de ginecología y de todo lo que tiene que ver con dejar a la mujer en su situación bienestar físico fisiológico, pero nunca le preguntan cómo se siente”. (Entrevista semi estructurada, Myriam Patricia Pardo, Enfermera docente de prácticas enfermería materno perinatal, Universidad Nacional de Colombia, 26 de abril de 2020. Recopilada y citada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020) En: <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/48643/u833249.pdf?sequence=1>

¹⁶ De acuerdo con un estudio realizado por Pastor, Romero, Hueso, Lillo, Vacas-Jaén y Rodríguez (2011), la tendencia habitual de los profesionales es centrarse en los cuidados físicos evadiendo el aspecto emocional en un intento de disminuir su propia angustia. Por ello ponen en marcha diferentes mecanismos, actitudes y comportamientos en la vivencia de estas situaciones, (...) reaccionando de manera distante y negando la gravedad de la pérdida sobre todo en gestaciones tempranas. Se hace evidente la falta de estrategias, de destrezas y de recursos de los profesionales para afrontar estas situaciones y dar respuesta a las demandas de los padres.”

¹⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Radicado No. 202121200334771 “Información Salud muerte fetal y perinatal” de fecha 1 de Marzo de 2021.



determinantes de la salud de una persona, lo cual requerirá no sólo la capacidad de observar e interpretar las necesidades físicas de quien acude para ser atendido, sino también sus necesidades intelectuales, afectivas, emocionales y espirituales.

Por oposición a lo anterior, una atención deshumanizante en el ámbito de la salud corresponderá a la privación o despojo de las cualidades o atributos que diferencian a las personas como seres humanos, de otros seres vivos y que, al ser tratados como objetos o animales, se les considera incapaces de sentir algo más que dolor físico, alejando el ejercicio de la medicina de toda sensibilidad humana (Brusco, 2015).

Según Gafo, J (2014), la deshumanización en salud implica:

“1. La conversión del paciente en un objeto y el descuido de su dimensión emotiva; 2. La ausencia de calor humano en la relación de atención, revelando indiferencia; 3. La falta de autonomía de quien es atendido para tomar decisiones, convirtiéndose en un sujeto pasivo de lo que sucede en torno a él” (Referenciado en Bermejo J.C., 2015).

De acuerdo con Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020), uno de los aspectos más recurrentes en los relatos de las mujeres cuyo hijo/a ha fallecido en gestación o en periodo neonatal en Colombia, es la experiencia frente al trato recibido en la institución de salud en la que fueron atendidas y las secuelas emocionales que les dejó dicha experiencia, teniendo en cuenta además que en ese momento las familias y en especial las mujeres se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad.

El siguiente testimonio recogido en el estudio anteriormente referido, corresponde al caso de una madre ubicada en la ciudad de Cali, quien a los cinco meses y medio de gestación dio a luz a su hijo Emiliano en una Institución hospitalaria de carácter público en esa ciudad. Este difícil relato se constituye en una de las evidencias más importantes sobre prácticas deshumanizantes y violencia obstétrica¹⁸ en caso de muerte gestacional:

“(…) ella me dijo te voy a hacer un tacto entonces me metió la mano y le dijo a los 2 estudiantes “así se hace un parto” y yo sentí que empezó a voltearme al bebe y empezó a sacármelo y yo empecé a llorar y le dije: Nooo, no me lo saque, que está haciendo, ¿por qué me está sacando a mi bebé? y ella me dijo: él ya está

¹⁸ Se entiende por Violencia obstétrica “toda conducta, acción u omisión realizada por personal de salud que de manera directa o indirecta en el ámbito público o privado afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”. Escuela de Estudios de Género de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia. Citado en la Sentencia SU – 677 DE 2017.



muerto, entonces yo empecé a llorar y le dije noo deme a mi bebé, yo estaba medio sentada y veía cómo lo iba sacando, yo estaba llorando y le decía: ¿él se me va a morir? y me dijo: él ya está muerto y si está vivo le dura unos minutos no más (...).

“(...) me dejaron con toda mi parte de abajo desnuda y con mi hijo muerto envuelto en una bata dentro de un platón, en un pasillo al frente de la sala de maternidad, esperando, sola. Todo el mundo nos miraba, yo nada más me acuerdo de verle la cara a todas las embarazadas y yo no podía parar de llorar, con mi bebé muerto en mis brazos, viendo cómo nacían todos los otros bebitos llorando (...). Me dejaron ahí más o menos una hora mientras toda la gente pasaba por mi lado y se quedaban mirando con morbo, yo lo único que trataba de hacer era cubrir a mi chiquitito, él no se merecía eso y yo tampoco”.¹⁹

Este caso, junto a otros testimonios sobre la percepción de la calidad de la atención en la institución de salud en el momento de la muerte del bebé, recopilados por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020), así como información aportada por la UTL del Senador Mauricio Gómez, evidencian **grandes deficiencias en la atención que brindan las instituciones de salud en casos de muerte gestacional y neonatal, correspondientes a prácticas deshumanizantes**, varias de ellas que se encuadran dentro del concepto de violencia obstétrica, y que son contrarias a la dignidad, los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud de la mujer que afronta la muerte de su hijo/a en gestación o en etapa neonatal.

Dentro de dichas prácticas identificadas, se encuentran entre otras las siguientes²⁰:

- No entregar, pese a la solicitud de la madre, el cuerpo del bebé para sus exequias o rituales funerarios, por tener menos de 22 semanas o 500 grs de peso y considerarse un “desecho clínico”;
- Comunicación del diagnóstico o de la muerte restándole valor al impacto emocional de tal hecho con utilización de expresiones tales como “usted es joven puede tener más hijos”, “el tiempo lo cura todo”, “a todas les pasa y siguen adelante”, etc.;

¹⁹ Entrevista semiestructurada, Sandra Marcela R., 21 semanas de gestación. Cali, 25 de febrero de 2020. Recopilada y citada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020)

²⁰ En la exposición de motivos del proyecto de ley 430 de 2021 los autores consignaron una lista de prácticas evidenciadas con testimonios de las madres que las vivieron y que dan cuenta de la gravedad del problema, los cuales pueden ser consultados para mejor proveer.

- Ausencia total de privacidad para la mujer, obligándola a al llevar a cabo el parto de su hijo muerto en presencia de personas distintas al personal de salud;
- Tratar al bebé que ha muerto o va a morir como un objeto o como un desecho biológico, con términos como “producto”, “desecho”, “aborto”, “feto”, “óbito”, “mortinato”, “material”²¹;
- No brindar apoyo psicológico a la mujer y la familia durante la atención hospitalaria, ni después de ella²²;
- Negar la posibilidad de ver, sostener, despedirse, vestir o tomar fotografías al hijo/hija que va a morir o ha muerto, o abstenerse de brindarles información y orientación al respecto;
- No brindar información y opciones para el manejo de la lactogénesis posterior a la muerte del bebé²³;
- No actualizar en las bases de datos de las instituciones prestadoras de servicios de salud o de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud el evento de muerte gestacional y neonatal, contactando a las madres en duelo para hacer seguimiento del bebé o averiguar po sus vacunas²⁴;

²¹ “(...) escuché que para los doctores era el producto y pues eso es doloroso (...), (Entrevista semiestructurada, Martha Isabel R., Bogotá 19 de febrero de 2020) Recopilada y citada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020).

