



# 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 - N° 1455

Bogotá, D. C., martes, 12 de octubre de 2021

EDICIÓN DE 22 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO  
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO  
www.secretariassenado.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 PRIMER 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”.*

#### I. CONSIDERACIONES GENERALES DEL PROYECTO

##### 1. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

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 los 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.

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 Bitero 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 Hustedo Sanchez, Karen Violette Cure Corcione, Catalina Ortiz Lalinde y Juan Carlos Lozada Vargas.

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 debate en el Senado de la República.

#### 2. PROBLEMA LEGISLATIVO A RESOLVER.

Este proyecto de ley es de suma importancia para el país, en tanto recoge y busca dar solución a una problemática de salud pública: **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 el 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.**

Este problema se origina a causa de:

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

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 inherentes que ello conlleva.

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.

#### 3. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY.

El proyecto de ley radicado en Senado y que los suscritos ponentes ponemos a

<p>consideración del Honorable Congreso de la República, tiene por objeto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer al Ministerio de Salud y Protección Social la obligación de expedir en el marco de sus competencias, un Lineamiento de atención integral y humanizada de la mujer y la familia en casos de muerte y duelo gestacional y neonatal, aplicable a todos los actores del sector salud encargados de brindar dicha atención, que en desarrollo de los principios de respeto de la dignidad humana, humanización en la atención, autonomía de la mujer, privacidad, igualdad, promoción y cuidado de la salud mental, calidad e idoneidad profesional, libertad de creencias y diversidad cultural, brinde al talento humano en salud un estándar mínimo para la intervención, abordaje y acompañamiento de dichos casos, con base en la evidencia y en las mejores prácticas, en orden a garantizar una atención humanizada, el cuidado de la salud mental, y la efectividad de los derechos constitucionales y legales de la familia, especialmente de la mujer y de su hijo/hija atendidos en las instituciones prestadoras de servicios de salud.</li> <li>2. Promover la formación del talento humano en salud, en atención y abordaje del duelo perinatal.</li> <li>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.</li> <li>4. Crear el día nacional de la Concienciación de la muerte gestacional y neonatal, en Colombia.</li> </ol> <p><b>II. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY</b></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><sup>1</sup> Reporte de consultoría realizado por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020) para optar al título de Magíster en Gestión Pública de la Universidad de los Andes, el cual contó con la supervisión de la Dra. Ana María Peñuela, Asesora del Despacho del Ministro de Salud y Protección Social.</p> <p><sup>1</sup> 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: <a href="https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/48643/u833249.pdf?sequence=1">https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/48643/u833249.pdf?sequence=1</a></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 resuelva la problemática frente al tipo de atención que actualmente se brinda al duelo perinatal en las instituciones prestadoras de servicios de salud. <sup>2</sup>.</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><b>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.</b> 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><i>"No hay un golpe que afecte tanto a una familia y que, a la vez, sea tan invisible en la sociedad que la pérdida de un bebé sobre todo en los últimos meses de gestación".</i> (...) <b>La tragedia de la mortalidad fetal demuestra la importancia de reforzar y mantener los servicios esenciales de la salud (...)</b>"<sup>3</sup>(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><b>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.</b></p> <p>De aprobarse esta iniciativa legislativa, estaríamos dando un gran paso como país y como sociedad frente a un problema de salud pública que hoy se presenta en todo el país, y que hasta la fecha se encuentra desatendido, logrando con ello:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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 por la muerte de sus hijos/as en gestación o en etapa neonatal, en las instituciones de salud del país.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ol> <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 la muerte un hijo/a en gestación o en etapa neonatal describen el dolor, el impacto y la soledad que sufren ante la pérdida, lo cual es agravado por la invisibilización, poca validación y deshumanización en la atención en salud.<sup>4</sup></p> <p><b>III. CONSIDERACIONES DE LOS PONENTES</b></p> <p><b>3.1. APLICABILIDAD DEL LINEAMIENTO ESPECÍFICAMENTE PARA CASOS DE DUELO PERINATAL</b></p> <p>Los suscritos ponentes, una vez revisado el proyecto de ley, 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 encuentren 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, <b>será exclusivamente en casos de duelo perinatal, que aplicará el lineamiento de que trata el proyecto de ley objeto de esta ponencia.</b></p> <p>En ese sentido, hemos considerado pertinente proponer un ajuste al proyecto de ley radicado por los autores, en el sentido de precisar que el lineamiento deberá corresponder específicamente a la atención del duelo perinatal.</p> <p><b>3.2. AVALES DE GREMIOS, EXPERTOS Y CIENTÍFICOS</b></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, ginecobstetricia y enfermería, que han</p> <p><sup>4</sup> <a href="https://www.umamania.es/wp-content/uploads/2015/05/Brazos_vacios.pdf">https://www.umamania.es/wp-content/uploads/2015/05/Brazos_vacios.pdf</a> <a href="https://bideginduelo.org/wp-content/uploads/2018/03/6-Duelo-perinatal.pdf">https://bideginduelo.org/wp-content/uploads/2018/03/6-Duelo-perinatal.pdf</a> <a href="https://www.reporteindigo.com/piensa/sociedad-dia-madres-sindrome-brazos-vacios-muerte-hijo/">https://www.reporteindigo.com/piensa/sociedad-dia-madres-sindrome-brazos-vacios-muerte-hijo/</a> <a href="https://duelogestacionalyperinatal.com/2017/05/09/el-dia-de-la-madre-cuando-tenes-los-brazos-vacios/">https://duelogestacionalyperinatal.com/2017/05/09/el-dia-de-la-madre-cuando-tenes-los-brazos-vacios/</a> <a href="https://saludprimero.mx/2020/05/08/madres-de-brazos-vacios-la-maternidad-invisible/">https://saludprimero.mx/2020/05/08/madres-de-brazos-vacios-la-maternidad-invisible/</a></p>

