



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXX - Nº 1758

Bogotá, D. C., jueves, 2 de diciembre de 2021

EDICIÓN DE 21 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE EN SENADO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 70 DE 2021 SENADO

por medio de la cual se decretan medidas para la superación de barreras de acceso a anticonceptivos en el sistema de salud colombiano.

Bogotá, 30 de noviembre de 2021

Honorable Senadora
NADIA BLEL SCAFF
Presidenta
Comisión Séptima
Senado de la República

Atención

Dr.
JESÚS MARÍA ESPAÑA
Secretario
Comisión Séptima
Senado de la República

Asunto. INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE EN SENADO AL PROYECTO DE LEY No. 70 DE 2021 SENADO "POR MEDIO DE LA CUAL SE DECRETAN MEDIDAS PARA LA SUPERACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO A ANTICONCEPTIVOS EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO"

Respetada presidenta, reciba un cordial saludo:

De conformidad con lo dispuesto por la Ley 5ª de 1992 y dando cumplimiento a la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de República, como ponente para Segundo Debate de esta iniciativa legislativa, me permito rendir **INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 70 DE 2021 SENADO "POR MEDIO DE LA CUAL SE DECRETAN MEDIDAS PARA LA SUPERACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO A ANTICONCEPTIVOS EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO"** en los siguientes términos:

La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

Tabla de contenido

<i>Antecedentes de la iniciativa</i>	2
<i>Objeto del proyecto</i>	2
<i>Antecedentes legales y constitucionales</i>	2
<i>Justificación y consideraciones del proyecto</i>	6
<i>Conflictos de interés</i>	10
<i>Impacto fiscal</i>	10
<i>Texto definitivo aprobado en primer debate en Comisión Séptima de Senado</i>	11
<i>Pliego de modificaciones</i>	13
<i>Proposición</i>	21
<i>Texto propuesto para segundo debate en el Senado de la República</i>	22

<p>Antecedentes de la iniciativa</p> <p>La presente iniciativa fue radicada por primera vez el 20 de julio del 2020 y fue repartida a la comisión séptima el 31 de julio de ese mismo año, siendo asignada como ponente para primer debate a la Senadora Victoria Sandino Simanca Herrera bajo el número 047 de 2021. El 30 de septiembre del 2020 fue aprobado para segundo debate siendo asignada como coordinadora ponente la Senadora Simanca Herrera junto con la Senadora Mila Patricia Romero Soto.</p> <p>El proyecto alcanzó a ser agendado para la plenaria del Senado pero se decidió solicitar el retiro el 2 de agosto de 2021, y radicar de nuevo en la presente legislatura, lo que se hizo con la asignación del No. 70/2021, el cual fue remitido a la COMISIÓN SÉPTIMA DE SENADO, con ponente y autora única designada: H.S. Victoria Sandino Simanca Herrera.</p> <p>Así las cosas, el proyecto fue repartido a comisión séptima el 12 de agosto. La exposición fue radicada en la Gaceta no. 904 de 2021, y tuvo su primer debate el 12 de octubre del presente año. El proyecto fue aprobado por unanimidad con 10 votos a favor, ninguno en contra y ninguna abstención. Al tratarse de su segunda presentación, el proyecto había conciliado en su primera ocasión las observaciones de las demás senadoras y senadores de la Comisión Séptima del Senado. Por lo tanto su votación fue expedita y no hubo proposiciones.</p> <p>Durante el curso de su aprobación, la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo - AFIDRO, nos hizo llegar unas observaciones que se han recogido en parte para este segundo informe de ponencia y que se presentarán, tanto en cuadro de modificaciones como en el texto a considerar para el segundo debate.</p> <p>Objeto del proyecto</p> <p>La presente Ley tiene por objeto la superación de las barreras de acceso a anticonceptivos para contribuir a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las y los colombianos.</p> <p>Antecedentes legales y constitucionales</p> <p>Los derechos sexuales y reproductivos (DDRRSS) en nuestro país están plenamente reconocidos desde la Constitución Política en los artículos 13, 15, 16 y 42, en este sentido también existen decretos, resoluciones y jurisprudencia que sustentan la existencia de los DDRSS. De conformidad con lo señalado por la corte Constitucional “Los derechos sexuales y reproductivos reconocen y protegen la facultad de las personas, hombres y mujeres, de tomar decisiones libres sobre su sexualidad y su reproducción y otorgan los recursos necesarios para hacer efectiva tal determinación”.</p>	<p>Esta primera aproximación según la Corte abarcan pretensiones de libertad, que exigen del Estado abstenciones, pero también contienen reivindicaciones de tipo prestacional, que requieren del mismo una actividad concreta, las cuales deberán ser desarrolladas por el legislador y la administración para determinar específicamente las prestaciones exigibles y las condiciones para acceder a las mismas, las instituciones obligadas a brindarles atención, y su forma de financiación, teniendo en cuenta que se debe atender, de modo prioritario, a quienes más lo necesitan, tal y como sucede con todos los derechos según la jurisprudencia constitucional (Sentencia T 732 de 2009). En esta tarea, tanto el legislador como la administración deberán respetar los mandatos constitucionales y los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia que hacen parte del bloque de constitucionalidad (artículo 93 de la Constitución), para lo cual deben tener en cuenta las interpretaciones que los órganos autorizados han hecho sobre el alcance de los derechos que reconocen estas normas (Sentencia T 732 de 2009).</p> <p>Con fundamento en la Constitución, la jurisprudencia constitucional y los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia es posible afirmar que los derechos reproductivos reconocen y protegen (i) la autodeterminación reproductiva y (ii) el acceso a servicios de salud reproductiva. Tanto hombres como mujeres son titulares de estos derechos, sin embargo, es innegable la particular importancia que tiene para las mujeres la vigencia de los mismos ya que la determinación de procrear o abstenerse de hacerlo incide directamente sobre su proyecto de vida pues es en sus cuerpos en donde tiene lugar la gestación y, aunque no debería ser así (T732 de 2009), son las principales responsables del cuidado y la crianza de los hijos e hijas, a lo que se añade el hecho de que han sido históricamente despojadas del control sobre su cuerpo y de la libertad sobre sus decisiones reproductivas por la familia, la sociedad y el Estado.</p> <p>La Corte señala entonces que en virtud de la autodeterminación reproductiva se reconoce, respeta y garantiza la facultad de las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia. Ello encuentra su consagración normativa en el artículo 42 de la Constitución que prescribe que “la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos” y en el artículo 16, ordinal e), de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) (T732 de 2009) que reconoce el derecho de la mujer y el hombre a decidir libremente sobre el número de sus hijos e hijas y el intervalo entre los nacimientos. Este derecho reconoce a las personas, en especial las mujeres, el derecho a estar libres de todo tipo de interferencias en la toma de decisiones reproductivas, incluida la violencia física y psicológica, la coacción y la discriminación, pues no se deben sufrir tratos desiguales injustificados por razón de las decisiones reproductivas, sea que se decida tener descendencia o no (artículos 13 y 42 de la Constitución y artículo 11.2 de la CEDAW).</p> <p>Por tanto, se viola el derecho a la autodeterminación reproductiva cuando se presentan, por ejemplo, embarazos, esterilizaciones, abortos o métodos de anticoncepción forzados o cuando se solicitan pruebas de esterilización o de embarazo para acceder o permanecer en un empleo. Por su parte señala que los derechos reproductivos reconocen, respetan y garantizan la facultad de las personas, en especial a las mujeres, de acceder a servicios de salud reproductiva. Estos incluyen, entre otros,</p>
<p>(i) Educación e información sobre toda gama de métodos anticonceptivos, acceso a los mismos y posibilidad de elegir aquél de su preferencia, prestación que está reconocida en los artículos 10 y 12 de la CEDAW y en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña.</p> <p>(ii) Interrupción voluntaria del embarazo de forma segura en aquellos casos en que es legal, sin la exigencia de requisitos inexistentes.</p> <p>(iii) Medidas que garanticen una maternidad libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia y que brinden las máximas posibilidades de tener hijos sanos. Al respecto, el artículo 43 de la Constitución prescribe que “durante el embarazo y después del parto [la mujer] gozará de especial asistencia y protección del Estado”. Por su parte, el artículo 12 de la CEDAW impone a los Estados la obligación de asegurar “a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”. Así mismo, el artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño los obliga a proporcionar “atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres”.</p> <p>(iv) Por último, la prevención y tratamiento de las enfermedades del aparato reproductor femenino y masculino. Al respecto, en la sentencia T-605 de 2007, esta Corte protegió el derecho a la salud de una mujer y ordenó a una EPS practicarle una “cirugía desobstructiva de las Trompas de Falopio y retiro de adherencias del óvulo izquierdo”, excluida del Plan Obligatorio de Salud, para poner fin a una enfermedad que le impedía procrear. Así mismo, en la sentencia T-636 de 2007, con el mismo argumento, se ordenó a una EPS practicar a una mujer un examen de diagnóstico denominado “cariotipo materno” con el objetivo de determinar la causa de sus constantes abortos espontáneos. Con el mismo fundamento normativo, es posible sostener que los derechos sexuales reconocen, respetan y protegen (i) la libertad sexual y (ii) el acceso a los servicios de salud sexual.</p> <p>En virtud del derecho a la libertad sexual las personas tienen derecho a decidir autónomamente tener o no relaciones sexuales y con quién (artículo 16 de la Constitución). En otras palabras, el ámbito de la sexualidad debe estar libre de todo tipo de discriminación, violencia física o psíquica, abuso, agresión o coerción, de esta forma se proscriben, por ejemplo, la violencia sexual, la esclavitud sexual, la prostitución forzada.</p> <p>De igual forma, los derechos sexuales reconocen, respetan y garantizan la facultad de las personas de acceder a servicios de salud sexual, los cuales deben incluir, básicamente:</p> <p>(i) Información y educación oportuna, veraz, completa y libre de prejuicios sobre todos los aspectos de la sexualidad,</p>	<p>(ii) El acceso a servicios de salud sexual de calidad que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio de la sexualidad, y</p> <p>(iii) Educación e información sobre toda gama de métodos anticonceptivos y acceso a los mismos en condiciones de calidad y la posibilidad de elegir aquél de su preferencia, lo cual es un punto de contacto evidente entre los derechos sexuales y reproductivos. La jurisprudencia constitucional ha afirmado que los derechos sexuales y reproductivos están protegidos por la Constitución de 1991 ya que “han sido finalmente reconocidos como derechos humanos, y como tales, han entrado a formar parte del derecho constitucional, soporte fundamental de todos los Estados democráticos”.</p> <p>Sin embargo, es necesario señalar que, en materia legislativa, a pesar de la existencia de algunos avances, se hace urgente adelantar la construcción de herramientas legales que fortalezcan la exigencia de los DRS. Este proyecto de ley tiene como objetivo robustecer las herramientas existentes para el acceso a anticonceptivos, esto teniendo en cuenta el poder acceso a ellos es un pilar fundamental de la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.</p> <p>En Colombia, la Norma vigente sobre anticoncepción para hombres y mujeres (Resolución 769 de 2008 y 1973 de 2008) indica la obligatoriedad de los servicios de salud de ofrecer información en anticoncepción, suministrar el método anticonceptivo que más se ajuste a las necesidades y brindar el seguimiento de su uso, para que las personas o parejas puedan ejercer el derecho a decidir libre y responsablemente si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos. Las personas tienen derecho a prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, entre ellos el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) / sida, mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos (MinSalud, 2016).</p> <p>Actualmente, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva incluida la anticoncepción está contemplado en la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014), la cual entiende la sexualidad como una condición humana prioritaria para el desarrollo de las personas. Y en esta medida, enmarca la anticoncepción dentro del principio de la libertad sexual y libertad reproductiva expresado en el respeto a la dignidad humana, que, a su vez potencia el ejercicio de derechos sexuales como: el de fortalecer la autonomía en el ejercicio de la sexualidad, explorar y disfrutar de una vida sexual placentera, protegerse y prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.</p> <p>Sin embargo y a pesar de que existen estas disposiciones, el acceso a anticonceptivos* aún está mediado por una serie de barreras que deben ser derribadas para garantizar los DRS y el derecho a la salud de forma integral, así mismo es necesario que estas disposiciones tengan un soporte legal que las potencie y les permita cumplir sus objetivos.</p> <p>El objetivo principal del proyecto de ley es empezar a generar herramientas normativas que permitan la satisfacción de los derechos sexuales y reproductivos de la población colombiana, en este sentido se plantean una serie de artículos encaminados superar las barreras de acceso a anticonceptivos,</p>

sobre todo las que sufren las personas que se encuentran en situaciones desventajosas para la exigencia y garantía de sus derechos sexuales y reproductivos.