“(...) **mamita que no entiende, su bebé no pesa ni 200 gramos, pues si ella se muere pues es un aborto, porque ahí no hay nada,** (...)” (Entrevista semiestructurada, Sindy C., Bogotá 18 de febrero de 2020) Recopilada y citada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020).

“ (...) **me dijo: yo no sé porque a ti te duele tanto la pérdida de esos fetos, (...) yo decía para mí no son fetos para mí son mis hijos.**” (Entrevista semiestructurada, Fernanda O., Bogotá 26 de febrero de 2020) Recopilada y citada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020).

²² (...) **en ningún momento se trató la parte emocional que es muy muy importante** (.) y ni a mi compañero ni a mi nos brindaron apoyo psicológico (...)” (Denise Maireth S. Bogotá 17 de febrero de 2020) Recopilada y citada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020).

(...) **nunca tuve acompañamiento psicológico. (...) si hace mucha falta ese acompañamiento // (...)**”. (Entrevista semiestructurada, Martha Isabel R. 19 de febrero de 2020)

²³ “(...)cuando salí nunca me dijeron vas a seguir lactando, fue muy doloroso, no me dijeron que hacer para ir secando la leche.” (Entrevista semiestructurada, Martha Isabel R., Bogotá 19 de febrero de 2020)

²⁴ “(...) a unas semanas del fallecimiento de mi bebé me estaban llamando para decirme porque no había vuelto a los controles y vacunas del bebé, (...)” (Denise Maireth S., Bogotá 17 de febrero de 2020)

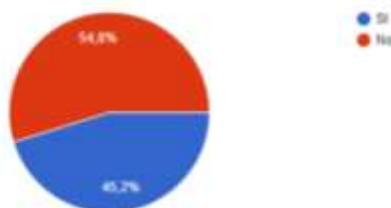
(...) **me llamaban para recordarme que no olvidara las vacunas, pero yo le dije es que mi hija ya murió, ¿no leen la historia clínica que mi hija está muerta (...)? eso no está en el sistema me dijeron**”. (Entrevista semiestructurada, Tatiana Milena R., Bogotá 16 de febrero de 2020)

- No hacer ningún tipo de seguimiento post-egreso a la madre en duelo; etc

En una encuesta realizada por JIC Fundación a 73 mujeres de varias ciudades de Colombia, el **74 % informó haber permanecido durante su estancia hospitalaria junto a mujeres que estaban dando a luz o que tenían en sus brazos a sus bebés con vida**, indicando que dicha situación las hizo sentirse “muy triste”, “devastador y cruel”, “completamente deprimida y culpable”, “Terrible al escuchar el llanto de los otros bebés”, “Demasiado triste”, “Ansiosa”, “Desesperada”, entre otros).

En la misma encuesta el **54,8% informó que durante la estancia en el hospital, ningún profesional de la salud mental se había acercado para brindarle apoyo e información sobre el proceso de duelo.**

¿Durante la estancia en el hospital, alguien del personal de salud mental (psicólogo, psiquiatra o trabajador social), se acercó para brindarte apoyo e informarte sobre el proceso de duelo?
73 respuestas



En consonancia con lo anterior, es preciso indicar que la atención humanizada parte de la garantía misma de efectividad del derecho fundamental a la salud y de los derechos humanos del paciente y de su familia, razón por la que se hace tan importante dotar de herramientas y promover las competencias en el saber, el hacer y el ser, en quienes en las instituciones de salud deben hacerse cargo de la atención de las muertes en etapa gestacional y neonatal con el fin de que dichos momentos del duelo sean abordados de forma apropiada.

En este punto la Subdirectora de Enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social, indicó lo siguiente:

*“(...) hay una enorme necesidad de herramientas y desarrollo de capacidades para los actores del sistema que abordan las pérdidas perinatales, también para los gestores de políticas, (...) **creo que debe existir una orientación técnica basada en la evidencia, en este sentido creo que es importante porque finalmente es una situación que genera muchas dificultades de***



abordaje para los profesionales de la salud porque además quienes lo deben hacer no son sólo los psicólogos de los servicios, ni los psiquiatras de enlace, sino los profesionales que atienden directamente las necesidades materno perinatal, entonces debe hacerlo el ginecobstetra, debe hacerlo la enfermera que trabaja allí, deben hacerlo los instrumentadores, debe hacerlo el perinatólogo, el pediatra; **entonces todos estos profesionales deben contar con herramientas en salud mental para abordar las exigencias del duelo y sus impactos en la salud**²⁵.

Teniendo en cuenta lo anterior, y dado que a la fecha el Ministerio no ha expedido ninguna política o lineamiento al respecto, pese a conocer la problemática, es preciso instar a esa autoridad para que diseñe un instrumento que permita hacer cambios que mejoren la calidad de la atención desde la óptica de la humanización y de la salud mental, estandarizando las prácticas más importantes, con fundamento en evidencia.

5.2.5.2. La atención en salud inadecuada en el momento de la muerte gestacional o neonatal puede agravar los efectos negativos de tipo psicológico para la mujer y la familia en duelo, convirtiéndose en un factor de riesgo para la salud mental.

De acuerdo con Aiyelaagbe, Scott, Holmes, Lane, & Heazell, (2017), los efectos de la muerte perinatal no solo se limitan a la angustia emocional resultante de la muerte del hijo/hija, sino que también tienen implicaciones biomédicas y psicológicas profundas. En igual sentido, Cacciatore, J. (2017), indica que los efectos sociales y emocionales de la muerte 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.

Dentro de los hallazgos de Youngblut et al. (2017) se encontró que:

“Las reacciones iniciales de los padres a la muerte de su hijo incluyen incredulidad y conmoción, seguidas de fuertes reacciones emocionales, síntomas somáticos, dificultades en la interacción social y un desafío al significado de la vida. Burden y col. (2016) en una revisión sistemática del impacto de la muerte fetal en los padres encontró que los padres suprimieron su dolor y recurrieron al uso de sustancias mientras que las madres se enfocaron en la imagen corporal y la calidad de vida. Aunque la intensidad del dolor de los padres puede disminuir con el tiempo (Alam et al., 2012; Meert et al., 2011; Stroebe et al.,

²⁵ Entrevista semiestructurada a Nubia Bautista, Subdirectora de enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social. 17 de marzo de 2020. Recopilada y citada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020).