determinado la idoneidad y pertinencia del mismo:

**3.2.1. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA (ASCON)**

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

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

(...)

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

**3.2.2. SUB COMITÉ DE PSIQUIATRÍA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA**

*"(...) 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."*

(...)

*"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.*

*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 la 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.*

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

**3.2.6. Phd. Myriam Patricia Pardo Torres<sup>8</sup>:**

*"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 estamos 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."*

**3.2.7. Ps. Paulo Daniel Acero Rodríguez<sup>9</sup>:**

*"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 período 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 contaran con competencias para acompañar estos eventos, desde el mismo ejercicio de transmitir la noticia, hasta generar un ambiente de acogida y apoyo adecuado al duelo que se deriva."* (Negrilla y subrayado fuera de texto)

**3.2.8. MD. María Azucena Niño Tovar<sup>10</sup>:**

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Psicólogo (Universidad Nacional de Colombia), especialista en resolución de conflictos (Universidad Javeriana), Máster en Integración de personas con discapacidad (Universidad de Salamanca), Tanatólogo (Instituto Superior de Teología Pastoral – Puerto Rico), Formado en Trauma y Resiliencia Hebrew University of Jerusalem, investigador principal del grupo muerte y duelo de la Universidad Manuela Beltrán, Director Ejecutivo de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología en el Colegio Colombiano de Psicólogos – Colpsic, autor de más de 11 libros sobre duelo, resiliencia y estrés traumático dentro de los que figura "La vida después de la muerte de un hijo" (2018). Miembro American Academy of Experts in Traumatic Stress. Miembro Red Mundial de Suicidología.

<sup>10</sup> 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

(...)

**3.2.3. Psq. Carolina Borja<sup>5</sup>**

*"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 cerebro activamente que el duelo perinatal sea la primera semilla que desde la salud pública se siembre."*

**3.2.4. Ob/Gyn. Susana Bueno Lindo<sup>6</sup>:**

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

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

**3.2.5. Phd. Ps. Juanita Cajiao Nieto<sup>7</sup>:**

*"(...) 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.*

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Médica Ginecobstetra. Consultora nacional para la humanización del parto. Docente universitaria en el área de humanización en la atención perinatal. Directora del primer "Diplomado Parto Humanizado y Seguro, una mirada integral y basada en la evidencia" con la Fundación Universitaria Ciencias de la Salud (FUCS) dirigido a profesionales de la salud. Conferencista a nivel nacional sobre humanización del parto. Voluntaria de ASOREDIPAR (Asociación de la red interétnica de Parteras y Parteros del Chocó). Doula.

<sup>7</sup> 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.

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

(...)

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

(...) **La "Ley Brazos Vacíos" contribuirá a afirmar el respeto a la vida humana y a la dignidad humana a lo largo de todo el ciclo vital."**

**3.2.9. MD. Diana María del Valle<sup>11</sup>:**

**"(...) 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(...)"**

**3.2.10. MSN. Carolina Guantes<sup>12</sup>:**

*"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."*

**3.3. FUNDAMENTO JURÍDICO DEL PROYECTO**

**Neonatología (ASCON) desde 2019**, neonatóloga del Hospital Universitario de Santander y Neonatóloga bioética de la Clínica San Luis (Bucaramanga).