Justificación y consideraciones del proyecto

Los estados tienen la obligación legal de respetar, y garantizar los derechos consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos a los que se han sometido voluntariamente. Dentro de estas obligaciones encontramos restricciones de actuación, es decir obligaciones negativas, así como medidas que se deben adoptar consideradas obligaciones positivas. En esta vía, el deber de garantía le exige a los Estados no solamente adelantar acciones para garantizar los derechos sino también no entorpecer directa o indirectamente el disfrute de estos. Esto aplica de forma especial en el caso de los grupos poblacionales más vulnerables y/o históricamente excluidas, entre ellos las mujeres. En esta vía el Estado debería abolir toda política y ley discriminatoria y todo funcionario o funcionaria debería abstenerse de realizar cualquier práctica o acción discriminatoria que afecte el goce de los derechos de las mujeres. Partiendo de esta premisa fundamental y entendiendo que los Derechos Sexuales y Reproductivos son parte fundamental de la integralidad del derecho a la salud, los Estados y, por tanto, sus instituciones, funcionarios y funcionarias tienen el deber de respetar el acceso a estos asegurando el respeto las decisiones de las mujeres y la abstención de interferencias que puedan generar barreras que obstaculicen el acceso a anticonceptivos.

Por su parte el deber de garantía incluye "el deber de los Estados Partes de organizar todo el aparato gubernamental y, en general, todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder público, de manera tal que sean capaces de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos. Como una categoría de los Derechos Humanos que deben garantizar los estados se encuentran los derechos sexuales y reproductivos, que incluyen el derecho a decidir libremente el número y espaciamiento de hijos como de disponer de la información, educación y los medios necesarios para poder hacerlo, así como "el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción."

El derecho a la salud se encuentra establecido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), como el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, esto incluyendo una sexualidad libre, sana y sin violencias. Este derecho debe ser leído de la mano con lo establecido en las plataformas de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) que al respecto dice:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema

reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia a su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Así mismo las mujeres tienen instrumentos específicos que mandatan la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos, entre ellos se encuentran la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), documento que incluye la salud reproductiva como parte integral del derecho a la salud. Así mismo, la CEDAW (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer) establece el derecho de las mujeres a tomar decisiones sobre su vida reproductiva en condiciones de igualdad dentro del ámbito familiar y de la salud, así como la obligación del Estado de garantizar el acceso a servicios adecuados de atención médica, información, asesoramiento y educación en materia de planificación de la familia.

Tanto el Comité CEDAW como la CIDH han señalado que los Estados tienen, entre sus obligaciones positivas, el deber de proteger la vida, la salud y la integridad personal de las mujeres, especialmente promoviendo y garantizando el acceso a servicios de salud materna libres de toda discriminación. El Comité de la CEDAW también ha resaltado "la obligación de los Estados Partes de respetar el acceso de las mujeres a los servicios médicos y de abstenerse de "poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud", por tanto "Son aceptables los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas".

Se calcula que en los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad férvida desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno. Estas cifras aterrizadas en Colombia son similares, así entonces existen un gran número de mujeres* en edad reproductiva que no desean ser madres y que no acceden a anticonceptivos debido a diversas barreras de tipo político, cultural, administrativo y territorial, unas de las principales barreras que se identificadas son:

- Poca variedad de métodos

- Acceso limitado a métodos anticonceptivos, particularmente por parte de los jóvenes y los segmentos más pobres de la población.
- Temor a los efectos colaterales.
- Oposición por razones culturales o religiosas
- Servicios de mala calidad
- Errores de principio de los usuarios y los proveedores
- Fragmentación de la atención
- Contratación del servicio de planificación familiar por parte de la EPS solo con baja complejidad
- Oportunidad de cita a más de un mes en red pública y privada.
- Oferta limitada del condón masculino de látex y anticoncepción de emergencia no obstante estar en el POS.
- Barreras culturales y religiosas de los profesionales que atienden la asesoría.
- Oferta de consulta de planificación familiar y entrega de métodos anticonceptivos solo en zonas urbanas. (Costos del transporte a cargo del usuario).
- Barreras de género (OMS; 2018).

Las barreras de acceso a métodos anticonceptivos tienen un impacto directo en la garantía y ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Como se puede observar en el anterior enunciado, muchas de las barreras pueden ser tratadas mediante políticas estatales que promuevan el libre acceso a anticonceptivos en los territorios por parte de las poblaciones vulnerables y con asesorías profesionales apropiadas. En el tema de género, existe evidencia alrededor de los beneficios que conciernen al acceso informado, autónomo y efectivo de la oferta de métodos de anticoncepción, estos se evidencian en problemas relacionados con la gestación no planeada ni deseada, la morbilidad asociada y los desenlaces; Así mismo en la protección frente a Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), abortos clandestinos e inseguros, dinámicas de violencia basadas en género, aumento del riesgo psicosocial, entre otros.

Que el Estado pueda garantizar los DRS depende en gran parte de la correcta capacitación de profesionales de la salud, en este sentido es necesario fortalecer los programas de formación de estos pues se identifica como una barrera de acceso "las perspectivas culturales y religiosas de los profesionales que atienden la asesoría", es menester poner de presente que la sentencia T-732 de 2009 de la honorable Corte Constitucional dice que es obligación del Estado desarrollar y asegurar acciones tendientes a garantizar los DRS, entre ellos la disposición de personal capacitado para atender las necesidades de la población.

Ahora, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2015) la necesidad insatisfecha de acceso a métodos anticonceptivos de las mujeres entre 13 y 49 años es mayor en las que no tienen educación formal, las que están en mayor condición de pobreza y en las que viven en el área rural. Es decir, en las mujeres de la zona rural, la necesidad insatisfecha continúa siendo mayor (7%) con relación a la de la zona urbana (5,1%). Más de la mitad de las mujeres sin educación tienen una mayor necesidad insatisfecha (11,9%) con respecto a las que tienen educación superior (5%). Y las

mujeres con el nivel más bajo de riqueza presentan mayor necesidad insatisfecha (8%) con respecto a las del nivel más alto (3,2%). Así mismo, la ENDS 2015 evidencia que Bogotá tiene la prevalencia más alta (80 %) de uso actual de métodos anticonceptivos y Atlántico la más baja (69 %). Así mismo, muestra que el mayor uso de la píldora se da en la región Central (9 %), DIU en Bogotá (11 %), inyección mensual en la Orinoquía y Amazonia (12 %) y el condón masculino en la región Oriental (8 %).

En el caso de los hombres es importante resaltar el estudio "Vasectomías en Colombia: ¿cómo adaptar los servicios de salud a las necesidades de los hombres?". Este estudio ha demostrado que el perfil de los hombres que acceden a la vasectomía en Colombia es de un hombre joven entre 30 y 40 años, de los estratos 2 y 3, residente en zonas urbanas, al menos con un nivel educativo de básica secundaria, casado y con hijos, y contribuyente al sistema de salud. Así, esta investigación resalta la persistencia de barreras de tipo social y cultural que afectan el uso de este método anticonceptivo. Por esto, se recomienda ampliar la vasectomía como opción disponible y de fácil acceso para los hombres; eliminar estereotipos de género, y promover que hombres y mujeres compartan responsabilidades anticonceptivas; implementar modelos de atención en salud sexual y reproductiva más inclusivos y centrados también en las necesidades de los hombres.

Las barreras de acceso a la anticoncepción también están relacionadas con las determinantes sociales de la salud. El estudio "Identificación de poblaciones con mayor necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en Colombia" de Profamilia concluyó a partir de datos de la ENDS y otros indicadores socio demográficos en el país, que la demanda no satisfecha en métodos anticonceptivos es mayor entre los hogares que presentan privaciones en las 15 variables del Índice de Pobreza Multidimensional, siendo la inasistencia escolar y las barreras de acceso a servicios de cuidados para la primera infancia las privaciones con los mayores niveles.

Otras privaciones que aumentan la necesidad insatisfecha de anticonceptivos son la no afiliación a la seguridad social en salud, el hacinamiento crítico, las viviendas con piso de tierra y, la carencia de saneamiento básico. De igual modo, se resalta que "cerca al 5% de los hogares en Colombia tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos; que esta necesidad llega al 10% en los hogares con menores de 6 años que tienen barreras de acceso a servicios de cuidado para la primera infancia; que, a su vez, en este mismo grupo, la necesidad insatisfecha llega al 17% entre los hogares que no tienen acceso a fuentes de aguas mejoradas y, al 23% cuando adicionalmente en estos hogares hay personas mayores de 6 años sin seguridad social en salud." Como se puede observar, la demarcación de diferentes barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, están marcadas por condiciones socioeconómicas, de género, geográficas, de curso de vida y culturales.

Es necesario entonces implementar acciones tendientes a reducir estas brechas, así lo señala la Corte Constitucional en la sentencia T- 732 de 2009 quien específicamente señala la obligación estatal de proporcionar protección especial y diferenciada a favor de mujeres vulnerables, afro, indígenas, víctimas del conflicto armado etc. Son estas mujeres a quienes deben ir dirigidos de manera especial los esfuerzos frente a la garantía de los DSR y específicamente en materia de anticoncepción. Al

día de hoy en el Plan Obligatorio de Salud (POS) están incluidos una variedad amplia de anticonceptivos, sin embargo, las barreras de acceso han impedido que la población pueda adquirir los anticonceptivos de manera eficaz. Acá algunos de ellos:

- Condón masculino de látex con doble propósito, de anticoncepción y prevención de ITS (Artículo 20, Resolución 5521 de 2013)
- Implante Subdérmico de Levonorgestrel de 75 miligramos (mujeres)
- Implante Subdérmico de Etonorgestrel de 68mg (Artículo 132 Res. 5521 de 2013)
- Dispositivo intrauterino TCU 380º
- Levonorgestrel de 75 miligramos (píldoras de Anticoncepción de emergencia)
- Levonorgestrel de 0.03 miligramos (mini píldora o píldoras de lactancia materna)
- Levonorgestrel y etinilestradiol tabletas (incluye todas las concentraciones disponibles)
- Noretindrona + etinilestradiol tabletas (incluye todas las concentraciones disponibles)
- Medroxiprogesterona + etinilestradiol. Inyectable mensual
- Medroxiprogesterona inyectable trimestral
- Anticoncepción definitiva para mayores de 18 años: Tubectomía (mujeres) y Vasectomía (hombres).

Para finalizar es necesario decir que, si bien se registra una mejoría significativa en términos de la cobertura global en el uso de anticonceptivos, existen profundas inequidades en salud que se expresan en barreras de acceso, con su impacto concomitante en la salud de las personas más vulnerables y a las que el sistema no ha podido llegar. El sistema de salud de Colombia ha creado nuevos tipos de itinerarios en los que la atención en salud no depende de las necesidades de las personas o de la valoración médica, pero sí del cumplimiento exitoso de las normas administrativas del sistema y los costos financieros (Abadia, 2010).

Debido a esto, la urgencia y relevancia de implementar estrategias y medidas de seguimiento a la garantía del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Es el objeto concreto de este proyecto de ley avanzar en la garantía de estos derechos en el tema de anticoncepción.

Conflictos de interés

En virtud del Artículo 286 de la Ley 5 de 1992 y del Artículo 1 de la ley 2003 de 2009, este proyecto de ley reúne las condiciones de los literales a y b de las circunstancias en las cuales es inexistente el conflicto de interés, toda vez que es una iniciativa de interés general que puede coincidir y fusionarse con los intereses del electorado.