2013), **algunos padres continúan llorando por sus bebés e hijos fallecidos durante muchos años, a menudo más tiempo que los adultos privados de otros miembros de la familia. (...)**. (Negrilla fuera de texto)

Por su parte Fonseca-Gonzalez (2010) [citado por Páez-Cala ML, Arteaga-Hernández LF., 2019] indica que una atención y acompañamiento deficientes, a los padres durante el proceso de muerte de su hijo recién nacido les ocasiona crisis emocionales que a su vez pueden desencadenar la pérdida de la salud psicológica. En ese sentido, **una atención al duelo de buena calidad puede mitigar los efectos psicológicos como consecuencia de la pérdida y prevenir patologías psicoemocionales para la mujer y la familia.**

Vale la pena indicar que la no intervención de apoyo en duelo o una intervención realizada por personal no adecuadamente preparado para el efecto, es una ocasión de riesgo para generar un efecto iatrogénico²⁶ a las pacientes y familias de las pacientes que enfrentan una muerte gestacional o neonatal.

La prevención cuaternaria, como la denominan Ortiz e Ibáñez (2011), evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. La iatrogenia producida por la actividad sanitaria es un grave problema de salud pública que en salud mental está poco estudiado pero que se evidencia a diario. El perjuicio que se puede infligir a los pacientes abarca todo el episodio de atención, desde la prevención hasta el tratamiento pasando por el proceso diagnóstico. **Se han descrito en la literatura científica los perjuicios que causan las inadecuadas acciones como el inexistente o mal abordaje del duelo que expone posteriormente a los pacientes a innecesarios tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, la iatrogenia del diagnóstico y del sistema de atención relacionado especialmente con el estigma.**

Tomar conciencia de la gravedad de la iatrogenia que intervenciones negadas o no bien hechas pueden producir, permite poner en primer plano la relevancia del presente proyecto en términos de prevención y promoción de la salud mental.

Las expectativas irreales en la prevención (“...eso se cura solo y con el paso del tiempo”) pueden convertir a los que enferman en «víctimas culpables» por no haber cumplido los “consejos médicos” que dictan lo que es una vida sana desde una perspectiva subjetiva o del sentido común y no una perspectiva con base científica. **Existe también el peligro que las mujeres y familias sanas se**

²⁶ “Estado o condición dañina de un paciente, originado por la intervención de un médico”. Tomando de <http://etimologias.dechile.net/?iatroge.nico>



conviertan en pacientes cuando pasan a ser sujetos de consejos y controles médicos inadecuados, con el riesgo consecuente de la medicalización de ciertos aspectos normales de sus vidas. Un ejemplo son las intervenciones en duelos normales que solicitan apoyo y acompañamiento humano idóneo. Como no hay patología en ese momento, la justificación para tratarlos sería prevenir que se conviertan en duelos patológicos o trastornos afectivos, lo que hace que pacientes terminen medicados sin una real necesidad y por falta de acompañamiento psicoterapéutico. Muchos pacientes en duelo pueden terminan afectados por la indicación de un tratamiento o recomendación que no procede. Esto sucede con frecuencia cuando se ordenan tratamientos medicamentos a personas sanas, que únicamente pueden tener problemas emocionales, pero no sanitarios (códigos Z de la CIE 10), los cuales pudieran haberse resuelto con una adecuada intervención en la crisis. (Neimeyer R., 2000)

En esa misma línea, ha indicado la Subdirectora de Enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social:

*“Si el abordaje de los servicios de salud ante una muerte gestacional o neonatal no es adecuado, se **genera un factor de riesgo para la salud mental** de quien afronta esa situación, y dicho problema se presenta en mayor medida cuando ese abordaje se realiza por el personal de salud desde sus propios recursos y percepciones personales.”²⁷.*

En ese sentido, en casos de muerte gestacional o neonatal, una atención en salud de buena calidad a quienes afrontan el duelo de ese hijo/a, debe garantizar intervenciones con base en evidencia, en donde el centro sea la persona, y el cuidado que se le brinde sea integral, esto es tanto física como emocionalmente, de manera que el abordaje de los profesionales de la salud con los que esa mujer o familia tengan contacto, se convierta en un factor de protección a nivel psicoemocional, en lugar de constituir un factor de riesgo para la salud mental.

5.2.5.3. En el ordenamiento jurídico colombiano no existen lineamientos ni políticas puntuales para la atención integral que debe brindarse a las mujeres y familias que afrontan la muerte de su hijo/a en etapa gestacional o neonatal, en la institución de salud.

²⁷ Entrevista semiestructurada a Nubia Bautista, Subdirectora de enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social. 17 de marzo de 2020. Recopilada y citada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020) en “Humanización en la atención ante una muerte gestacional y neonatal: Recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social para la construcción de un lineamiento.” Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno. Trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Gestión Pública. Mayo de 2020. Bogotá D.C. En: <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/48643/u833249.pdf?sequence=1>



Dentro de la revisión efectuada en el ordenamiento colombiano, no se encontró ninguna ley que haga referencia específica a parámetros de atención de la muerte y el duelo gestacional y neonatal.

A nivel reglamentario tampoco se encontró evidencia al respecto. Lo único que hace referencia a la muerte perinatal y neonatal es el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública frente a mortalidad perinatal y neonatal tardía (Instituto Nacional de Salud, 2016), documento que no refiere criterios de atención de la madre y el padre en duelo en la institución de salud, dado que su propósito es como lo dice su nombre, realizar vigilancia de tipo epidemiológico y organizar los datos de muerte fetal intrauterina y neonatal, con lo cual la única indicación que realiza es el ofrecimiento de la necropsia y la realización de una entrevista posterior a la muerte con el fin de recopilar datos que lleven a conocer los antecedentes y las causas de la misma, dejando de lado cualquier referencia al abordaje o acompañamiento de la familia y la mujer en el momento de la muerte gestacional o neonatal.

Ahora bien, no obstante en Colombia existen orientaciones de política pública tales como la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, el Anexo Técnico Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes, la Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones – RIA, la Resolución 3280 de 2018 (Ruta Integral de Atención para la población materno perinatal)²⁸, la Resolución 4886 de 2018 por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental, la Resolución 3100 de 2019 y el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021, **en ninguna de esas políticas se hace referencia a parámetros y criterios de atención en casos de muerte gestacional o neonatal y los criterios de abordaje de la mujer y de la familia en duelo.**

Tampoco existe, como ya se ha precisado, un lineamiento o política específica que establezca a las Instituciones prestadoras de servicios de salud del país y los profesionales que laboran en ellas, un estándar mínimo de atención a quienes afrontan la muerte de sus hijos en etapa gestacional (1 a 40 semanas) o neonatal (1 a 28 días), 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), lo cual claramente está generando una evidente desigualdad.

De acuerdo con lo anterior, lo que se evidencia es que si bien el derecho a la salud incluye el recibir atención *“integral e integrada y humanizada”* en salud mental y *“atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental”* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) **no existen pautas de**

²⁸ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, COLOMBIA. Resolución 3280 de 2018. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)



actuación en Colombia en materia de atención integral en caso de muerte gestacional y neonatal, lo cual se considera un factor determinante en el desarrollo de prácticas deshumanizantes en la atención en casos de muerte gestacional o neonatal, que afectan el bienestar emocional de dichas madres y padres.