<sup>11</sup> Médica Cirujana, Magíster en ciencias biomédicas de la Universidad de Los Andes, Doula, Asesora de lactancia, formada en yoga y salud prenatal y posnatal. Desde hace 8 años se desempeña como médica de urgencias ginecobstétricas de la Clínica Palermo en la ciudad de Bogotá.

<sup>12</sup> 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).

**3.3.1. Fundamentos Constitucionales del proyecto.**

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

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

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

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

El presente proyecto de ley constituye un desarrollo de los deberes constitucionales y convencionales a cargo del Estado colombiano de garantizar y proteger los derechos de las madres gestantes, pero sobre todo protegerlas en el caso 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

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

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 acogió y regló las principales reglas desarrolladas en la jurisprudencia constitucional sobre el derecho a la salud y primer lugar la Corte reconoció que **la salud no solo consiste en la ausencia de afecciones y enfermedades, sino que "comprende el derecho al nivel más alto de salud posible" a nivel físico, mental y social, de acuerdo con las circunstancias particulares de cada individuo.**

Con sustento en este concepto, estableció que las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud que requieran y dentro de este, **indudablemente se encuentra el estado de salud de la mujer (físico y mental), por el hecho de estar en el periodo de la gestación o postparto independientemente de si ha nacido un hijo/a 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

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 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 hijo/a 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.gr. la alteración de condiciones de existencia), en esta clase o naturaleza de supuestos."<sup>13</sup>

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 esta área para profesionales de la salud, estamos seguros que el riesgo de generación de dicho daño se mitigaría al máximo.**

**3.3.2. Fundamentos y referentes legales y reglamentarios**

• **Ley 1257 de 2008** "Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres (...) y se dictan otras disposiciones". (artículos. 2º, 3º, 6º, y 7º).

• **Ley 1751 de 2015** "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

• **Ley 23 de 1981** Código de Ética Médica (artículo 15).

• **Ley 1955 de 2019** "Por el (sic) cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022". "Pacto por Colombia, pacto por la equidad".<sup>14</sup>

<sup>13</sup> 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

<sup>14</sup> Dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad", fue incluida la línea "Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos" que incluye "un pacto por construir una visión de largo plazo del sistema de salud, centrada en la atención de calidad al paciente (...) (Ministerio De Salud Y Protección Social, 2018). Dicha línea establece dentro de sus objetivos "4. Articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad" y como una de las estrategias para la consecución de dicho objetivo: "(...) c. Redefinir e implementar una política de prestación de servicios garantizando la calidad

• **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".

• **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.

**3.3.3. Fundamentos de Política Pública**

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

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

y humanización de la atención." (Negrilla y subrayado fuera de texto) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

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.

**IV. 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 país<sup>15</sup>.

COMPARACIÓN CIFRAS DANE 2018-2019 (FETAL Y NEONATAL)			
	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/informacion-y-defunciones/defunciones>

Aunque vemos una reducción del 8,1% en la cifra de defunciones fetales de los dos años

<sup>15</sup> 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). (...)"

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 1ro 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 %.

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.

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

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

"Perder a un hijo durante el embarazo o el parto es una tragedia devastadora para cualquier familia del mundo y, con demasiada frecuencia, suele sufrirse en silencio por lo que requiere atención"<sup>16</sup>.

Sin embargo, lo que se observa en Colombia es que la atención en salud se está

<sup>16</sup> 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>

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)<sup>17</sup>, 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 duelo<sup>18</sup>.

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

*"La tendencia habitual del personal de salud es centrarse en los cuidados físicos, de modo que el cuidado emocional de las personas que se ven afectadas por el fallecimiento de un bebé, antes, o durante su nacimiento resulta insuficiente"*<sup>19</sup>.