Impacto fiscal

El parágrafo del artículo 334 de la Constitución Política, la regla fiscal no puede aplicarse de manera tal que se menoscaben los derechos fundamentales, se restrinja su alcance o se niegue su protección efectiva. Se trata de un imperativo que subordina toda decisión a la imposibilidad de afectar el goce efectivo de los citados derechos constitucionales. Por ello, en forma categórica, el inciso 4 del artículo 1 del Acto Legislativo No. 03 de 2011, dispone que: “En ningún caso se afectará el núcleo esencial de los derechos fundamentales”, en este caso del derecho a la salud.

1. Las asesorías brindadas por los/as profesionales y funcionarios/as deberán fomentar el trato humanizado, respetuoso, sin discriminación, por sexo, raza, edad, orientación sexual, identidad de género o diagnósticos médicos pre-existentes, que responda a criterios médicos y científicos y provea información objetiva para la toma de decisiones libre e informada.
2. Actualización de variables en los sistemas de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a las necesidades de adaptabilidad respecto del servicio de orientación y atención de la anticoncepción y de la vivencia de la sexualidad segura. Priorizando variables que identifiquen, reconozcan y reafirmen grupos discriminados.
3. Avances, métodos, herramientas, medicamentos, tratamientos, y procedimientos médicos-científicos, que den respuesta a las necesidades en anticoncepción y sexualidad segura, garantizando una oferta actualizada a la realidad de los grupos poblacionales diferenciales.
4. Se debe dar a conocer la amplia gama de anticonceptivos que cubre el Plan de Beneficios en Salud (PBS) para orientar acertadamente en el método que más favorezca a quien consulta.
5. Deberá incluirse en la formación a los funcionarios y funcionarias la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud o la normatividad que la modifique o complemente.

Artículo 4º. Ampliación territorial de la información y acceso a los métodos anticonceptivos. El Ministerio de Salud fortalecerá y promoverá la información y el acceso a métodos anticonceptivos, a nivel nacional, generando medidas en especial en las zonas más apartadas, de conformidad con el índice de las necesidades de planificación familiar, haciendo énfasis en la corresponsabilidad que debe existir entre hombres y mujeres en materia de anticoncepción, priorizando los territorios donde se presente mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual y a los grupos poblacionales más vulnerables, para ello deberá tener en cuenta como mínimo:

1. Gestionar la conformación institucional de promotores y promotoras juveniles para grupos poblacionales priorizados, con el fin de apoyar brigadas de información comunitarias sobre Derechos Sexuales y Reproductivos.
2. Fortalecer la participación, empoderamiento y construcción de redes de apoyo y grupos de trabajo sobre problemáticas y necesidades diferenciales de Salud Sexual y Reproductiva, que promuevan los métodos anticonceptivos y de planificación familiar con el propósito de lograr una sexualidad segura, para grupos poblacionales vulnerables y sujetos de especial protección.

Texto definitivo aprobado en primer debate en Comisión Séptima de Senado

(DISCUTIDO Y APROBADO EN LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA, EN SESIÓN ORDINARIA MIXTA (PRESENCIAL Y VIRTUAL) DE FECHA: MARTES 12 DE OCTUBRE DE 2021, SEGÚN ACTA No.20, DE LA LEGISLATURA 2021-2022)

AL PROYECTO DE LEY No. 070 DE 2021 SENADO

“POR MEDIO DE LA CUAL SE DECRETAN MEDIDAS PARA LA SUPERACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO A ANTICONCEPTIVOS EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO”

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. Avanzar hacia el establecimiento de medidas en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, de género y diferencial que garanticen el respeto pleno del derecho fundamental a la salud, adaptando la oferta de servicios de anticoncepción hacia la vivencia de una sexualidad segura.

Artículo 2º. Información y atención. Las citas médicas para solicitar y acceder a métodos anticonceptivos, de Información, Prevención, Diagnóstico-Detección y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual para hombres y mujeres serán de carácter prioritario, los actores del sistema en seguridad social en salud (SGSSS) implementarán mecanismos que garanticen el respeto pleno del derecho fundamental a la salud, el principio de libre elección y adaptabilidad, empleando los criterios científicos y los principios de autonomía, accesibilidad, universalidad y equidad de conformidad con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, o la norma que la adicione, sustituya o modifique.

Artículo 3º. Reglamentación. El Ministerio de Salud dentro de los 6 meses siguientes a la publicación de esta ley establecerá los lineamientos técnicos dirigidos a desarrollar un programa de formación sobre anticoncepción y la vivencia de la sexualidad segura con enfoque de derechos, de género y diferencial, que se impartirá a los/as profesionales y funcionarios/as del sector salud que deberá contener al menos los siguientes criterios:

3. Coordinar con las entidades que corresponda la simplificación de los procedimientos administrativos para este tipo de servicios en los lugares más apartados del país.
4. Coordinar con las entidades que corresponda el fortalecimiento de las capacidades de los proveedores de salud, priorizando los niveles de atención primaria en salud.

Artículo 5º. Acceso prioritario. Los sujetos de especial protección, personas en condición de vulnerabilidad, personas en proceso de reincorporación, así como los adolescentes, personas afrocolombianas, indígenas, personas en situación de discapacidad, víctimas del conflicto armado, víctimas de violencia sexual, población LGTBI y migrantes tendrán especial atención, derecho a la información y acceso a métodos anticonceptivos.

Artículo 6º: La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

Pliego de modificaciones

Texto aprobado en primer debate - Comisión Séptima de Senado	Propuesta de texto presentado para segundo debate en Senado	Justificación
Título: “POR MEDIO DE LA CUAL SE DECRETAN MEDIDAS PARA LA SUPERACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO A ANTICONCEPTIVOS EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO”	“POR MEDIO DE LA CUAL SE DECRETAN MEDIDAS PARA LA SUPERACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO A ANTICONCEPTIVOS EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO”	Se mantiene igual
Artículo 1º. Objeto. Avanzar hacia el establecimiento de medidas en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, de género y diferencial que garanticen el respeto pleno del derecho fundamental a la salud, adaptando la oferta de	Artículo 1º. Objeto. Avanzar hacia el establecimiento de <u>medidas que eliminen las barreras de acceso a la atención integral en salud sexual y reproductiva</u> con enfoque de derechos, de género y diferencial a <u>nivel territorial</u> , que garanticen el respeto pleno	En estos aportes realizados por AFIDRO, se reitera claramente que el centro de buena parte de la iniciativa es la eliminación de las BARRERAS DE ACCESO , y claramente se comparte que se trata del núcleo duro de la iniciativa. Se comparte el énfasis territorial

<p>servicios de anticoncepción hacia la vivencia de una sexualidad segura.</p>	<p>del derecho fundamental a la salud, adaptando la oferta de servicios de anticoncepción hacia la vivencia de una sexualidad segura</p>	<p>como una mirada sobre el sistema de salud que permite comprender, precisamente, las particularidades de cada uno de aquellos.</p>	<p><u>El Ministerio de Salud y Protección Social definirá e implementará los mecanismos que garanticen el cumplimiento de lo aquí dispuesto</u>, el respeto pleno del derecho fundamental a la salud, el principio de libre elección y adaptabilidad, empleando los criterios científicos y los principios de autonomía, accesibilidad, universalidad y equidad de conformidad con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, o la norma que la adicione, sustituya o modifique.</p>		
<p>Artículo 2º. Información y atención. Las citas médicas para solicitar y acceder a métodos anticonceptivos, de Información, Prevención, Diagnóstico-Detección y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual para hombres y mujeres serán de carácter prioritario, los actores del sistema en seguridad social en salud (SGSSS) implementarán mecanismos que garanticen el respeto pleno del derecho fundamental a la salud, el principio de libre elección y adaptabilidad, empleando los criterios científicos y los principios de autonomía, accesibilidad, universalidad y equidad de conformidad con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, o la norma que la adicione, sustituya o modifique.</p>	<p>Artículo 2º. Información y atención. Las citas médicas así como <u>las consultas de consejería en salud sexual y reproductiva no requerirán de autorizaciones administrativas para su acceso, serán prioritarias, de obligatorio cumplimiento y seguimiento, y tendrá como foco: educar en derechos y deberes a la población; prevención, diagnóstico, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual; selección, garantía de acceso y seguimiento del método anticonceptivo pertinente acorde a su estado de salud y necesidades, y realización del seguimiento de los resultados en salud priorizados por Ministerio de Salud y Protección Social.</u> <u>Este seguimiento se hará prioritariamente con foco en los segmentos poblacionales de mayor riesgo como niñas, niños y adolescentes; al igual que hombres y mujeres en edad fértil y con comorbilidades, y enfoque diferencial en poblaciones de zonas rurales y rurales dispersas.</u></p>	<p>Se considera que los aportes de AFIDRO agregan calidad técnica y especificidad al artículo, amplía y refuerza la noción de goce efectivo del derecho. Sin embargo, se mantiene el acceso a las citas médicas que se solicitan a las y los distintos agentes prestadores del sistema, porque muchas veces es el primer mecanismo de acercamiento de las y los usuarios a las inquietudes que tienen al respecto, y es allí justamente donde, no pocas veces se presenta la primera barrera de acceso.</p>	<p>Artículo 3º. Reglamentación. El Ministerio de Salud dentro de los 6 meses siguientes a la publicación de esta ley establecerá los lineamientos técnicos dirigidos a desarrollar un programa de formación sobre anticoncepción y la vivencia de la sexualidad segura con enfoque de derechos, de género y diferencial, que se impartirá a los/as profesionales y funcionarios/as del sector salud que deberá contener al menos los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las asesorías brindadas por los/as profesionales y funcionarios/as deberán fomentar el trato humanizado, 	<p>Artículo 3º. Reglamentación. El Ministerio de Salud dentro de los 6 meses siguientes a la publicación de esta ley establecerá los lineamientos técnicos dirigidos a desarrollar un programa de formación sobre anticoncepción y la vivencia de la sexualidad segura con enfoque de derechos, de género y diferencial, que se impartirá a los/as profesionales y funcionarios/as del sector salud que deberá contener al menos los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las asesorías brindadas por los/as profesionales y funcionarios/as deberán fomentar el trato humanizado, 	<p>La modificación del numeral dos sugerida por AFIDRO es acogida de manera general ya que, nuevamente, da mayor especificidad técnica y coloca algunos criterios de vigilancia importantes. A pesar de que esta organización sugiere la eliminación de los indicadores sobre grupos discriminados, este aspecto resulta clave para muchas de las organizaciones y grupos de interés con quienes se consultó el proyecto, por tanto se mantiene. AFIDRO además sugiere que se ordene incluir dentro del articulado el siguiente numeral: <i>“Todas las facultades de salud en pre y postgrado deberán ampliar en sus pensum educativos la</i></p>
<p>respetuoso, sin discriminación, por sexo, raza, edad, orientación sexual, identidad de género o diagnósticos médicos pre-existentes, que responda a criterios médicos y científicos y provea información objetiva para la toma de decisiones libre e informada.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Actualización de variables en los sistemas de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a las necesidades de adaptabilidad respecto del servicio de orientación y atención de la anticoncepción y de la vivencia de la sexualidad segura. Priorizando variables que identifiquen, reconozcan y reafirmen grupos discriminados. 3. Avances, métodos, herramientas, medicamentos, tratamientos, y procedimientos médicos-científicos, 	<p>respetuoso, sin discriminación, por sexo, raza, edad, orientación sexual, identidad de género o diagnósticos médicos pre-existentes, que responda a criterios médicos y científicos y provea información objetiva para la toma de decisiones libre e informada.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. <u>Definición e implementación de un sistema de información y trazabilidad de los indicadores de proceso y resultado en salud sexual y reproductiva, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social que debe incluir: seguimiento semestral del cumplimiento a nivel territorial para la vigilancia activa frente al logro de metas en salud.</u> <u>El sistema de información deberá contener actualización de variables capaces de hacer la trazabilidad del grado de adaptabilidad respecto de servicios de orientación y atención de la anticoncepción y de la vivencia de la</u> 	<p>formación en salud sexual y reproductiva, políticas públicas orientan esta dimensión (Rutas de atención integral, indicadores de salud pública y acceso, grupos en riesgo, etc), anticoncepción, y su importancia transversal en los diferentes estados de salud y ciclo de vida de hombres y mujeres. Lo anterior para mejorar el nivel de conocimiento de los profesionales en salud y la incorporación de estos conocimientos para la orientación y toma de decisiones informadas en favor del estado de salud de la población objeto de la presente regulación.” Sin embargo se consideró que este tipo de estipulaciones deben ser concertadas con las instituciones educativas respectivas, ya que podría resultar violatorio de la autonomía universitaria que tiene rango constitucional.</p>	<p>que den respuesta a las necesidades de anticoncepción y sexualidad segura, garantizando una oferta actualizada a la realidad de los grupos poblacionales diferenciales.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Se debe dar a conocer la amplia gama de anticonceptivos que cubre el Plan de Beneficios en Salud (PBS) para orientar acertadamente en el método que más favorezca a quien consulta. 5. Deberá incluirse en la formación a los funcionarios y funcionarias la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud o la normatividad que la modifique o complemente. 	<p>sexualidad segura, priorizando aquellas que identifiquen, reconozcan y reafirmen grupos discriminados.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Avances, métodos, herramientas, medicamentos, tratamientos, y procedimientos médicos-científicos, que den respuesta a las necesidades en anticoncepción y sexualidad segura, garantizando una oferta actualizada a la realidad de los grupos poblacionales diferenciales. 4. Se debe dar a conocer la amplia gama de anticonceptivos que cubre el Plan de Beneficios en Salud (PBS) para orientar acertadamente en el método que más favorezca a quien consulta. 5. Deberá incluirse en la formación a los funcionarios y funcionarias la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud o la normatividad que la 	