5.2.5.4. La mayoría de las Instituciones prestadoras de servicios de salud no cuentan con protocolos o lineamientos internos específicos para la atención integral del duelo de las familias y de la mujer que afronta la muerte de su hijo/a en gestación, intraparto o en periodo neonatal.

Actualmente coexisten de forma autónoma más de 10,051 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el país, entre públicas y privadas, y 70 aseguradoras (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) con formas distintas de proceder y atender casos de muerte y duelo por muerte gestacional o neonatal, sin que haya aún articulación en ese aspecto por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Dentro de la investigación realizada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020), de 10 instituciones de salud (9 en Bogotá y una en Cali) a las cuales se les solicitó información sobre existencia de lineamientos o guías internas específicas para la atención de eventos de muerte gestacional o neonatal, solo una institución de carácter público en Bogotá, indicó tenerlo y lo aportó; 3 se negaron a aportar información oponiendo reserva y las demás aportaron guías, protocolos o procedimientos que no hacen referencia a criterios de abordaje y acompañamiento a las familias y la mujer específicos para casos de muerte gestacional o neonatal.²⁹

Adicionalmente desde la oficina del autor del proyecto, Senador Mauricio Gómez se requirió información al respecto a **21 instituciones** de salud públicas y privadas en todo el país, solicitando indicar entre otros puntos, si *“La Institución de Salud cuenta con reglamento, lineamiento, procedimiento interno o guía, frente a la atención en casos de muerte fetal y neonatal y el acompañamiento al duelo en esos casos específicos? En caso de contar con ello solicitamos por favor adjuntarlo a su respuesta”*

A la fecha de radicación del presente proyecto de ley, se han recibido 12 respuestas correspondientes a instituciones de salud (10 de carácter público y 2 de carácter privado) de diferentes ciudades principales del país, de las cuales solo 3 informaron tener y aportaron un procedimiento o protocolo interno específico para estos casos que contemple no solo criterios de atención médica sino emocional relacionados con la muerte gestacional y neonatal y lo que debe

²⁹ Anexo No. 4. Op. Cit. 1



tenerse en cuenta para brindar un apoyo adecuado con base en evidencia, cómo se relaciona a continuación:

Fecha respuesta	Ciudad	Tipo de Institución de Salud	¿Aportó lineamiento de atención integral (física y psicológica) a eventos de muerte gestacional o neonatal?
29/03/2021	Barranquilla	Privada	Si.
			Aporta el documento denominado GUÍA PARA LA ATENCIÓN A LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL
18/03/2021	Bucaramanga	Pública	No.
			Informa que aplica el Protocolo de vigilancia y análisis epidemiológico del INS (Protocolo para fines estadísticos), y un Protocolo interno de Malas Noticias.
25/03/2021	Bogotá	Privada	Si.
			Informa que cuenta con un procedimiento denominado "Identificación del Duelo Obstétrico". Sin embargo no lo adjunta.
19/03/2021	Bogotá	Pública	No.
			Informa que cuenta con un Protocolo para la atención de la paciente con muerte fetal intrauterina, sin embargo dicho documento solo indica aspectos de carácter médico y estadístico.
26/03/2021	Cali	Privada	No.
			Indican que tiene implementado un Programa de Cuidado Paleativo Pediátrico que incluye la muerte perinatal, pero no aportan ningún lineamiento o guía específico. No fue posible efectuar verificación.
07/04/2021	Cúcuta	Pública	No.
			Informa que aplica el Protocolo de vigilancia y análisis epidemiológico del INS (Protocolo para fines estadísticos).

16/03/2021	Florencia	Pública	No.
			Informa que aplica el Protocolo de vigilancia y análisis epidemiológico del INS (Protocolo para fines estadísticos) y 2 instructivos asistenciales para atención de urgencias ginecobstétricas y neonatales, los cuales establecen pautas de carácter médico únicamente.
19/03/2021	Medellín	Pública	No.
			Informa que aplica el Protocolo de vigilancia y análisis epidemiológico del INS (Protocolo para fines estadísticos).
13/04/2021	Pereira	Pública.	No.
			Informan que han desarrollado un acompañamiento a los diferentes servicios de la entidad incluyendo el área materna infantil sobre capacitaciones en apoyo emocional, en las que se ha tratado el tema de muerte fetal, neonatal y acompañamiento al duelo en estos casos, pero no refieren ningún lineamiento o protocolo.
17/03/2021	Popayán	Pública	No.
			Informan que aplican un Protocolo de Código Lila, para cualquier situación de muerte de un paciente. Adicionalmente refieren un documento de Consejería en caso de abortos espontáneos, sin embargo una vez revisado no contiene ninguna pauta de abordaje para los profesionales de la salud, más allá de indicar que un psicólogo realizará consejería y acompañamiento.
s/f	Tunja	Pública	Si.
			Informan y aportan el Plan de cuidado de enfermería para pacientes con pérdida gestacional, que valga resaltar <u>es un Lineamiento que incluye todos los aspectos necesarios para el abordaje y acompañamiento.</u> Es un lineamiento integral.
6/04/2021	Villavicencio	Pública	No.
			Informa que aplica el Protocolo de vigilancia y análisis epidemiológico del INS (Protocolo para fines estadísticos).



Como se observa, **el 75% de las instituciones que dieron respuesta no cuentan con un lineamiento específico que brinde herramientas al talento humano en salud a cargo de la atención de casos de muerte gestacional y neonatal**, y en su respuesta indican que aplican el Protocolo de Vigilancia Epidemiológica expedido por el Instituto Nacional de Salud -INS (Ministerio de Salud, 2016), **documento que como se indicó en el numeral 6.2.3. de esta ponencia, tiene por objeto dar lineamientos sobre la recopilación de datos de mortalidad,** dejando de lado cualquier pauta para la atención del duelo de la familia y la mujer en la institución de salud en el momento de la muerte de su hijo/a en gestación o a los pocos días de nacer. Otras instituciones manifestaron tener procedimientos para atención al duelo, sin embargo al verificar ninguno se refería puntualmente a los criterios de abordaje y acompañamiento de muerte y duelo gestacional y neonatal o herramientas para médicos, enfermeras y quienes tienen a cargo la atención.