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

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

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

<sup>17</sup> "(...) 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 ya nace el bebé entonces el obstetra se encarga de la parte de ginecología y de todo lo que tiene que ver con dejar a la mujer en su situación bienestar físico fisiológico, pero nunca le preguntan cómo se siente". (Entrevista semi estructurada, Myriam Patricia Pardo, Enfermera docente de prácticas enfermería materno perinatal, Universidad Nacional de Colombia, 26 de abril de 2020. Recopilada y citada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020) En: <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/48643/u833249.pdf?sequence=1>

<sup>18</sup> De acuerdo con un estudio realizado por Pastor, Romero, Hueso, Lillo, Vacas-Jaén y Rodríguez (2011), la tendencia habitual de los profesionales es centrarse en los cuidados físicos evadiendo el aspecto emocional en un intento de disminuir su propia angustia. Por ello ponen en marcha diferentes mecanismos, actitudes y comportamientos en la vivencia de estas situaciones, (...) reaccionando de manera distante y negando la gravedad de la pérdida sobre todo en gestaciones tempranas. Se hace evidente la falta de estrategias, de destrezas y de recursos de los profesionales para afrontar estas situaciones y dar respuesta a las demandas de los padres."

<sup>19</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Radicado No. 202121200334771 "Información Salud muerte fetal y perinatal" de fecha 1 de Marzo de 2021.

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).

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.

El siguiente testimonio recogido en el estudio anteriormente referido, corresponde al caso de una madre ubicada en la ciudad de Cali, quien a los cinco meses y medio de gestación dio a luz a su hijo Emiliano en una Institución hospitalaria de carácter público en esa ciudad. Este difícil relato se constituye en una de las evidencias más importantes sobre prácticas deshumanizantes y violencia obstétrica<sup>20</sup> en caso de duelo perinatal:

*"(...) ella me dijo te voy a hacer un tacto entonces me metió la mano y le dijo a los 2 estudiantes "así se hace un parto" y yo sentí que empezó a voltearme al bebé y empezó 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 (...)*

*"(...) 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 bebotes 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"*<sup>21</sup>

<sup>20</sup> 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 afecta el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en trato deshumanizado, abuso de medicación 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.

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

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 la muerte de su hijo/a en gestación o en etapa neonatal.

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

- 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";<sup>22</sup>
- 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.;<sup>23</sup>
- 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, frente a la madre en duelo, como un objeto o como un desecho biológico, con términos como "producto", "desecho", "aborto", "feto", "óbito", "mortinato", "material"<sup>24</sup>;
- No ofrecer y ni garantizar apoyo psicológico a la mujer y la familia en duelo perinatal durante la atención hospitalaria, ni después de ella<sup>25</sup>.

<sup>22</sup> "(...) me dijo: yo no sé porque a ti te duela tanto la pérdida de esos fetos, (...) yo decía para mí no son fetos para mí son mis hijos." (Entrevista semiestructurada, Fernanda O., Bogotá 26 de febrero de 2020) Recopilada y citada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020).

<sup>23</sup> "(...) sus palabras textuales, que fueron agresivas para mi 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).

<sup>24</sup> "(...) 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).

<sup>25</sup> "(...) mamá 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).

<sup>26</sup> "(...) 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).

<sup>27</sup> "(...) nunca tuve acompañamiento psicológico, (...) si hace mucha falta ese acompañamiento // (...)" (Entrevista semiestructurada, Martha Isabel

- 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 bebé<sup>26</sup>;
- 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 vacunas<sup>27</sup>;
- 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.**

R. 19 de febrero de 2020)

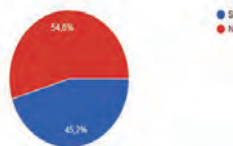
<sup>26</sup> "(...) cuando salí nunca me dijeron vas a seguir lactando, fue muy doloroso, no me dijeron que hacer para ir secando la leche." (Entrevista semiestructurada, Martha Isabel R., Bogotá 19 de febrero de 2020)

<sup>27</sup> "(...) a unas semanas del fallecimiento de mi bebé me estaban llamando para decirme porque no había vuelto a los controles y vacunas del bebé, (...)" (Denise Maireth S., Bogotá 17 de febrero de 2020)

<sup>28</sup> "(...) 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?

77 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***

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 iatrogénico<sup>29</sup> 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 para tratarlos sería prevenir que se conviertan en duelos patológicos o trastornos afectivos, lo que hace que pacientes terminen medicados sin una real necesidad y por falta de acompañamiento psicoterapéutico. Muchos pacientes en duelo pueden 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)

<sup>29</sup> “Estado o condición dañina de un paciente, originado por la intervención de un médico”. Tomando de [http://etimologias.dechile.net/?estrope\\_nico](http://etimologias.dechile.net/?estrope_nico)

**en la salud**<sup>28</sup>.

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; Stroebe 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)

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.**

<sup>28</sup> 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 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.”*<sup>30</sup>.