<p>Artículo 4°. Ampliación territorial de la información y acceso a los métodos anticonceptivos. El Ministerio de Salud fortalecerá y promoverá la información y el acceso a métodos anticonceptivos, a nivel nacional, generando medidas en especial en las zonas más apartadas, de conformidad con el índice de las necesidades de planificación familiar, haciendo énfasis en la corresponsabilidad que debe existir entre hombres y mujeres en materia de anticoncepción, priorizando los territorios donde se presente mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual y a los grupos poblacionales más vulnerables, para ello deberá tener en cuenta como mínimo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestionar la conformación institucional de promotores y promotoras juveniles para grupos poblacionales prioritizados, con el fin de apoyar brigadas de información comunitarias sobre 	<p>modifique o complemente.</p> <p>Artículo 4°. Ampliación territorial de la información y acceso a los métodos anticonceptivos. El Ministerio de Salud fortalecerá y promoverá la información y el acceso a métodos anticonceptivos, a nivel nacional, generando medidas en especial en las zonas más apartadas, de conformidad con el índice de las necesidades de planificación familiar y en las metas del plan de salud pública correspondiente, haciendo énfasis en la corresponsabilidad que debe existir entre hombres y mujeres en materia de anticoncepción, priorizando los territorios donde se presente mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual y <u>embarazo no deseado</u> en los grupos poblacionales más vulnerables, para ello deberá tener en cuenta como mínimo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestionar la conformación institucional de promotores y promotoras juveniles <u>soportados por profesionales, técnicos y tecnólogos en salud</u> 	<p>En las modificaciones sugeridas por AFIDRO, se acogió el cumplimiento de las metas del plan de salud pública (no se sujetó a un plan con duración específica debido que una ley de este tipo no debe tener alcances temporales restringidos a un plan decenal específico).</p> <p>Así mismo se propone, en el caso de las y los gestores juveniles, el acompañamiento de personal de la salud capacitado para tal fin.</p>	<p>Derechos Sexuales y Reproductivos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Fortalecer la participación, empoderamiento y construcción de redes de apoyo y grupos de trabajo sobre problemáticas y necesidades diferenciales de Salud Sexual y Reproductiva, que promuevan los métodos anticonceptivos y de planificación familiar con el propósito de lograr una sexualidad segura, para grupos poblacionales vulnerables y sujetos de especial protección. 3. Coordinar con las entidades que corresponda la simplificación de los procedimientos administrativos para este tipo de servicios en los lugares más apartados del país. 4. Coordinar con las entidades que corresponda el fortalecimiento de las capacidades de los proveedores de salud, 	<p>para atender grupos poblacionales prioritizados, con el fin de apoyar brigadas de información comunitarias sobre Derechos Sexuales y Reproductivos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Fortalecer la participación, empoderamiento y construcción de redes de apoyo y grupos de trabajo sobre problemáticas y necesidades diferenciales de Salud Sexual y Reproductiva, que promuevan los métodos anticonceptivos y de planificación familiar con el propósito de lograr una sexualidad segura, para grupos poblacionales vulnerables y sujetos de especial protección. 3. Coordinar con las entidades que corresponda la simplificación de los procedimientos administrativos para este tipo de servicios en los lugares más apartados del país. 	
<p>priorizando los niveles de atención primaria en salud.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Coordinar con las entidades que corresponda el fortalecimiento de las capacidades de los proveedores de salud, priorizando los niveles de atención primaria en salud. 		<p>Proposición</p> <p>Por las razones expuestas, en consideración al artículo 153 de la Ley 5 de 1992, solicito a la Honorable Plenaria del Senado de la República, dar segundo debate al Proyecto de Ley No. 70 DE 2021 SENADO “POR MEDIO DE LA CUAL SE DECRETAN MEDIDAS PARA LA SUPERACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO A ANTICONCEPTIVOS EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO”, en el texto propuesto a continuación:</p> <p>Atentamente</p> <p><i>Victoria Sandino Simanca H.</i></p> <p>VICTORIA SANDINO SIMANCA HERRERA Senadora de la República</p>		
<p>Artículo 5°. Acceso prioritario. Los sujetos de especial protección, personas en condición de vulnerabilidad, personas en proceso de reincorporación, así como los adolescentes, personas afrocolombianas, indígenas, personas en situación de discapacidad, víctimas del conflicto armado, víctimas de violencia sexual, población LGTBI y migrantes tendrán especial atención, derecho a la información y acceso a métodos anticonceptivos.</p>	<p>Artículo 5°. Acceso prioritario. Los sujetos de especial protección, personas en condición de vulnerabilidad, personas en proceso de reincorporación, así como los niños, niñas y adolescentes, personas afrocolombianas, indígenas, personas en situación de discapacidad, víctimas del conflicto armado, <u>población en zona rural y rural dispersa, regiones con mayores indicadores de pobreza, mujeres y hombres en riesgo y/o víctimas de violencia sexual, población LGTBI y migrantes</u> tendrán especial atención, <u>derecho a la información, prioridad y acceso efectivo a consultas de salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos (elección y seguimiento), y formación con enfoque de equidad y derechos.</u></p>	<p>De otro lado, los demás anexos corresponden a ajustes técnicos y ampliación de las y los sujetos de derecho que parecen convenientes y aportan al proyecto.</p>			
<p>Artículo 6°: La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las normas que la sean contrarias.</p>	<p>Sin modificaciones</p>	<p>Sin modificaciones</p>			

Texto propuesto para segundo debate en el Senado de la República

PROYECTO DE LEY No. 070 DE 2021 SENADO

"POR MEDIO DE LA CUAL SE DECRETAN MEDIDAS PARA LA SUPERACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO A ANTICONCEPTIVOS EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO"

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. Avanzar hacia el establecimiento de medidas que eliminen las barreras de acceso a la atención integral en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, de género y diferencial a nivel territorial, que garanticen el respeto pleno del derecho fundamental a la salud, adaptando la oferta de servicios de anticoncepción hacia la vivencia de una sexualidad segura.

Artículo 2º. Información y atención. Las citas médicas así como las consultas de consejería en salud sexual y reproductiva no requerirán de autorizaciones administrativas para su acceso, serán prioritarias, de obligatorio cumplimiento y seguimiento, y tendrá como foco: educar en derechos y deberes a la población; prevención, diagnóstico, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual; selección, garantía de acceso y seguimiento del método anticonceptivo pertinente acorde a su estado de salud y necesidades, y realización del seguimiento de los resultados en salud priorizados por Ministerio de Salud y Protección Social.

Este seguimiento se hará prioritariamente con foco en los segmentos poblacionales de mayor riesgo como niñas, niños y adolescentes; al igual que hombres y mujeres en edad fértil y con comorbilidades, y enfoque diferencial en poblaciones de zonas rurales y rurales dispersas.

El Ministerio de Salud y Protección social definirá e implementará los mecanismos que garanticen el cumplimiento de lo aquí dispuesto, el respeto pleno del derecho fundamental a la salud, el principio de libre elección y adaptabilidad, empleando los criterios científicos y los principios de autonomía, accesibilidad, universalidad y equidad de conformidad con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, o la norma que la adicione, sustituya o modifique.

Artículo 3º. Reglamentación. El Ministerio de Salud dentro de los 6 meses siguientes a la publicación de esta ley establecerá los lineamientos técnicos dirigidos a desarrollar un programa de

formación sobre anticoncepción y la vivencia de la sexualidad segura con enfoque de derechos, de género y diferencial, que se impartirá a los/as profesionales y funcionarios/as del sector salud que deberá contener al menos los siguientes criterios:

1. Las asesorías brindadas por los/as profesionales y funcionarios/as deberán fomentar el trato humanizado, respetuoso, sin discriminación, por sexo, raza, edad, orientación sexual, identidad de género o diagnósticos médicos pre-existentes, que responda a criterios médicos y científicos y provea información objetiva para la toma de decisiones libre e informada.
2. Definición e implementación de un sistema de información y trazabilidad de los indicadores de proceso y resultado en salud sexual y reproductiva, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social que debe incluir: seguimiento semestral del cumplimiento a nivel territorial para la vigilancia activa frente al logro de metas en salud.

El sistema de información deberá contener actualización de variables capaces de hacer la trazabilidad del grado de adaptabilidad respecto de servicios de orientación y atención de la anticoncepción y de la vivencia de la sexualidad segura, priorizando aquellas que identifiquen, reconozcan y reafirmen grupos discriminados.
3. Avances, métodos, herramientas, medicamentos, tratamientos, y procedimientos médicos-científicos, que den respuesta a las necesidades en anticoncepción y sexualidad segura, garantizando una oferta actualizada a la realidad de los grupos poblacionales diferenciales.
4. Se debe dar a conocer la amplia gama de anticonceptivos que cubre el Plan de Beneficios en Salud (PBS) para orientar acertadamente en el método que más favorezca a quien consulta.
5. Deberá incluirse en la formación a los funcionarios y funcionarias la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud o la normatividad que la modifique o complemente.

Artículo 4º. Ampliación territorial de la información y acceso a los métodos anticonceptivos. El Ministerio de Salud fortalecerá y promoverá la información y el acceso a métodos anticonceptivos, a nivel nacional, generando medidas en especial en las zonas más apartadas, de conformidad con el índice de las necesidades de planificación familiar y en las metas del plan de salud pública correspondiente, haciendo énfasis en la corresponsabilidad que debe existir entre hombres y mujeres en materia de anticoncepción, priorizando los territorios donde se presente mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en los grupos poblacionales más vulnerables, para ello deberá tener en cuenta como mínimo:

1. Gestionar la conformación institucional de promotores y promotoras juveniles soportados por profesionales, técnicos y tecnólogos en salud para atender grupos poblacionales priorizados, con el fin de apoyar brigadas de información comunitarias sobre Derechos Sexuales y Reproductivos.

AGENCIAR LA FOTOCOPIA

2. Fortalecer la participación, empoderamiento y construcción de redes de apoyo y grupos de trabajo sobre problemáticas y necesidades diferenciales de Salud Sexual y Reproductiva, que promuevan los métodos anticonceptivos y de planificación familiar con el propósito de lograr una sexualidad segura, para grupos poblacionales vulnerables y sujetos de especial protección.
3. Coordinar con las entidades que corresponda la simplificación de los procedimientos administrativos para este tipo de servicios en los lugares más apartados del país.
4. Coordinar con las entidades que corresponda el fortalecimiento de las capacidades de los proveedores de salud, priorizando los niveles de atención primaria en salud.