Teniendo en cuenta lo anterior, se corroboró como en cada Institución el abordaje de la situación es distinto, y en la gran mayoría no se cuenta con una guía o lineamiento interno específico que permita que en casos de muerte gestacional y neonatal las intervenciones se realicen de forma integral, con base en criterios objetivos y estandarizados no solo para los aspectos médicos sino psicológicos, lo que **lleva a confirmar la necesidad de un lineamiento nacional que sea aplicable a todas las instituciones de salud públicas o privadas del país, de manera que se reduzca la variabilidad de los abordajes y se garantice el derecho a la igualdad entre las distintas familias y mujeres que son atendidas en estas circunstancias, así como una atención integral que incluya el cuidado de su salud mental.**

5.2.6. NECESIDAD DE FORMACIÓN ESPECÍFICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD QUE TIENE A CARGO LA ATENCIÓN DE LA MUJER Y LA FAMILIA EN DUELO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

Abordar la muerte de un bebé en etapa gestacional y neonatal es una tarea delicada, que requiere de una atención diferencial e integral (Páez-Cala, Arteaga-Hernández 2019) lo que implica formación adecuada por parte de los profesionales de la salud que entran en contacto con la madre y la familia en duelo, pues la literatura evidencia que las interacciones negativas se generan predominantemente con el personal que no ha recibido formación específica en duelo perinatal (Aiyelaagbe, Scott, Holmes, Lane, & Heazell, 2017), y que al sentirse abrumado al no saber cómo comportarse, ni cómo acompañar, se muestra frío y prefiere centrarse en los cuidados físicos negando la importancia de la pérdida, sin ser consciente de la incidencia que ello puede tener en la correcta evolución del duelo de la madre y el padre (Pastor, Romero, Hueso, Lillo, Vacas-Jaén, Rodríguez-Tirado, 2011).



Dentro de la investigación realizada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020), de las 10 instituciones de salud a las cuales se les solicitó información sobre formación en duelo por muerte gestacional y neonatal (duelo perinatal), siete (7) instituciones dieron respuesta y de **estas solo una (1) manifestó brindar formación a su personal en esa área específica.**

Por otra parte, de la información requerida por la UTL del Senador Mauricio Gómez a las instituciones de salud, para los efectos de este proyecto, se evidenció que **el personal de ginecología y neonatología no tiene formación homogénea en duelo por muerte gestacional y neonatal, o en duelo perinatal.** De las 12 respuestas recibidas, sólo 4 instituciones manifestaron que el personal se encontraba capacitado específicamente en dicha temática. Las demás instituciones manifestaron no tener capacitaciones al respecto o tener sólo en aspectos generales de duelo.

Adicional a lo anterior se efectuó una revisión de los pensum de las principales facultades de psicología, medicina y enfermería del país, verificando que no se incluye dentro de los contenidos en pregrado, formación en duelo perinatal.

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera que es preciso promover un entrenamiento mínimo específico a todos los profesionales de la salud que tienen o tendrán a su cargo la atención a la madre y el padre que afrontan la muerte de un bebé (Banerjee, Kaur, Ramaiah, Roy & Aladangady 2016), de manera que puedan comprender con claridad cómo abordar de manera precisa y correcta la muerte gestacional o neonatal y el duelo que ello conlleva, que tiene implicaciones distintas de abordaje con respecto a otros duelos por muerte y que al no ser adecuadamente atendida puede conllevar a prácticas contrarias a la evidencia y a las garantías de la mujer y la familia que afronta la muerte de su hijo/a en gestación, parto o dentro de los primeros 28 días de vida.

Para ello se propone que, en una acción articulada entre el Ministerio de Salud y Protección Social, promueva dicha formación tanto en las instituciones de salud, como en las Universidades.

5.2.7. COSTOS ASOCIADOS A UNA ATENCIÓN DE BAJA CALIDAD EN TÉRMINOS DEL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES Y FAMILIAS EN DUELO POR MUERTE GESTACIONAL Y NEONATAL.

Un estudio británico³⁰ reclutó a 737 mujeres procedentes de tres hospitales que habían pasado por una muerte fetal, los resultados indicaron que durante el primer mes posterior a la pérdida el 29% de

³⁰ En: ANSIEDAD Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO PERSISTENTES DESPUÉS DE UNA MUERTE FETAL. En: <https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/13641/ESP/ansiedad-y-trastorno-por-estres-postraumatico-persistentes-despues-muerte-fetal-.htm>



la muestra presentó sintomatología TEPT, mientras que al noveno mes esta cifra era del 18%, en comparación con las mujeres que desarrollan un embarazo sin interrupción, las que sufren una pérdida tienen el doble de probabilidades de presentar ansiedad moderada-grave y cuatro veces más de padecer depresión también moderada-grave. Confirmando lo anterior, el estudio de Maldonado-Durán J. (2011), menciona que alrededor del 29% de las mujeres que tuvieron la experiencia de muerte fetal y neonatal, presentan Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y depresión.

Aplicando dichos resultados al caso colombiano, de las 45.651 muertes fetales y neonatales ocurridas en el año 2018, al menos 13.239 personas sufrieron de depresión y estrés postraumático. Para el año 2019, de 41.723 personas, 12.100 se habrían visto afectadas. Esto quiere decir que durante estos dos años, aproximadamente 25.339 personas habrían experimentado síntomas de TEPT y depresión, cuya atención integral debe, constitucionalmente, garantizar el Estado mediante el Sistema de Salud, de acuerdo con la encuesta realizada por JIC Fundación, **el 52% de los casos las mujeres que pasaron por una experiencia como esta no recibieron ningún acompañamiento ni seguimiento de tipo psiquiátrico o psicológico.**

Y es que una atención adecuada que cuide la salud mental de la madre o la familia en duelo, le puede representar al país cifras muy importantes de ahorro presupuestal y fiscal, con respecto a lo que le hubiera costado al fisco sostener un tratamiento psicológico o psiquiátrico por ansiedad o depresión, y a la productividad económica.

De acuerdo con Torres de Galvis (2018) *“Una atención de mayor escala en términos de salud mental, conduce a grandes ganancias de productividad económica (un valor presente neto de US\$230 mil millones para tratamiento de depresión y US\$169 mil millones para trastornos de ansiedad). Los resultados muestran que, las proporciones de costo-beneficio ascienden de 2.3 a 3.1, cuando sólo se consideran los beneficios económicos y, de 3.3 a 5.7 cuando se incluye el valor de los retornos de salud. Al ser mayores que uno las relaciones costo-beneficio, esto implica que los ingresos son mayores a los costos de la medida, es decir que la economía se ve beneficiada por los aumentos de productividad, y **dicho beneficio es mayor que el dinero gastado en el tratamiento de la ansiedad y depresión, es decir, estas inversiones son rentables para el estado e implican menor gasto a futuro, ya que reducen los altos costos de intervenciones posteriores que surgen al no tratar estas enfermedades a tiempo.**”* (Negrilla y subrayado fuera de texto)

Arthur Kleinman, Profesor de Antropología Médica y Psiquiatría en la Universidad de Harvard, experto en salud mental mundial menciona que la falta de atención temprana a las problemáticas en términos de salud mental derivadas de la muerte fetal y neonatal, generan una gran carga de



producción a los países, *“la salud mental tiene que ser una prioridad mundial en el ámbito del desarrollo y de las actividades humanitarias”*.³¹