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 la muerte de su hijo/a en etapa 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 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

<sup>30</sup> 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 Magister en Gestión Pública. Mayo de 2020. Bogotá D.C. En: <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/48643/633248.pdf?sequence=1>

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)<sup>31</sup>, 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 si existe respecto de mujeres gestantes, niños y niñas, en donde se brindan pautas para materializar la atención integral en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), lo cual claramente está generando una evidente desigualdad.

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

**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,

<sup>31</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, COLOMBIA. Resolución 3280 de 2018. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normalidad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normalidad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)

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.<sup>32</sup>

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:

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.

<sup>32</sup> Anexo No. 4. Op. Cit. 1

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 Paleactivo 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 Lita, 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 <b>es un Lineamiento que incluye todos los aspectos necesarios para el abordaje y acompañamiento.</b> Es un lineamiento integral.
6/04/2021	Villavieja	Pública	No. Informa que aplica el Protocolo de vigilancia y análisis epidemiológico del INS (Protocolo para fines estadísticos).

Como se observa, **el 75% de las instituciones que dieron respuesta no cuentan con un lineamiento específico que brinde herramientas al talento humano en salud a cargo de la atención de casos de 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 de su hijo/a en gestación o a los pocos días de nacer. Otras instituciones manifestaron tener procedimientos para atención al duelo, sin embargo al verificar ninguno se refería puntualmente a los criterios de abordaje y acompañamiento de muerte y duelo gestacional y neonatal o herramientas para médicos, enfermeras y quienes tienen a cargo la atención.

Teniendo en cuenta lo anterior, se corroboró 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.**

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

Abordar 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 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 ginecología y neonatología no tiene formación homogénea 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.

**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 mundial en el ámbito del desarrollo y de las actividades humanitarias”*.<sup>34</sup>

**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.**<sup>35</sup>

**VIII. REVISIÓN COMPARADA**

- **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

<sup>34</sup> 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>

<sup>35</sup> Ibidem.

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

Un estudio británico<sup>33</sup> 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 Postraumático (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 postraumático. Para el año 2019, de 41.723 personas, 12.100 se habrían visto afectadas. Esto quiere decir que durante estos dos años, aproximadamente 25.339 personas habrían experimentado síntomas de TEPT y depresión, cuya atención integral debe, constitucionalmente, garantizar el Estado mediante el Sistema de Salud, de acuerdo con la encuesta realizada por JIC Fundación, **el 52% de los casos las mujeres que pasaron por una experiencia como esta no recibieron ningún acompañamiento ni seguimiento de tipo psiquiátrico o psicológico.**

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

De acuerdo con Torres de Galvis (2018) *“Una atención de mayor escala en términos de salud mental, conduce a grandes ganancias de productividad económica (un valor presente neto de US\$230 mil millones para tratamiento de depresión y US\$169 mil millones para trastornos de ansiedad). Los resultados muestran que, las proporciones de costo-beneficio ascienden de 2.3 a 3.1, cuando sólo se consideran los beneficios económicos y, de 3.3 a 5.7 cuando se incluye el valor de los retornos de salud. Al ser mayores que uno las relaciones costo-beneficio, esto implica que los ingresos son mayores a los costos de la medida, es decir que la economía se ve beneficiada por los aumentos de productividad, y dicho beneficio es mayor que el dinero gastado en el tratamiento de la ansiedad y depresión, es decir, estas inversiones son rentables para el estado e implican menor gasto a*

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

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).