Artículo 5º. Acceso prioritario. Los sujetos de especial protección, personas en condición de vulnerabilidad, personas en proceso de reincorporación, así como los niños, niñas y adolescentes, personas afrocolombianas, indígenas, personas en situación de discapacidad, víctimas del conflicto armado, población en zona rural y rural dispersa, regiones con mayores indicadores de pobreza, mujeres y hombres en riesgo y/o víctimas de violencia sexual, población LGTBI y migrantes tendrán especial atención, derecho a la información, prioridad y acceso efectivo a consultas de salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos (elección y seguimiento), y formación con enfoque de equidad y derechos.

Artículo 6º: La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

De la ponente:

Victoria Sandino Simanca H.

VICTORIA SANDINO SIMANCA HERRERA
Senadora de la República

Comisión Séptima Constitucional Permanente
LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los primeros (01) del mes de diciembre del año dos mil veintiuno (2021) - En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, Informe de Ponencia para Segundo Debate y Texto Propuesto para Segundo Debate.

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: N° 70/2021 SENADO.

TÍTULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE DECRETAN MEDIDAS PARA LA SUPERACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO A ANTICONCEPTIVOS EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO".

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,


JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO COMISIÓN VII SENADO

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 85 DE 2021 SENADO

por medio del 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”.

<p style="text-align: center;">INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE</p> <p style="text-align: center;">PROYECTO DE LEY NÚMERO 085 DE 2021 SENADO “POR MEDIO DEL 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”</p> <p>I. ANTECEDENTES DEL PROYECTO</p> <p>1.1. El pasado 6 de abril de 2021 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, radicaron el proyecto de ley 430 de 2021 “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”. 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). Dicho proyecto fue archivado automáticamente teniendo en cuenta que no pudo surtir su debate en la Comisión Séptima Constitucional antes de que finalizara la legislatura.</p> <p>1.2. El pasado 28 de julio de 2021, fue vuelto a radicar el proyecto de ley bajo el número 085 del 2021 Senado por los Congresistas Mauricio Gómez Amín, Gabriel Jaime Velasco Ocampo, Victoria Sandino Simanca Herrera, José Aulo Polo Narvaez, Horacio José Serpa Moncada, Fabian Castillo Suarez, Rodrigo Villalba Mosquera, Laura Ester Fortich Sánchez, Manuel Bitervo Palchucán Chingal, Ruby Helena Chagui Spath, Ana María Castañeda Gomez, Sandra Liliana Ortiz Nova, Richard Alfonso Aguilar Villa, Luis Fernando Velasco Chaves, H.R. Martha Patricia Villalba Hodwalker, Jezmi Barraza Arraut, Juan Fernando Reyes Kuri, Hector Javier Vergara Sierra, Norma Hustado Sanchez, Karen Violette Cure Corcione, Catalina Ortiz Lalinde y Juan Carlos Lozada Vargas.</p> <p>1.3. Posteriormente, el proyecto de ley fue remitido a la Comisión Séptima Constitucional Permanente en donde se designó como ponente coordinador al Senador Fabián Gerardo Castillo Suarez y demás ponentes a los senadores Gabriel Jaime Velasco Ocampo y Laura Esther Fortich Sánchez. Por lo anterior, mediante este oficio se rinde ponencia para primer</p>	<p style="text-align: center;">Debate en el Senado de la República.</p> <p>1.4. El proyecto de ley en mención, fue discutido y aprobado en la comisión séptima constitucional permanente del Honorable Senado de la República, en sesión ordinaria mixta (presencial y virtual) de fecha: miércoles 03 de noviembre de 2021, según acta no.26, de la legislatura 2021-2022. En dicho debate fue aprobada una proposición mediante votación nominal de la senadora Milla Patricia Romero Soto al artículo 4to. y finalmente, fue aprobado el proyecto de ley de forma unánime y posteriormente fue publicado en la gaceta nº 1455 de 2021.</p> <p>II. PROBLEMA LEGISLATIVO A RESOLVER.</p> <p>Este proyecto de ley es de suma importancia para el país, en tanto recoge y busca dar solución a una problemática de salud pública: Las deficiencias en la calidad de la atención en salud que reciben en las instituciones prestadoras de servicios de salud, la mujer y las familias que afrontan duelo perinatal, en términos de prácticas que son contrarias a la humanización y el cuidado de su salud mental, así como las inequidades que ello genera.</p> <p>Este problema se origina a causa de:</p> <ol style="list-style-type: none"> i) Inexistencia de un instrumento legal o lineamiento nacional en Colombia que establezca puntualmente a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a los profesionales que tienen a cargo la atención, un estándar mínimo de atención integral y acompañamiento en casos de duelo perinatal. 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 mujer y la familia en duelo perinatal y tampoco están obligadas a adoptarlos. iii) El talento humano en salud a cargo de la atención en casos de duelo perinatal no se encuentra sensibilizado al respecto ni cuenta con formación específica en el abordaje de dichos casos. <p>Todo lo cual hace que, ante la ausencia de herramientas, el tipo de atención que se brinda quede al criterio subjetivo del talento humano en salud, con los riesgos</p>
<p>inherentes que ello conlleva.</p> <p>Se requieren entonces, cambios de base desde la política pública en salud, que orienten con claridad y con base en evidencia a quienes tienen a cargo la atención materno perinatal, con respecto al abordaje específico que deben desarrollar en casos de duelo perinatal, así como que fomenten la formación en estas áreas específicas que en Colombia hasta la fecha tienen un mínimo desarrollo.</p> <p>III. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY.</p> <p>El proyecto de ley radicado en Senado y que los suscritos ponentes ponemos a consideración del Honorable Congreso de la República, tiene por objeto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer al Ministerio de Salud y Protección Social la obligación de expedir en el marco de sus competencias, un Lineamiento Técnico para la atención integral y el cuidado de la Salud Mental de la mujer y la familia en casos de duelo perinatal, 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 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 las mujeres atendidas en las instituciones prestadoras de servicios de salud. 2. Promover la formación del talento humano en salud, en atención y abordaje del duelo perinatal. 3. Establecer 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. 4. Crear el día nacional de la Concienciación de la muerte gestacional y neonatal, en Colombia. 	<p>I. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY</p> <p>El proyecto de ley parte de las evidencias y resultados de la investigación denominada <i>“Humanización en la atención ante una muerte gestacional y neonatal: Recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social para la construcción de un lineamiento.”</i>¹ Reporte de consultoría realizado por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020) para optar al título de Magister 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.</p> <p>Adicionalmente este proyecto se sustenta en la evidencia empírica y científica recopilada por los autores del proyecto; y la información, aportada por la entidad sin ánimo de lucro JIC Fundación de apoyo ante la muerte gestacional y neonatal, organización civil que en representación de las familias que afrontan el duelo perinatal en Colombia, solicitó a los autores la inclusión urgente en la agenda pública, de una propuesta que resolviera la problemática frente al tipo de atención que actualmente se brinda al duelo perinatal en las instituciones prestadoras de servicios de salud.²</p> <p>De acuerdo con el informe <i>“Una tragedia olvidada: La carga mundial de la mortalidad fetal”</i> (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.</p> <p>La muerte gestacional y neonatal para la familia que ha deseado un hijo/a, va mucho más allá de la pérdida de la vida como evento biológico. Tiene un impacto emocional traumático y duradero que además está acompañado por un estigma del entorno social.</p> <p>Al respecto el director de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha afirmado:</p> <p style="text-align: center;"><i>“No hay un golpe que afecte tanto a una familia y que, a la vez, sea tan</i></p> <p>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 Magister en Gestión Pública. Mayo de 2020. Bogotá D.C. En: https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/11992/48643/u833249.pdf?sequence=1</p> <p>² www.jicfundacion.com</p>

<p><i>invisible en la sociedad que la pérdida de un bebé sobre todo en los últimos meses de gestación".</i> (...) La tragedia de la mortalidad fetal demuestra la importancia de reforzar y mantener los servicios esenciales de la salud (...).³(Negrilla fuera de texto)</p> <p>En ese sentido, adquiere vital importancia darle no sólo visibilidad a un hecho que es poco reconocido y validado en la sociedad, sino además garantizar unos estándares de atención a la mujer y la familia que afrontan el duelo perinatal en las instituciones prestadoras de servicios de salud, de manera que no se generen afectaciones emocionales adicionales a la ya existentes y puedan afrontar esa circunstancia dolorosa de una manera digna y respetuosa, teniendo como premisa fundamental el cuidado de su salud mental.</p> <p>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.</p> <p>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 en dichos casos afrontan duelo perinatal, 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, ese es el problema jurídico a resolver.</p> <p>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.</p> <p>De aprobarse esta iniciativa legislativa, estaríamos dando un gran paso como país y como</p> <p>³ 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</p>	<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 duelo perinatal en las instituciones de salud del país. 2. Estandarizar y garantizar una atención equitativa a las familias y las mujeres en duelo perinatal, 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 duelo perinatal, asociados al tipo de atención recibida en la institución de salud en el momento de la muerte gestacional o neonatal, 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 perinatal. 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. <p>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 que afrontan el duelo por muerte gestacional o neonatal describen el dolor, el impacto y la soledad que sufren ante la pérdida, lo cual es agravado por la invisibilidad, poca validación de la sociedad y deshumanización en la atención en salud.⁴</p> <p>II. CONSIDERACIONES DE LOS PONENTES</p> <p>⁴ 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://duelogestacionalperinatal.com/2017/05/09/el-dia-de-la-madre-cuando-tenes-los-brazos-vacios/ https://saludprimero.mx/2020/05/08/madres-de-brazos-vacios-la-maternidad-invisible/</p>
<p>a. APLICABILIDAD DEL LINEAMIENTO ESPECÍFICAMENTE PARA CASOS DE DUELO PERINATAL</p> <p>Los suscritos ponentes, consideramos importante precisar que la iniciativa legislativa que se pone en consideración del Honorable Congreso, aplica específicamente en los casos en que la mujer y la familia se encuentran afrontando duelo perinatal, esto es, un estado de aflicción emocional y psicosocial tras la pérdida de un bebé, en cualquier momento del embarazo, el parto o el postparto, así como su muerte dentro de los 28 días subsiguientes al nacimiento.</p> <p>Esta claridad se realiza teniendo en cuenta que pueden presentarse eventos de muerte gestacional en los cuales no se presente duelo, ni ningún tipo de aflicción emocional para la mujer gestante, razón por la cual, será exclusivamente en casos de duelo perinatal, que aplicará el lineamiento de que trata el proyecto de ley objeto de esta ponencia.</p> <p>3.2. SOBRE EL NOMBRE DEL PROYECTO DE LEY</p> <p>Teniendo en cuenta que la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado de la República, dejó constancia en el acta 26 de la legislatura 2021-2022 que por error de lectura se aprobó el Título original del Proyecto de Ley No. 085/2021 SENADO: "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".</p> <p>Debiendo haberse dado lectura al Texto Propuesto en el informe de la ponencia de primer debate, cuyo texto es el siguiente:</p> <p>"Por medio de la cual se ordena la expedición de un Lineamiento Técnico para la atención integral y el cuidado de la Salud Mental de la mujer y la familia en casos de duelo perinatal y se dictan otras disposiciones – "Ley brazos vacíos"</p> <p>Y que en dicha acta la Secretaría de la Comisión Séptima indicó que: "Con la presente Nota, esta Secretaría de Comisión, pone en conocimiento de tal situación a todos los integrantes de esta Célula Legislativa y a los Honorables Senadores Ponentes, para que se hagan las correcciones que consideren pertinentes en la ponencia para Segundo Debate Senado" (Subrayado y negrilla fuera de texto)</p> <p>Los suscritos ponentes en el presente informe para segundo debate proponemos efectuar la corrección de forma pertinente, a fin de que se ajuste el nombre del proyecto al texto</p>	<p>propuesto en el informe de la ponencia de primer debate aprobado.</p> <p>3.3. AVALES DE GREMIOS, EXPERTOS Y CIENTÍFICOS</p> <p>Este proyecto cuenta con la revisión y el aval de los siguientes gremios, expertos, científicos y académicos en el área de psicología, neonatología, ginecología y enfermería, que han determinado la idoneidad y pertinencia del mismo:</p> <p>3.3.1. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA (ASCON)</p> <p><i>"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:</i></p> <p><i>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 normalice 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.</i></p> <p>(...)</p> <p><i>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."</i></p> <p>3.3.2. SUB COMITÉ DE PSIQUIATRÍA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA</p> <p><i>"(...) después de haber leído el actual proyecto de ley, damos nuestro aval y apoyo a esta iniciativa que pone por primera vez en la legislación colombiana el tema de la Salud Mental Perinatal."</i></p>