En ese sentido el presente proyecto, trae beneficios fiscales más que cargas al Estado y al sistema de salud como erradamente podría pensarse, y atiende a lo recomendado por la OMS en términos de procurar la reducción de los trastornos mentales, además de priorizar la prevención y promoción en salud mental, con bases científicas. Dichas estrategias de prevención deben ser desarrolladas por profesionales o por el equipo de salud interdisciplinario que incluya enfermeras y psicólogos, y destinadas a la atención integral, con el fin de diagnosticar y brindar un tratamiento mediante la aplicación de intervenciones rentables, basadas en la evidencia.³²

6. REVISIÓN COMPARADA LINEAMIENTOS

- **Puerto Rico (2016):** Ley Núm. 184 de 8 de diciembre de 2016. *“Ley para el establecimiento y la elaboración del protocolo uniforme a ser implementado en las instituciones hospitalarias y de salud para el manejo de la pérdida de un embarazo en etapa temprana y, de una muerte fetal o neonatal.”*
- **Argentina (2014):** Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. **“Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad”** dedican un capítulo sobre conductas sugeridas ante la muerte feto-neonatal. (Ministerio De Salud De Argentina, 2014).
- **Holanda (2016).** Protocolo nacional de atención **“National Standards for Bereavement Care following Pregnancy Loss”**, el cual refiere cuatro temas específicos que direccionan la manera como se debe integrar la atención, del servicio: el cuidado del duelo, la infraestructura hospitalaria necesaria para atender y recibir estos casos, los bebés y sus padres, para asegurar que reciban cuidado paliativo y cuidados de fin de vida de alta calidad acorde a sus necesidades y deseos y finalmente, el personal sanitario para garantizar que todo el equipo al cuidado de la salud tenga acceso a educación y entrenamiento en manejo de duelo y cuidados de fin de vida de acuerdo a sus roles y responsabilidades. (Holanda, Health Service Executive 2016).

³¹ Organización Mundial de la Salud (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Recuperado de :<https://www.who.int/es/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>

³² Ibidem.



- **Reino Unido.** (2017) la iniciativa denominada “**The National Bereavement Care Pathway (NBCP) for Pregnancy and Baby Loss**” fue promovida por el Departamento de Salud del país, apoyada a su vez por un grupo de parlamentarios y posteriormente delegada por el gobierno a la organización Sands³³. Dicha iniciativa promueve que dentro del Sistema Nacional de Salud (NHS por sus siglas en inglés) se apliquen los principios de atención en duelo a la madre y el padre que sufren casos de este tipo dentro de los centros prestadores de salud, dichos principios recalcan por ejemplo: un plan de atención en duelo que proporcione continuidad durante todo el proceso, incluso en procesos de gestación posteriores; formación en duelo para el personal médico, claridad en la información proporcionada a madres y padres para recibir apoyo emocional por parte de especialistas en salud mental, habitaciones de duelo disponibles en todos los centros de salud y un sistema para notificar a todos los miembros del personal que laboran en el centro de salud en caso de una pérdida, entre otros aspectos (Reino Unido, NHS 2017).
- **Extremadura (España)** (2015). Protocolo “**Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad**”. Al personal médico se le exige completar un programa formativo obligatorio que le permite conocer las dinámicas del duelo en estos casos, la manera como debe ser utilizado el lenguaje y la información que se debe proveer a la madre y al padre. Dicho protocolo también señala la necesidad de ofrecer la información completa sobre la situación del bebé y/o la gestante y las causas y razones médicas que llevaron al deceso, generando la posibilidad permanente de que la madre y el padre sean escuchados y atendidos (Gobierno De Extremadura. Santos R., Yáñez A., Otero M., 2015).
- **Cataluña (España).** Departamento de Salud de Cataluña. “**Guía de acompañamiento al duelo perinatal**”. Establece una base de cuidados y lineamientos para el personal de salud en materia del proceso de duelo y recuperación de los pacientes. Asimismo, resaltan la necesidad de ofrecer recursos psicosociales a la madre y el padre que sufren situaciones de este tipo, haciendo énfasis en el estado de salud mental y en los posibles efectos emocionales que puedan ocasionarse a partir de la muerte gestacional o neonatal. (Cataluña, 2016)
- **Chile:** Proyecto “**Ley Dominga**” en trámite, apoyado por la Senadora Marcela Sabat. Busca que todas las instituciones de salud, sin distinguir si son privadas o públicas, cuenten con un protocolo universal frente al duelo perinatal, para un mejor manejo médico y apoyo psicológico para la madre y el resto de la familia³⁴. El proyecto ya se encuentra aprobado en primer debate y se encuentra pendiente de segundo debate.

³³ <https://www.sands.org.uk/> Consultado el 2 de mayo 2020.

³⁴ <https://www.senado.cl/ley-dominga-avanza-a-su-segundo-tramite/senado/2021-06-15/202531.html>



- **Argentina:** Proyecto de Ley S-755/2021. Proyecto de ley modificatorio de la Ley 25.929, busca incluir a la ley de parto respetado los protocolos de atención ante la muerte gestacional y perinatal.

7. NECESIDAD DE CREACIÓN DEL DÍA NACIONAL DE LA CONCIENCIACIÓN SOBRE LA MUERTE GESTACIONAL Y NEONATAL

El presidente Ronald Reagan declaró por primera vez el Mes de la Concienciación sobre la Pérdida del Embarazo y la Infancia el 15 de octubre de 1988. Cuando lo hizo manifestó:

*“Cuando un niño pierde a sus padres, se les llama huérfanos. Cuando un cónyuge pierde a su pareja, se le llama viudo o viuda. Cuando los padres pierden a sus hijos, no hay una palabra para describirlos. **Este mes reconoce la pérdida que experimentan tantos padres en los Estados Unidos y en todo el mundo. También está destinado a informar y proporcionar recursos para los padres que han perdido a sus hijos debido a un aborto espontáneo, embarazo ectópico, embarazo molar, mortinatos, defectos de nacimiento, SMSL y otras causas.**”*

*Ahora, por lo tanto, yo, Ronald Reagan, presidente de los Estados Unidos de América, por la presente proclamo el mes de octubre como el Mes de Concientización sobre el Embarazo y la Pérdida Infantil. Hago un llamado a la gente de los Estados Unidos para que observen este mes con programas, ceremonias y actividades conmemorativas”.*³⁵

A partir de allí en muchos países del mundo comenzó a oficializarse el 15 de octubre como el Día Mundial de Concientización de la muerte gestacional y neonatal, tales como Canadá, Australia, Irlanda, Italia, Reino Unido, España, Chile, Argentina, entre muchos otros.

El reconocimiento de esa fecha ha buscado crear conciencia entre la sociedad sobre la importancia de reconocer este tipo de duelo, muy invisibilizado y minimizado, además de llamar a los gobiernos a trabajar en políticas públicas para favorecer los derechos de estas madres y padres en el proceso hospitalario.

³⁵ NILMDS: En: <https://www.nowilaymedowntosleep.org/> Recuperado el 18 de marzo de 2020.