- **Reino Unido.** (2017) la iniciativa denominada **“The National Bereavement Care Pathway (NBPC) for Pregnancy and Baby Loss”** fue promovida por el Departamento de Salud del país, apoyada a su vez por un grupo de parlamentarios y posteriormente delegada por el gobierno a la organización Sands<sup>36</sup>. Dicha iniciativa promueve que dentro del Sistema Nacional de Salud (NHS por sus siglas en inglés) se apliquen los principios de atención en duelo a la madre y el padre que sufren casos de este tipo dentro de los centros prestadores de salud, dichos principios recalcan por ejemplo: un plan de atención en duelo que proporcione continuidad durante todo el proceso, incluso en procesos de gestación posteriores; formación en duelo para el personal médico, claridad en la información proporcionada a madres y padres para recibir apoyo emocional por parte de especialistas en salud mental, habitaciones de duelo disponibles en todos los centros de salud y un sistema para notificar a todos los miembros del personal que laboran en el centro de salud en caso de una pérdida, entre otros aspectos (Reino Unido, NHS 2017).
- **Extremadura (España)** (2015). Protocolo **“Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad”**. Al personal médico se le exige completar un programa formativo obligatorio que le permite conocer las dinámicas del duelo en estos casos, la manera como debe ser utilizado el lenguaje y la información que se debe proveer a la madre y al padre. Dicho protocolo también señala la necesidad de ofrecer la información completa sobre la situación del bebé y/o la gestante y las causas y razones médicas que llevaron al deceso, generando la posibilidad permanente de que la madre y el padre sean escuchados y atendidos (Gobierno De Extremadura. Santos R., Yáñez A., Otero M., 2015).
- **Cataluña (España).** Departamento de Salud de Cataluña. **“Guía de acompañamiento al duelo perinatal”**. Establece una base de cuidados y lineamientos para el personal de salud en materia del proceso de duelo y recuperación de los pacientes. Asimismo, resaltan la necesidad de ofrecer recursos psicosociales a la madre y el padre que sufren situaciones de este tipo, haciendo énfasis en el estado de salud mental y en los posibles efectos emocionales que puedan ocasionarse a partir de la muerte gestacional o neonatal. (Cataluña, 2016)
- **Argentina:** Proyecto de Ley S-755/2021. Proyecto de ley modificatorio de la Ley 25.929, busca incluir a la ley de parto respetado los protocolos de atención ante la muerte gestacional y perinatal.

<sup>36</sup> <https://www.sands.org.uk/> Consultado el 2 de mayo 2020.

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

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

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

*Ahora, por lo tanto, yo, Ronald Reagan, presidente de los Estados Unidos de América, por la presente proclamo el mes de octubre como el Mes de 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.”*<sup>37</sup>

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.

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.

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

El propósito es entonces, que así como en varios países se conmemora oficialmente este día, en Colombia se involucre a toda la sociedad en torno al impacto de este tipo de muerte, la necesidad de promover cambios en la atención en estos casos y la importancia

<sup>37</sup> NILMDS: En: <https://www.nowla.com/medown/seeen.org/> Recuperado el 18 de marzo de 2020.

de garantizar los derechos de las familias y mujeres en duelo por muerte gestacional y neonatal.

**X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

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

Lo que se pudo evidenciar es que si bien el derecho a la salud incluye el recibir atención “integral e integrada y humanizada” en salud mental y “atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental” no concurren modelos de actuación en Colombia en materia de atención integral en caso de 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.

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

En este orden resulta de capital importancia que el Congreso de la República tramite esta iniciativa para que por fin se expida un lineamiento o política específica que dote a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del país como también a los profesionales que laboran en ellas, de un estándar mínimo de atención a quienes afrontan el duelo por la muerte gestacional (1 a 40 semanas) o neonatal (1 a 28 días), y procurar así que quede garantizado en todo momento una atención de calidad a la mujer y las familias que afrontan la pérdida gestacional y neonatal, desde la óptica de la humanización, el respeto de la dignidad humana, el cuidado de la salud mental, y la efectividad de los derechos constitucionales y legales de la familia; si eso no queda reflejado y garantizado en el contenido de la futura ley, se habrá perdido un tiempo importante en el Congreso de la República para que este instrumento de política pública sea integrado al ordenamiento jurídico en salud.

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

**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/2T0JACG>
- 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., & Aladangady, N. (2016). Factors influencing the uptake of neonatal bereavement support services – Findings from two tertiary neonatal centres in the UK. *BMC Palliative Care*, 15(1), 54. Recuperado de <https://bit.ly/2P9LQgh>
- Brusco, A. (2015). La humanización del mundo de la salud, desafío y compromiso. En Tarrarán A. & Calderón I. *La Humanización En Salud: Tarea Inaplazable*. Ed. San Pablo.