<p style="text-align: center;">PERDIDA DE LA HUMANIZACIÓN</p> <p>(...)Vemos la necesidad y la importancia de tener una formación y herramientas suficientes y necesarias de tipo formal dictada por expertos en el tema a todos los actores en salud en aras de establecer un cuidado de las familias en duelo perinatal humanizado y compasivo.</p> <p>Atender la salud mental de la madre y la familia desde la Salud Pública es un método de ahorro en gastos posteriores en el sistema de salud porque las consecuencias de un duelo mal manejado trae como consecuencia mayores problemas de salud mental posteriormente y tener el antecedente de un duelo perinatal se convierte en factor de riesgo para trastornos del estado del ánimo en una subsecuente gestación lo que conlleva a riesgos de tener mayores frecuencias de Retardo en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuridad, todas estas conocidas como causas de muerte neonatal temprana. Así las cosas, desatender un duelo perinatal en promover el riesgo de una siguiente muerte neonatal con las consecuencias en la salud mental de la madre quien puede inclusive llegar al suicidio. (...)</p> <p>3.3.3. Psq. Carolina Borja⁵</p> <p><i>"Teniendo en cuenta que la palabra duelo hace alusión a la palabra "dolor" se entiende y así debe ser, como una experiencia personal, individual y subjetiva, y lo que para una persona un evento puede ser terriblemente doloroso para otra persona puede constituirse en una experiencia más de su vida sin que se constituya en una experiencia emocionalmente perturbadora como la describimos en psiquiatría, expreso mi apoyo como experta psiquiatra perinatal y celebro activamente que el duelo perinatal sea la primera semilla que desde la salud pública se siembre".</i></p> <p>3.3.4. Ob/Gyn. Susana Bueno Lindo⁶:</p> <p><i>"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.</i></p> <p><i>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</i></p> <p>⁵ Médica y cirujana. Especialista en psiquiatría, Especialista en Docencia Universitaria, Maestría en Salud Pública, Formación y Docente en Salud Mental Perinatal en el Instituto Europeo de salud mental perinatal y en el Diplomado de Salud Mental Perinatal. ⁶ 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 ASOREDPAR (Asociación de la red interétnica de Parteras y Parteros del Chocó). Doula.</p>	<p style="text-align: center;">ACQUIRIVE LA DEMOCRACIA</p> <p>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."</p> <p>3.3.5. Phd. Ps. Juanita Cajiao Nieto⁷:</p> <p><i>"(...) 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.</i></p> <p><i>(...) 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."</i> (Negrilla y subrayado fuera de texto)</p> <p>3.3.6. Phd. Myriam Patricia Pardo Torres⁸:</p> <p><i>"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 redundará 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."</i></p> <p>3.3.7. Ps. Paulo Daniel Acero Rodríguez⁹:</p> <p>⁷ 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. ⁸ 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. ⁹ Psicólogo (Universidad Nacional de Colombia), especialista en resolución de conflictos (Universidad Javeriana), Máster en Integración de personas con discapacidad (Universidad de Salamanca), Tanatólogo</p>
<p><i>"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."</i> (Negrilla y subrayado fuera de texto)</p> <p>3.3.8. MD. María Azucena Niño Tovar¹⁰:</p> <p><i>"(...) 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.</i></p> <p><i>(...) 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."</i></p> <p>3.3.9. MD. Diana María del Valle¹¹:</p> <p>(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 Suicidología. ¹⁰ 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 bioética de la Clínica San Luis (Bucaramanga). ¹¹ Médica Cirujana, Magister 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.</p>	<p><i>"(...) 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(...)"</i></p> <p>3.3.10. MSN. Carolina Guantes¹²:</p> <p><i>"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 solicito al Senado se sirva darle trámite lo antes posible."</i></p> <p>3.4. FUNDAMENTO JURÍDICO DEL PROYECTO</p> <p>3.4.1. Fundamentos Constitucionales del proyecto.</p> <p>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 Técnico para la atención integral y el cuidado de la Salud Mental de la mujer y la familia en casos de duelo perinatal .</p> <p>Sin duda, el lineamiento deberá estructurarse en orden a garantizar 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 atendidas en las instituciones prestadoras de servicios de salud.</p> <p>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</p> <p>¹² 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).</p>

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 afectan 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 de que afronten la muerte de su bebé esperado, en gestación o en etapa neonatal, momento en el cual se encuentran en una posición de enorme vulnerabilidad.

Reafirma esta iniciativa legislativa que, en casos de duelo perinatal, a la mujer se le debe reforzar como sujeto 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 bebé pierde 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

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA

de salud de la mujer (físico y mental), por el hecho de estar en el periodo de la gestación o postparto independientemente de si el bebé ha nacido con vida o sin ella, y por lo tanto la atención del duelo perinatal en caso de muerte gestacional o neonatal.

Reafirmando lo fundamental que es el 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 habiendo perdido a un bebé en gestación o al poco tiempo de nacer, se encuentra en duelo, 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". (Negrilla y subrayado fuera de texto)

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 que se encuentran afrontando duelo perinatal, 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 al abandono y atención deshumanizante que han venido padeciendo por años las mujeres y familias que afrontan duelo perinatal en Colombia, en que otros deberían hacer lo que el legislador democrático no les ha asignado.

Ahora bien, el principio de la solidaridad indica 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, es el gobierno, con cargo a los recursos ordinarios del presupuesto de salud el que está llamado a asumir las cargas positivas necesarias para impedir que la falta de un instrumento que garantizara un trato humanizado por los casos de duelo perinatal, termine en una violación de sus derechos fundamentales a la salud, la vida

digna y la dignidad humana. Sin embargo, a la fecha el Ministerio de Salud y Protección Social no ha emitido dicho Lineamiento, así como tampoco ha desplegado acciones en orden a solucionar la problemática evidenciada.

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 en casos de duelo perinatal.

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 la obligación 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 por ejemplo, abstenerse de brindar apoyo psicológico a la mujer durante la estancia hospitalaria, prohibirle ver, fotografiar, despedir a su bebé muerto, o negarle la entrega de su cuerpo cuando esta lo ha solicitado.

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.g. la alteración de condiciones de existencia), en esta clase o naturaleza de supuestos.¹³

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 en casos de duelo perinatal, sensibilización y formación en ésta área para profesionales de la salud, estamos seguros que el riesgo de generación de dicho daño se mitigaría al máximo.

3.4.2. 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 1616 de 2013** "Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental 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".¹⁴

¹³ 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

¹⁴ 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 (...)"

- **Decreto 780 de 2016.** Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

- **Resolución 3280 de 2018.** "Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación". Lamentablemente, como se indicará más adelante, en estos lineamientos no se hace ninguna referencia al duelo perinatal ni la atención en casos de muerte gestacional o neonatal.

- **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.

i. 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 integral de la mujer y de la familia en casos de duelo perinatal.

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 irreplicable"

(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).

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 una pérdida y se encuentran en duelo perinatal**, 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, constituyéndose en una herramienta de primera mano para el talento humano en salud, de manera que propicie el mayor bienestar posible, físico y mental de la mujer y la familia e duelo perinatal.

Como consecuencia de lo anterior, el legislador debe procurar en el marco del principio de 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 perinatal, y los lineamientos que se expidan, logren una implementación efectiva.

III. SITUACIÓN DE LA MUERTE GESTACIONAL Y NEONATAL EN COLOMBIA, Y LA ATENCIÓN DEL DUELO PERINATAL

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 muertes 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 país¹⁵.

COMPARACIÓN CIÉREAS

¹⁵ 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). (...)"

	TOTAL MUERTES FETALES + NEONATALES	MUERTES FETALES (1-40 SEMANA)	MUERTES NEONATALES (1-29 DIAS)
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, hay que destacar que 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 24 de septiembre de 2021), del 1º al 31 de diciembre de 2020 murieron 33.108 bebés en gestación y 4.232 neonatal (dentro de los 28 primeros días de vida), para un total de **37.340 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 %.

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>En igual sentido, la Directora Ejecutiva de UNICEF ha indicado que:</p> <p><i>"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"</i>¹⁶.</p> <p>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 con base en evidencia y estándares precisos, el duelo en el contexto obstétrico o de cuidados intensivos neonatales (Duelo perinatal)¹⁷, conllevando a abordajes inadecuados y contrarios a los derechos de la mujer y la familia, que pueden afectar e incidir en la correcta evolución de su duelo¹⁸.</p> <p>¹⁶ 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</p> <p>¹⁷ "(...) 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 se aborden a la mujer para hablar de eso (...) y cuando va a nacer 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</p> <p>¹⁸ 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. <u>Se hace evidente la falta de estrategias de gestiones y de recursos de los profesionales para afrontar estas situaciones y dar respuesta a las demandas de los padres.</u>¹⁹</p>	<p>Sobre este particular el Ministerio de Salud y Protección Social coincide con esta exposición, al manifestar que:</p> <p><i>"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"</i>¹⁹.</p> <p>IV. NECESIDAD DE UN LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE LA MUJER Y LA FAMILIA EN CASOS DE DUELO PERINATAL EN COLOMBIA</p> <p>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.</p> <p>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 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.</p> <p>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).</p> <p>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 que afrontan duelo por muerte gestacional y 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.</p> <p>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.</p> <p>¹⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. Radicado No. 202121200334771 "Información Salud muerte fetal y perinatal" de fecha 1 de Marzo de 2021.</p>
<p>Este difícil relato se constituye en una de las evidencias más importantes sobre prácticas deshumanizantes y violencia obstétrica²⁰ en caso de duelo perinatal:</p> <p><i>"(...) ella me dijo te voy a hacer un tacto entonces me metió la mano y le dije a los 2 estudiantes así se hace un parto" y yo sentí que empecé a voltearme al bebé y empecé a sacármelo y yo empecé a llorar y le dije: Nooo, no me lo saque, ¿qué está haciendo?, ¿por qué me está sacando a mi bebé? y ella me dijo: él va está 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 va está muerto y si está vivo le dura unos minutos no más (...).</i></p> <p><i>"(...) 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"</i>²¹</p> <p>Este caso, junto a otros testimonios sobre la percepción de la calidad de la atención en la institución de salud en casos de muerte gestacional y neonatal, recopilados por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020), así como información aportada por JIC Fundación de apoyo ante la muerte gestacional y neonatal, evidencian grandes deficiencias en la atención que brindan las instituciones de salud, 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 duelo por muerte gestacional o neonatal.</p> <p>Dentro de dichas prácticas identificadas, se encuentran entre otras las siguientes:</p> <p>²⁰ 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.</p> <p>²¹ Entrevista semiestructurada. Sandra Marceña 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)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 gr. de peso y considerarse un "desecho clínico";²² ➤ 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.;²³ ➤ Ausencia total de privacidad para la mujer, obligándola a 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"²⁴; ➤ No ofrecer y ni garantizar apoyo psicológico a la mujer y la familia en duelo perinatal durante la atención hospitalaria, ni después de ella²⁵; ➤ Negar la posibilidad de ver, sostener, despedirse, vestir o tomar fotografías al bebé sin vida, 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 bebé²⁶; <p>²² "(...) 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 28 de febrero de 2020) Recopilada y citada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020).</p> <p>²³ "(...) sus palabras textuales, que fueron agresivas para mí modo de ver, fueron: "El corazón dejó de latir y entonces tiene que ir a que le saquen eso porque se puede infectar". Unas palabras muy, digo yo, inhumanas" (entrevista semiestructurada, Cindy Tatiana M., Bogotá, 9 de febrero de 2020).</p> <p>²⁴ "(...) 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).</p> <p>²⁵ "(...) mamita que no entiendo, 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).</p> <p>²⁶ "(...) en ningún momento se trató la parte emocional que es muy muy importante (...) y ni a mi compañero ni a mí 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).</p> <p>²⁷ "(...) nunca tuve acompañamiento psicológico (...) si hace mucha falta ese acompañamiento // (...)." (Entrevista semiestructurada, Martha Isabel R., 19 de febrero de 2020)</p> <p>²⁸ "(...) 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)</p>

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

- 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 por sus vacunas²⁷.
- No hacer ningún tipo de seguimiento post-egreso a la madre en duelo; etc.