En el estudio que realizó la Revista Médico-Científica The Lancet en el 2016 “Acabando con las muertes intrauterinas prevenibles “que ya se ha citado anteriormente, se resaltan las consecuencias que el estigma y el tabú provocan en las familias que transitan por este duelo tan silenciado.

El propósito es entonces, que así como en varios países se conmemora oficialmente este día, en Colombia se involucre a toda la sociedad en torno al impacto de este tipo de muerte, la necesidad de promover cambios en la atención en salud en estos casos y la importancia de garantizar los derechos de las familias y mujeres en duelo por muerte gestacional y neonatal.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Sea lo primero afirmar que se estructura un problema jurídico a legislar sustentado en que, dentro de la revisión efectuada por los autores en el ordenamiento colombiano, no se encontró ninguna ley que haga referencia específica a parámetros de atención integral de la mujer y la familia que afrontan la muerte y el duelo gestacional y neonatal, como tampoco desarrollos reglamentarios.

Lo que se pudo evidenciar es que si bien el derecho a la salud incluye el recibir atención “integral e integrada y humanizada” en salud mental y “atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental” no concurren modelos de actuación en Colombia en materia de atención integral en caso de muerte gestacional y neonatal, lo cual se considera un factor determinante en el desarrollo de prácticas deshumanizantes en la atención en casos de muerte gestacional o neonatal, que afectan el bienestar emocional de dichas madres y padres.

Lo anterior demanda del legislativo hacer correctivos y establecer una política pública para trazar un lineamiento nacional y unos estándares de formación académica del talento humano en salud sobre este tema, que se traduzcan en mejoría de la atención en salud no solo desde el punto de vista tecnocientífico sino desde la perspectiva de humanización.

En este orden resulta de capital importancia que el Congreso de la República tramite esta iniciativa para que por fin se expida un lineamiento o política específica que dote a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del país como también a los profesionales que laboran en ellas, de un estándar mínimo de atención a quienes afrontan la muerte de sus hijos en etapa gestacional (1 a 40 semanas) o neonatal (1 a 28 días), como si existe en relación a las mujeres gestantes, niños y niñas, en donde se brindan pautas para materializar la atención integral en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), lo cual claramente está generando una evidente desigualdad.



Finalmente es importante precisar que, el Congreso debe procurar al máximo que quede garantizado en todo momento una atención de calidad a la mujer y las familias que afrontan la muerte de sus hijos/as durante la gestación, el parto o dentro de los primeros 28 días de vida tras el nacimiento, desde la óptica de la humanización, el respeto de la dignidad humana, el cuidado de la salud mental, y la efectividad de los derechos constitucionales y legales de la familia; sí eso no queda reflejado y garantizado en el contenido de la futura ley, se habrá perdido un tiempo importante en el Congreso de la República para que este instrumento de política pública sea integrado al ordenamiento jurídico en salud.

De aprobarse esta iniciativa, se “estaría dando un gran paso como país y como sociedad frente a un problema de salud pública que hoy se presenta a diario, y que hasta la fecha se encuentra desatendido.”

9. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

Teniendo en cuenta las consideraciones precedentes, ponemos en consideración del Honorable Congreso de la República este proyecto de ley que consulta y atiende la más importante exigencia social que clama la ciudadanía a favor de las mujeres y hogares colombianos.

atentamente,

MAURICIO GÓMEZ AMÍN
Senador de la República

MARTHA P. VILLALBA HODWALKER
Representante a la Cámara

GABRIEL VELASCO
Senador de la República

JEZMI BARRAZA ARRAUT
Representante a la Cámara



Victoria Sandino Simanca H.

VICTORIA SANDINO SIMANCA HERRERA

Senadora de la República

José Aulo Polo Narvaez

JOSÉ AULO POLO NARVAEZ

Senador de la República

Juan Fernando Reyes Kuri

JUAN FERNANDO REYES KURI

Representante a la Cámara

Horacio José Serpa

HORACIO JOSÉ SERPA MONCADA

Senador de la República

Fabian Castillo Suarez

FABIAN CASTILLO SUAREZ

Senador de la República

Rodrigo Villalba Mosquera

RODRIGO VILLALBA MOSQUERA

Senador de la República

Laura Ester Fortich Sánchez

LAURA ESTER FORTICH SÁNCHEZ

Senadora de la República

Manuel Bitervo Palchucán Chingal

MANUEL BITERVO PALCHUCÁN CHINGAL

Senador de la República

Ruby Helena Chagui Spath

RUBY HELENA CHAGUI SPATH

Senadora de la República

Hector Javier Vergara Sierra

HECTOR JAVIER VERGARA SIERRA

Representante a la Cámara



ANA MARIA CASTAÑEDA GOMEZ

Senadora de la República

NORMA HURTADO SÁNCHEZ

Representante a la Cámara

KAREN VIOLETTE CURE CORCIONE

Representante a la Cámara

SANDRA LILIANA ORTIZ

Senadora de la República

RICHARD AGUILAR VILLA

Senador de la República

CATALINA ORTIZ LALINDE

**Representante a la Cámara
Valle del Cauca**

LUIS FERNANDO VELASCO CHAVES

Senador de la República

JUAN CARLOS LOZADA VARGAS

Representante a la Cámara



REFERENCIAS

- Ministerio de Salud y Protección Social. Radicado No. 202121200334771 “Información Salud muerte fetal y perinatal” de fecha 1 de Marzo de 2021.
- Albuquerque, S., Pereira, M., & Narciso, I. (2016). Couple’s Relationship After the Death of a Child: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 30–53. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-015-0219-2>
- Aiyelaagbe, E., Scott, R. E., Holmes, V., Lane, E., & Heazell, A. E. P. (2017). Assessing the quality of bereavement care after perinatal death: development and piloting of a questionnaire to assess parents’ experiences. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol.37(1). 931–936. Recuperado de <https://bit.ly/2T0JCAG>
- Ávila-Morales & Juan Carlos. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional *latreia*, Vol.30(1). 216-229.
- Banco Mundial. (2019). Tasa de mortalidad, neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos). Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.NMRT?view=chart>
- Barreto, C., & Sánchez, J. (2019). Duelo perinatal: Revisión teórica. Universidad Minuto de Dios.
- Banerjee, J., Kaur, C., Ramaiah, S., Roy, R., & Aladangady, N. (2016). Factors influencing the uptake of neonatal bereavement support services – Findings from two tertiary neonatal centres in the UK. *BMC Palliative Care*. 15(1). 54. Recuperado de <https://bit.ly/2P9LQgh>
- Brusco, A. (2015). La humanización del mundo de la salud, desafío y compromiso. En Tarrarán A. & Calderón I. *La Humanización En Salud: Tarea Inaplazable*. Ed. San Pablo.
- Bermejo, J. (2018). *Counselling Humanista: Cómo humanizar las relaciones de ayuda*. Editorial San Pablo, Madrid.
- Cacciatore, J. (2017). ‘She used his name’: provider trait mindfulness in perinatal death counselling. *Estudios de Psicología*. 38(3). 639–666. Recuperado de <https://bit.ly/2HPBCO9>
- Camacho-Ávila, M., Fernández-Sola, C., Jiménez-López, F. R., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., Martínez-Artero, L., & Hernández-Padilla, J. M. (2019). Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 19(1). 512. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.uniandes.edu.co:8080/ehost/detail/detail?vid=0&sid=6beda9cb-5ea9-4fc4-8d49-fa61bfe23155%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=140452954>
- Cataluña (2016: Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. Guía de acompañamiento al duelo perinatal. En: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3323/guia_acompa%C3%B1amiento_duelo_perinatal_2016_cas.pdf?sequence=2&isAllowed=y