- Bermejo, J. (2018). *Counselling Humanista: Cómo humanizar las relaciones de ayuda*. Editorial San Pablo, Madrid.
- Cacciatore, J. (2017). ‘She used his name’: provider trait mindfulness in perinatal death counselling. *Estudios de Psicología*, 38(3), 639-666. Recuperado de <https://bit.ly/2HPBCO9>
- Camacho-Ávila, M., Fernández-Sola, C., Jiménez-López, F. R., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., Martínez-Artero, L., & Hernández-Padilla, J. M. (2019). Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 512. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.uniandes.edu.co:8080/ehost/detail/detail?vid=0&sid=6be da9cb-5ea9-4fc4-8d49-fa61bfe23155%40sessionmgr4008&bdata=Jmxbhmc9ZXMmc2020T1laG9zdC1saXZl#db=a9h&A=N=140452954>
- Cataluña (2016). Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. Guía de acompañamiento al duelo perinatal. En: [https://scienciassalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3323/guia\\_acompa%20C3%B1amiento\\_d ue\\_lo\\_perinatal\\_2016\\_cas.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://scienciassalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3323/guia_acompa%20C3%B1amiento_d ue_lo_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/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Frøen JF, Friberg IK, Lawn JE, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group. Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet* 2016; 387: 574-86; *Lancet* 2016; 387: 574-86 Published Online January 18, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00818-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00818-1)
- Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group, with The Lancet Ending Preventable Stillbirths investigator group. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* 2016; 387: 604-16 Published Online January 18, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)
- DANE. (S.f). Estadísticas Vitales nacimientos y defunciones. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>
- Fonseca-González M. (2010). El Duelo neonatal y su Manejo. México DF: Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia. Trabajo de investigación para pertenecer a la Asociación Mexicana de Tanatología. México DF.
- Holanda. Health service executive. (2016). National Standards for Bereavement Care Following Pregnancy Loss and Perinatal Death. Recuperado de <https://www.hse.ie/eng/services/news/media/pressrel/%20nationalstandardsbereavementcare%20.html>
- Instituto Nacional De Salud. Semana epidemiológica 12 (17 al 23 de marzo de 2019). En Boletín Epidemiológico Semanal (2019), Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20seman a%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](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_9.pdf)
- Instituto Nacional de Salud (2016). Protocolo de vigilancia en salud pública, Mortalidad perinatal

y neonatal tardía. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20neonatal.pdf>

- Isaza, S. (2015). La humanización del mundo de la salud, desafío y compromiso. En Tarrarán A. Y Calderón I. En La Humanización En Salud: Tarea Inaplazable. Ed. San Pablo. Prólogo Pág. 11
- López García de Madinabeitia, Ana Pia. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 31(1). 53-70. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&lng=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: 587–603Published 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/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (s.f). Lineamientos para el Mejoramiento de la calidad de la gestión en el sistema de salud. En Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/02-lineamientos-calidad.pdf>
- Ministerio de Salud de Argentina. (2014). Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad. 58-76. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000513cint-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/DJ/circular-externa-conjunta-0037-de-2015.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). DECRETO 780 DE 2016. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), Plan Estratégico 2016-2021: Por un Sistema de Salud con

- United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), 'Levels & Trends in Child Mortality: Report 2019. Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation', United Nations Children's Fund, New York, 2019.
- UNICEF. Devine, S. Taylor.G (2018) Cada vida cuenta: la urgente necesidad de poner fin a las muertes de los recién nacidos. UNICEF [https://www.unicef.org/spanish/publications/files/Every\\_Child\\_Alive\\_The\\_urgent\\_need\\_to\\_end\\_newborn\\_deaths\\_SP.pdf](https://www.unicef.org/spanish/publications/files/Every_Child_Alive_The_urgent_need_to_end_newborn_deaths_SP.pdf)
- Uma Manita. (s.f.). Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Recuperado de [https://www.elpartoynuestro.es/sites/default/files/recursos/documentos/epen\\_y\\_umamanita\\_-\\_guia\\_para\\_la\\_atencion\\_a\\_la\\_muerte\\_perinatal\\_y\\_neonatal.pdf](https://www.elpartoynuestro.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](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/revcis/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.PPS152.dppm <http://www.scielo.org.co/pdf/ppesiv/v15n2/v15n2a09.pdf>

**XI. PLIEGO DE MODIFICACIONES**

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE.	MODIFICACIÓN
TITULO: "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 las instituciones de salud, y se dictan otras disposiciones – "Ley brazos vacíos"	TITULO: "Por medio de la cual se ordena la expedición de un Lineamiento de Técnico para la atención integral, y humanizada de la muerte y el duelo gestacional y neonatal en las instituciones de salud, 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"	Garantizando la unidad de Materia del presente proyecto de ley, se procede a ajustar la redacción del título.
-	-	-
Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer la obligación al Ministerio de Salud	Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer la obligación al Ministerio de Salud	Se realiza ajuste de redacción teniendo en cuenta que el lineamiento que se requiere