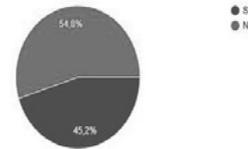
En una encuesta realizada por JIC Fundación a 73 mujeres de varias ciudades de Colombia, el 74 % informó haber permanecido durante su estancia hospitalaria junto a mujeres que estaban dando a luz o que tenían en sus brazos a sus bebés con vida, indicando que dicha situación las hizo sentirse "muy triste", "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.

²⁷ "(...) 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 Mairreth 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)

¿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*²⁸.

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. La atención en salud inadecuada en casos de duelo perinatal 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; Stroebel et al., 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)

²⁸ 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).

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 iatrogénico²⁹ a las pacientes y familias de las pacientes que enfrentan duelo perinatal.

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 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

²⁹ "Estado o condición dañina de un paciente, originado por la intervención de un médico". Tomando de <http://etimologias.dechile.net/?iatrogenico>.

para tratarlos sería prevenir que se convirtieran 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 terminar afectados por la indicación de un tratamiento o recomendación que no procede. Esto sucede con frecuencia cuando se ordenan tratamientos o 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.”³⁰

En ese sentido, en casos de duelo perinatal, una atención en salud de buena calidad 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.

5.3. 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 duelo por muerte gestacional o neonatal, en la institución de salud.

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

A nivel reglamentario tampoco se encontró evidencia al respecto. Lo único que hace

³⁰ Entrevista semiestructurada a Nubia Baulista, 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/1992/48643/1u833249.pdf?sequence=1>

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 duelo** durante la institución hospitalaria y fuera de ella.

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)³¹, 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 duelo perinatal.**

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 duelo perinatal por muerte gestacional (1 a 40 semanas) o neonatal (1 a 28 días), como sí 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 actuación en Colombia en materia de atención integral al duelo perinatal**, lo cual se considera un factor determinante en el desarrollo de prácticas deshumanizantes que afectan el bienestar emocional de dichas mujeres y familias.

³¹ 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

5.4. La mayoría de las Instituciones prestadoras de servicios de salud no cuentan con protocolos o lineamientos internos específicos para la atención integral de las familias y de la mujer que afronta duelo perinatal.

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 duelo por 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 duelo en 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 duelo perinatal.³²

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

³² Anexo No. 4. Op. Cit. 1

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 Paleativivo 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).

AQUIVIVE LA DEMOCRACIA

las 10 instituciones de salud a las cuales se les solicitó información sobre formación en 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 ginecobstetricia y neonatología no tiene formación 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 duelo perinatal (Banerjee, Kaur, Ramaiah, Roy & Aladangady 2016), de manera que puedan comprender con claridad cómo abordarlos, las implicaciones distintas de abordaje con respecto a otros duelos por muerte y que al no ser adecuadamente atendidas puede conllevar a prácticas contrarias a la evidencia y a los derechos que deberían garantizarse a la mujer y a la familia que afronta la pérdida de un bebé 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, se promueva dicha formación tanto en las instituciones de salud, como en las Universidades.

VI. COSTOS ASOCIADOS A UNA ATENCIÓN DE BAJA CALIDAD EN TÉRMINOS DEL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES Y FAMILIAS EN DUERO PERINATAL.

Un estudio británico³³ 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 la muestra presentó sintomatología propia de un Trastorno de Estrés

³³ En: ANSIEDAD Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO PERSISTENTES DESPUÉS DE UNA MUERTE FETAL. En: <https://www.sociedadmadre.org/detall.cfm/ID/13641/ESI/ansiedad-y-trastorno-por-estres-posttraumatico-persistentes-despues-muerte-fetal.htm>

AQUIVIVE LA DEMOCRACIA

de la atención de casos de duelo por 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 ya se indicó anteriormente en 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 gestacional o neonatal.** 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 cómo 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 duelo por 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.**

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

Abordar el duelo perinatal 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

AQUIVIVE LA DEMOCRACIA

Posttraumático (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 (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 pueden haber sufrido depresión y tener síntomas propios de un trastorno de estrés posttraumático. 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, va 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**

<p>mundial en el ámbito del desarrollo y de las actividades humanitarias.”³⁴</p> <p>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.³⁵</p> <p>VII. REVISIÓN COMPARADA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chile: Ley núm. 21.371. “Por la cual se establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal.” Dentro de dichas medidas se establece la obligación al Ministerio de Salud de expedir un protocolo que establezca acciones concretas de contención, apoyo, empatía y respeto por el duelo de cada madre, u otra persona gestante, que hayan sufrido la muerte gestacional o perinatal. • 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.” • 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). <p>³⁴ 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</p> <p>³⁵ Ibidem.</p>	<p style="text-align: center;">AQUI VIVE LA DEMOCRACIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reino Unido. (2017) “The National Bereavement Care Pathway (NBCP) for Pregnancy and Baby Loss” Promovido 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 Sands³⁶. 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). • España: Moción por la que el Senado de España insta al Gobierno a promover medidas para una mejor atención del duelo gestacional, perinatal y neonatal. Expediente 662/000094. Aprobado con modificaciones (10/11/21).³⁷ • 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) <p>³⁶ https://www.sands.org.uk/ Consultado el 2 de mayo 2020.</p> <p>³⁷ En: https://www.senado.es/web/expedientedocblob?legis=14&id=121202</p>
<p>VIII. NECESIDAD DE CREACIÓN DEL DÍA NACIONAL DE LA CONCIENCIACIÓN SOBRE LA MUERTE GESTACIONAL Y NEONATAL</p> <p>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:</p> <p><i>“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, SMSI y otras causas.</i></p> <p><i>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 Concienciación 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”.</i>³⁸</p> <p>A partir de allí en muchos países del mundo comenzó a oficializarse el 15 de octubre como el Día Mundial de Concienciación de la muerte gestacional y neonatal, tales como Canadá, Australia, Irlanda, Italia, Reino Unido, España, Chile, Argentina, entre muchos otros.</p> <p>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.</p> <p>En el estudio que realizó la Revista Médico-Científica The Lancet en el 2016 “Acabando con</p> <p>³⁸ NILMDS: En: https://www.nowlaymedwomsteeep.org/ Recuperado el 18 de marzo de 2020.</p>	<p style="text-align: center;">AQUI VIVE LA DEMOCRACIA</p> <p>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.</p> <p>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 perinatal.</p> <p>IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</p> <p>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 duelo perinatal, como tampoco desarrollos reglamentarios.</p> <p>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 duelo perinatal, 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.</p> <p>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.</p> <p>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 el duelo perinatal, y procurar así que quede garantizado en todo momento una atención de calidad a la mujer y las familias, desde la óptica de la humanización, el respeto de la dignidad humana, el cuidado de la salud mental, y la efectividad de sus derechos constitucionales y legales; si eso no queda reflejado y garantizado en el contenido de la futura ley, se habrá</p>

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.

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/2TOJCGA>
- Ávila-Morales y Juan Carlos. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional Iatreia, 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., & AIdangady, 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=6be4d9b3-5ea9-4f64-9d49-fa61bf23155%40sessionmgr4008&bdata=Jmxbhmc9ZXMmc20ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=140452954>
- Cataluña (2016). Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. *Guía de acompañamiento al duelo*

AGUIRRE LA DEPORABALIA

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3323/quia_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/DI/lev-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Fraen 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/medial/pressrel/%20nationalstandardsbereavementcare%2020.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%20semanal%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. & Calderón I. *En La Humanización En Salud: Tarea Inaplazable*. Ed. San Pablo. Prólogo Pág. 11
- López García de Madinabielita, 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&Ing=es&tlng=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/Higya/Higya79.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/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/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.msai.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000513cont-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/DI/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/Normalidad_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. Pág.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/Normalidad_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 Pública* 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/lex/lex/2016/lex/2016184.htm>
- Stonestegard 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 Bereavement 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