- Cahill C. (2017). Repositioning ethical commitments: Participatory action research as a relational praxis of social change. *ACME: An International E-Journal for Critical Geographies*. 6(3). 360-373.
- Congreso De La República (2013). Ley 1616 DE 2013, Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Frøen JF, Friberg IK, Lawn JE, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group. Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet* 2016; 387: 574–86; *Lancet* 2016; 387: 574–86 Published Online January 18, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00818-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00818-1)
- Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group, with The Lancet Ending Preventable Stillbirths investigator group. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* 2016; 387: 604–16 Published Online January 18, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)
- DANE. (S.f). Estadísticas Vitales nacimientos y defunciones. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>
- Fonseca-González M. (2010). El Duelo neonatal y su Manejo. México DF: Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia. Trabajo de investigación para pertenecer a la Asociación Mexicana de Tanatología. México DF.
- Holanda. Health service executive. (2016). National Standards for Bereavement Care Following Pregnancy Loss and Perinatal Death. Recuperado de <https://www.hse.ie/eng/services/news/media/pressrel/%20nationalstandardsbereavementcare%20.html>
- Instituto Nacional De Salud. Semana epidemiológica 12 (17 al 23 de marzo de 2019). En Boletín Epidemiológico Semanal (2019), Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2012.pdf>
- Instituto Nacional De Salud. Semana epidemiológica 09 (23 al 29 de febrero de 2020). En Boletín Epidemiológico Semanal (2020), Recuperado de https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_9.pdf
- Instituto Nacional de Salud (2016). Protocolo de vigilancia en salud pública, Mortalidad perinatal y neonatal tardía. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20neonatal.pdf>
- Isaza, S. (2015). La humanización del mundo de la salud, desafío y compromiso. En Tarrarán A. Y Calderón I. En *La Humanización En Salud: Tarea Inaplazable*. Ed. San Pablo. Prólogo Pág. 11
- López García de Madinabeitia, Ana Pía. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 31(1). 53-70. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&tng=es.
- Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group with The Lancet Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet* 2016; 387: 587–603 Published Online January 18, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5)
- Mejías M. del. C. (2012) Duelo perinatal: Atención Psicológica en los primeros momentos. *Revista Científica Higya*. N. 79. Colegio de Enfermería de Sevilla. Recuperado de <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia79.pdf#page=52>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (s.f.). Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS Plan de capacitación sectorial. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (s.f). Lineamientos para el Mejoramiento de la calidad de la gestión en el sistema de salud. En Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/02-lineamientos-calidad.pdf>



- Ministerio de Salud de Argentina. (2014). Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad. 58-76. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000513cnt-viabilidad.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014). La humanización en los lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/La%20Humanizaci%C3%B3n%20en%20los%20lineamientos%20PNMCS.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014) Anexo técnico Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). Certificación de las Defunciones Fetales. En Circular Conjunta 0037 de 2015. Recuperada de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-externa-conjunta-0037-de-2015.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). DECRETO 780 DE 2016. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), Plan Estratégico 2016-2021: Por un Sistema de Salud con un propósito humano hacia la innovación y la excelencia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). Política de Atención integral en Salud. Pag.21. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Plataforma Estratégica 2018-2022. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/plataforma-estrategica-2018-2022.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Resolución 3280 de 2018. Recuperada de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Boletín No. 6 de salud mental Oferta y Acceso a Servicios en Salud Mental en Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-6-salud-mental-2018.pdf>
- Neimeyer R. (2000) Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies.* ; Pg. 24:541-558).
- OMS. (2004). Invertir en salud mental. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- OMS (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales [internet]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- ONU. "Una tragedia olvidada carga mundial de la mortalidad fetal", United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), 'A Neglected Tragedy: The global burden of stillbirths', United Nations Children's Fund, New York, 2020.
- Ortiz, A. y Ibáñez, V. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev. Esp. Salud Publica* vol.85 no.6 Madrid nov./dic. 2011).
- Páez-Cala ML, Arteaga-Hernández LF. (2019) Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Revista Umanizalez.* 19(1):32-45. Recuperado de <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/2853/4848>
- Puerto Rico. Asamblea Legislativa. Ley 184 de 2016. Recuperado en: <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2016/lexl2016184.htm>



- Sonstegard L, Kowalski K, Jennings B. (1987). Kowalski k. Perinatal loss and bereavement. *Crisis and Illness in Childbearing (Women's Health)*, Vol 3. 25-42.
- Subred Sur E.S.E. (2020). Protocolo Manejo Integral Del Duelo HOS-SME-PT-02 V2.
- Reino Unido. (2017). National Bereavment Care Pathway for Pregnancy and Baby Loss. Recuperado de <https://nbcpathway.org.uk/>
- Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. (2018) Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Rev CES Med.* 32(2). 129-140.
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Green-top Guideline. 55. United Kingdom.
- UNICEF (2020). "Una tragedia olvidada: carga mundial de la mortalidad fetal", United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), 'A Neglected Tragedy: The global burden of stillbirths', United Nations Children's Fund, New York, 2020.
- United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), 'Levels & Trends in Child Mortality: Report 2019, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation', United Nations Children's Fund, New York, 2019.
- UNICEF. Devine.S, Taylor.G (2018) Cada vida cuenta: la urgente necesidad de poner fin a las muertes de los recién nacidos. UNICEF https://www.unicef.org/spanish/publications/files/Every_Child_Alive_The_urgent_need_to_end_newborn_deaths_SP.pdf
- Uma Manita. (s.f). Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Recuperado de https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/epen_y_umamanita_-_guia_para_la_atencion_a_la_muerte_perinatal_y_neonatal.pdf
- World Health Organization. (2001). The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Recuperado de https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
- TORRES DE GALVIS Y. "Costos asociados con la salud mental" *Rev. Cienc. Salud.* Bogotá, Colombia, vol.16 (2): 182-187, mayo-agosto de 2018. En: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n2/1692-7273-recis-16-02-182.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Recuperado de :<https://www.who.int/es/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
- Cardoso-Escamilla, M. E., Zavala-Bonachea, M. T. y Alva-López, M. C. (2017). Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 109-120. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.depm <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n2/v15n2a09.pdf>