<p>mueres de los recién nacidos. UNICEF https://www.unicef.org/spanish/publications/files/Every_Child_Alive_The_urgent_need_to_end_n_ewborn_deaths_SP.pdf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uma Manita. (s.f.). Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Recuperado de https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documentos/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.PPS15-2.depm http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n2/v15n2a09.pdf <p>XI. PLIEGO DE MODIFICACIONES</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>vacíos"</td> <td>de ley.</td> </tr> <tr> <td>Artículo 2°. Principios. (...) 2.4. Información: La mujer y la familia que se encuentre afrontando duelo perinatal, tiene derecho a recibir información veraz, comprensible, oportuna, suficiente, adecuada y basada en evidencia, así como apoyo idóneo e integral en el duelo, durante toda la atención hospitalaria, incluido en lactancia en duelo y los procedimientos, alternativas y trámites de la atención médica en casos de muerte gestacional y neonatal tanto de la mujer como de su bebé de la mujer como de su bebé muerto 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</td> <td>Artículo 2°. Principios. (...) 2.4. Información: La mujer y la familia que se encuentre afrontando duelo perinatal, tiene derecho a recibir información veraz, comprensible, oportuna, suficiente, adecuada y basada en evidencia, así como apoyo idóneo e integral en el duelo, durante toda la atención hospitalaria, incluido en lactancia en duelo y los procedimientos, alternativas y trámites de la atención médica en casos de muerte gestacional y neonatal tanto de la mujer como de su bebé de la mujer como de su bebé muerto 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</td> <td>Se ajusta la redacción en el numeral 2.4 para mayor claridad, teniendo en cuenta las definiciones establecidas en el proyecto de ley. Los demás numerales del artículo 2°. Se mantienen sin modificación.</td> </tr> </table>		vacíos"	de ley.	Artículo 2°. Principios. (...) 2.4. Información: La mujer y la familia que se encuentre afrontando duelo perinatal, tiene derecho a recibir información veraz, comprensible, oportuna, suficiente, adecuada y basada en evidencia, así como apoyo idóneo e integral en el duelo, durante toda la atención hospitalaria, incluido en lactancia en duelo y los procedimientos, alternativas y trámites de la atención médica en casos de muerte gestacional y neonatal tanto de la mujer como de su bebé de la mujer como de su bebé muerto 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	Artículo 2°. Principios. (...) 2.4. Información: La mujer y la familia que se encuentre afrontando duelo perinatal, tiene derecho a recibir información veraz, comprensible, oportuna, suficiente, adecuada y basada en evidencia, así como apoyo idóneo e integral en el duelo, durante toda la atención hospitalaria, incluido en lactancia en duelo y los procedimientos, alternativas y trámites de la atención médica en casos de muerte gestacional y neonatal tanto de la mujer como de su bebé de la mujer como de su bebé muerto 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	Se ajusta la redacción en el numeral 2.4 para mayor claridad, teniendo en cuenta las definiciones establecidas en el proyecto de ley. Los demás numerales del artículo 2°. Se mantienen sin modificación.			
	vacíos"	de ley.								
Artículo 2°. Principios. (...) 2.4. Información: La mujer y la familia que se encuentre afrontando duelo perinatal, tiene derecho a recibir información veraz, comprensible, oportuna, suficiente, adecuada y basada en evidencia, así como apoyo idóneo e integral en el duelo, durante toda la atención hospitalaria, incluido en lactancia en duelo y los procedimientos, alternativas y trámites de la atención médica en casos de muerte gestacional y neonatal tanto de la mujer como de su bebé de la mujer como de su bebé muerto 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	Artículo 2°. Principios. (...) 2.4. Información: La mujer y la familia que se encuentre afrontando duelo perinatal, tiene derecho a recibir información veraz, comprensible, oportuna, suficiente, adecuada y basada en evidencia, así como apoyo idóneo e integral en el duelo, durante toda la atención hospitalaria, incluido en lactancia en duelo y los procedimientos, alternativas y trámites de la atención médica en casos de muerte gestacional y neonatal tanto de la mujer como de su bebé de la mujer como de su bebé muerto 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	Se ajusta la redacción en el numeral 2.4 para mayor claridad, teniendo en cuenta las definiciones establecidas en el proyecto de ley. Los demás numerales del artículo 2°. Se mantienen sin modificación.								
<p>atención en salud.</p> <p>Artículo 3. (...) 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.</p>	<table border="1"> <tr> <td>Artículo 3. (...) 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. La muerte del fruto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.</td> <td>Se ajusta teniendo como fundamento la definición de Muerte Fetal establecida por la OPS/OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión CIE-10. Volumen 2, con el fin de evitar confusiones frente a la aplicación de los términos médicos. Todas las demás definiciones del artículo 3°. Se mantienen sin modificación.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Artículo 4°. (...) c. Emitir las directrices correspondientes y realizar el seguimiento pertinente, para que los certificados de defunción fetal y muerte perinatal sean debidamente diligenciados con el fin de monitorear las principales causas de muerte perinatal en el país."</td> <td>Artículo 4°. (...) c. Emitir las directrices correspondientes y realizar el seguimiento pertinente, para que el los certificados de defunción fetal y muerte perinatal sean debidamente diligenciados con el fin de monitorear las principales causas de muerte perinatal en el país."</td> <td>Para mayor claridad en su aplicación, se ajusta redacción, teniendo en cuenta que la denominación exacta del certificado es "Certificado de defunción". No existe un certificado independiente de defunción fetal o muerte perinatal. La muerte fetal se incluye como un numeral dentro del Formato del certificado de defunción. Todos los demás incisos y literales del artículo 4°. se mantienen sin modificación.</td> </tr> <tr> <td>Artículo 6. (...) 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 perinatal. (...)"</td> <td>Artículo 6. (...) Parágrafo 1. Se convoca instar a todas las organizaciones públicas y privadas a todos los actores del sector salud y de los demás sectores, a promover acciones que sensibilicen e involucren a toda la sociedad en torno al impacto de este tipo de muerte y la necesidad de promover cambios en la atención en salud y la garantía de los derechos de las familias y mujeres en duelo perinatal. (...)"</td> <td>Se ajusta redacción para mayor claridad.</td> </tr> </table>	Artículo 3. (...) 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. La muerte del fruto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.	Se ajusta teniendo como fundamento la definición de Muerte Fetal establecida por la OPS/OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión CIE-10. Volumen 2, con el fin de evitar confusiones frente a la aplicación de los términos médicos. Todas las demás definiciones del artículo 3°. Se mantienen sin modificación.		Artículo 4°. (...) c. Emitir las directrices correspondientes y realizar el seguimiento pertinente, para que los certificados de defunción fetal y muerte perinatal sean debidamente diligenciados con el fin de monitorear las principales causas de muerte perinatal en el país."	Artículo 4°. (...) c. Emitir las directrices correspondientes y realizar el seguimiento pertinente, para que el los certificados de defunción fetal y muerte perinatal sean debidamente diligenciados con el fin de monitorear las principales causas de muerte perinatal en el país."	Para mayor claridad en su aplicación, se ajusta redacción, teniendo en cuenta que la denominación exacta del certificado es "Certificado de defunción". No existe un certificado independiente de defunción fetal o muerte perinatal. La muerte fetal se incluye como un numeral dentro del Formato del certificado de defunción. Todos los demás incisos y literales del artículo 4°. se mantienen sin modificación.	Artículo 6. (...) 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 perinatal. (...)"	Artículo 6. (...) Parágrafo 1. Se convoca instar a todas las organizaciones públicas y privadas a todos los actores del sector salud y de los demás sectores, a promover acciones que sensibilicen e involucren a toda la sociedad en torno al impacto de este tipo de muerte y la necesidad de promover cambios en la atención en salud y la garantía de los derechos de las familias y mujeres en duelo perinatal. (...)"	Se ajusta redacción para mayor claridad.
Artículo 3. (...) 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. La muerte del fruto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.	Se ajusta teniendo como fundamento la definición de Muerte Fetal establecida por la OPS/OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión CIE-10. Volumen 2, con el fin de evitar confusiones frente a la aplicación de los términos médicos. Todas las demás definiciones del artículo 3°. Se mantienen sin modificación.									
Artículo 4°. (...) c. Emitir las directrices correspondientes y realizar el seguimiento pertinente, para que los certificados de defunción fetal y muerte perinatal sean debidamente diligenciados con el fin de monitorear las principales causas de muerte perinatal en el país."	Artículo 4°. (...) c. Emitir las directrices correspondientes y realizar el seguimiento pertinente, para que el los certificados de defunción fetal y muerte perinatal sean debidamente diligenciados con el fin de monitorear las principales causas de muerte perinatal en el país."	Para mayor claridad en su aplicación, se ajusta redacción, teniendo en cuenta que la denominación exacta del certificado es "Certificado de defunción". No existe un certificado independiente de defunción fetal o muerte perinatal. La muerte fetal se incluye como un numeral dentro del Formato del certificado de defunción. Todos los demás incisos y literales del artículo 4°. se mantienen sin modificación.								
Artículo 6. (...) 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 perinatal. (...)"	Artículo 6. (...) Parágrafo 1. Se convoca instar a todas las organizaciones públicas y privadas a todos los actores del sector salud y de los demás sectores, a promover acciones que sensibilicen e involucren a toda la sociedad en torno al impacto de este tipo de muerte y la necesidad de promover cambios en la atención en salud y la garantía de los derechos de las familias y mujeres en duelo perinatal. (...)"	Se ajusta redacción para mayor claridad.								

X. PROPOSICIÓN.

Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir Ponencia Positiva y solicitar a la Honorable Mesa Directiva de la plenaria del Senado de la República dar segundo debate al Proyecto de Ley 085 de 2021 Senado. "Por medio de la cual se ordena la expedición de un Lineamiento Técnico para la atención integral y el cuidado de la Salud Mental de la mujer y la familia en casos de duelo perinatal y se dictan otras disposiciones – "Ley brazos vacíos"

De las Honorables Senadoras y Senadores,


Fabián Gerardo Castillo Suarez
 Senador República
 Coordinador Ponente


Gabriel Jaime Velasco Ocampo
 Senador de la República


Laura Esther Fortich Sánchez
 Senadora de la República

**TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE – SENADO.
 PARTE DISPOSITIVA.
 PROYECTO DE LEY 085
 DE 2021**

"Por medio de la cual se ordena la expedición de un Lineamiento Técnico para la atención integral y el cuidado de la Salud Mental de la mujer y la familia en casos de duelo perinatal 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 técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer y la familia en casos de duelo perinatal aplicable a todos los actores del sistema de salud en Colombia que tengan a cargo la atención materno perinatal y de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá además, 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 y lugar en las instituciones prestadoras de servicios de salud una atención de calidad a la mujer y las familias en duelo perinatal, desde la óptica de la humanización, el respeto de la dignidad humana, el cuidado de la salud mental, y la efectividad de sus derechos constitucionales y legales.

Artículo 2º. Principios.

2.1. Respeto de la dignidad humana: El Estado reconoce que las mujeres gestantes, parturientas o púerperas, son un fin en sí mismo y, por tal condición, son merecedoras de trato digno y respetuoso, así como de especial protección, por parte del Estado y de todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.

2.2. Humanización en la atención en salud. La atención en salud a las familias y especialmente a la mujer que afronta duelo perinatal 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 afrontando duelo perinatal por muerte gestacional y neonatal y especialmente la mujer gestante, parturienta o púerpera en duelo, podrá ser objeto de

violencia psicológica o física durante la atención hospitalaria del embarazo, el 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 mujer y la familia en duelo perinatal y especialmente a la mujer y a su hijo/a muerto, 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 de la gestación, el proceso de parto o postparto en casos de muerte gestacional y neonatal, salvo que exista un diagnóstico médico que lo justifique cuando se encuentre en riesgo la vida de la mujer o del que está por nacer.

2.4. Información: La mujer y la familia que se encuentre afrontando duelo perinatal, tiene derecho a recibir información veraz, comprensible, oportuna, suficiente, adecuada y basada en evidencia, así como apoyo idóneo e integral en el duelo, durante toda la atención hospitalaria, incluido en ello, lo referente al proceso de lactancia en duelo y los procedimientos, alternativas y trámites de la atención médica en casos de muerte gestacional y 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 mujer y la familia en duelo perinatal tienen derecho durante todas las etapas de la atención hospitalaria, a un ambiente de protección, e intimidad, durante las fases de preparto, parto, recuperación y el alojamiento hospitalario, los cuales serán parte de un programa de atención al duelo perinatal en las instituciones prestadoras de servicios de salud, para estos casos.

2.6. Igualdad: Toda mujer y familia en duelo perinatal, tiene derecho a ser atendida y acompañada 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: Toda mujer y familia en duelo perinatal tiene derecho a gozar de asistencia psicosocial oportuna, 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 tuviera en el momento en que ocurrió la muerte gestacional, o la 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 y que está siendo atendida y que afronta duelo perinatal, lo cual incluye el derecho a obtener acompañamiento en salud mental si así lo quiere ella, independiente del número de semanas de gestación en que se produce la pérdida, así como en caso de muerte

neonatal.

2.8. Calidad e idoneidad profesional. En los casos de duelo perinatal, los servicios de salud deberán estar centrados en la familia y la mujer que afronta dicha situación, y desarrollar intervenciones apropiadas 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 perinatal 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 del duelo perinatal 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 quien murió 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 los efectos de la presente ley, se entenderá por muerte gestacional, la muerte del fruto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

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 Perinatal: Para los efectos de la presente ley, se entenderá como Duelo Perinatal, la respuesta de dolor y aflicción emocional y psicosocial que se produce tras la pérdida de un bebé en cualquier momento del embarazo, el parto o el postparto, así como su muerte dentro de los 28 días subsiguientes al nacimiento.

Artículo 4º. Lineamiento Técnico para la atención integral y el cuidado de la Salud Mental

de la mujer y la familia en casos de duelo perinatal. 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 Técnico para la atención integral y el cuidado de la Salud Mental de la mujer y la familia en casos de duelo perinatal, 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 puerperas 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 perinatal y en especial sobre el Lineamiento del que trata el presente artículo.

b. Promover, la inclusión de contenidos sobre duelo perinatal, en los currículos 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.

c. Emitir las directrices correspondientes y realizar el seguimiento pertinente, para que el certificado de defunción sea debidamente diligenciado con el fin de monitorear las principales causas de muerte perinatal en el país.

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 las 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 perinatal.

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 6º. 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 convoca a todos los actores del sector salud y de los demás sectores, a promover acciones que sensibilicen e involucren a toda la sociedad en torno al impacto de este tipo de muerte y la necesidad de promover cambios en la atención en salud y la garantía de los derechos de las familias y mujeres en duelo perinatal.

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

Atentamente,


Fabián Gerardo Castillo Suarez
 Senador República
 Coordinador Ponente


Gabriel Jaime Velasco Ocampo
 Senador de la República


Laura Esther Fortich Sánchez
 Senadora de la República

Comisión Séptima Constitucional Permanente

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los dos (02) días del mes de diciembre del año dos mil veintiuno (2021) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República, el siguiente Informe de Ponencia para Segundo Debate, Pliego de Modificaciones y Texto Propuesto para Segundo Debate.

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: N° 85/2021 SENADO.

TÍTULO DEL PROYECTO: "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".

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,


JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
 SECRETARIO COMISIÓN SÉPTIMA

CONTENIDO

Gaceta número 1758 - jueves 2 de diciembre de 2021

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

Informe de ponencia para segundo debate en Senado al Proyecto de ley número 70 de 2021 pliego de modificaciones y texto propuesto para segundo debate Senado, por medio de la cual se decretan medidas para la superación de barreras de acceso a anticonceptivos en el sistema de salud colombiano 1

Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 85 de 2021 Senado, 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 8