un propósito humano hacia la innovación y la excelencia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). Política de Atención integral en Salud. Pag.21. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Plataforma Estratégica 2018-2022. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/plataforma-estrategica-2018-2022.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Resolución 3280 de 2018. Recuperada de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Boletín No. 6 de salud mental Oferta y Acceso a Servicios en Salud Mental en Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-6-salud-mental-2018.pdf>
- Neimeyer R. (2000) Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. Death Studies. ; Pg. 24:541-558).
- OMS. (2004). Invertir en salud mental. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](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/xmliu/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 Umanizales. 19(1):32-45. Recuperado de <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/2853/4848>
- Puerto Rico. Asamblea Legislativa. Ley 184 de 2016. Recuperado en: <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2016/lexi2016184.htm>
- Sonstegard L, Kowalski K, Jennings B. (1987). Kowalski k. Perinatal loss and bereavement. Crisis and illness in Childbearing (Women's Health), Vol 3. 25-42.
- Subred Sur E.S.E. (2020). Protocolo Manejo Integral Del Duelo HOS-SME-PT-02 V2.
- Reino Unido. (2017). National 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.

Protección Social, de expedir un Lineamiento de atención integral y humanizada de la muerte y el duelo gestacional y neonatal en las instituciones de salud, y se dictan otras disposiciones – "Ley brazos vacíos"	Protección Social, de expedir un Lineamiento técnico de para la atención integral y humanizada de la muerte y el duelo gestacional y neonatal en las instituciones de salud, y se dictan otras disposiciones – "Ley brazos vacíos"	que expida el Ministerio de Salud debe establecer condiciones y características del proceso de atención de la mujer en la familia en duelo perinatal, durante su permanencia en la institución hospitalaria y fuera de ella.
Artículo 2°. Principios.	Artículo 2°. Principios.	En todos los apartes del proyecto se propone sustituir la referencia de la atención a la muerte gestacional y neonatal a la atención del duelo perinatal, en toda vez que es en esos casos

<p>días posteriores al nacimiento, son un fin en sí mismo y, por tal condición, son merecedoras de trato digno y respetuoso por parte de todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>2.2. Humanización en la atención.</b> La atención en salud a las familias y especialmente a la mujer en duelo por muerte gestacional y neonatal estará centrada en la persona y en la garantía del derecho fundamental a la salud en todas las dimensiones del ser humano (física, mental, emocional, social y espiritual), con respeto a sus creencias, principios y valores. Ninguna familia en duelo por muerte gestacional o neonatal o puérpera, podrá ser objeto de violencia psicológica o física durante la atención del embarazo, parto o postparto, o mientras su hijo/a se encuentre en cuidados intensivos neonatales. Los prestadores de servicios de salud deberán ofrecer un trato digno, empático y respetuoso a la familia en duelo y especialmente a la mujer y a su hijo/a fallecido/a, durante todo el periodo de atención hospitalaria.</p> <p><b>2.3. Autonomía de la mujer:</b> Ninguna mujer podrá ser sometida a procedimientos no consentidos durante la atención médica, el proceso de parto o postparto de su hijo/a fallecido en gestación o durante el parto,</p>	<p>gestación o dentro de los 26 días posteriores al nacimiento, son un fin en sí mismo y, por tal condición, son merecedoras de trato digno y respetuoso, <b>así como de especial protección, por parte del Estado,</b> y de todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>2.2. Humanización en la atención en salud.</b> 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 <b>duelo perinatal por muerte gestacional y neonatal</b> o especialmente la mujer gestante <b>puérpera</b> o <b>puérpera en duelo</b> 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 <b>a la mujer</b> y a la familia en duelo <b>perinatal</b> especialmente a la mujer y a su <b>hijo/a fallecido/a</b>, durante todo el periodo de atención hospitalaria.</p> <p><b>2.3. Autonomía de la mujer:</b> Ninguna mujer podrá ser sometida a procedimientos no</p>	<p>específicos que se requiere garantizar la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer y la familia que están afrontando dicho proceso.</p> <p>Esto además, por cuanto no en todos los casos de muerte gestacional, se genera un proceso de duelo perinatal. En ese sentido, lo que se busca es que el proyecto apunte específicamente a quienes están en duelo perinatal. Teniendo en cuenta lo anterior se realizan los siguientes ajustes en los siguientes principios:</p> <p>En el principio de autonomía de la mujer, Se elimina por cuanto no corresponde al principio de autonomía, y ya está reflejado en el principio de salud mental</p> <p>En el principio de información, Se ajusta redacción y se elimina la referencia a muerte gestacional y neonatal, para especificar que es en los casos específicos de duelo perinatal</p> <p>Principio de información: se adiciona la palabra integral teniendo en cuenta que el objetivo del proyecto es que las familias reciban asistencia en su proceso de duelo, desde todas las dimensiones del ser humano, en el marco del concepto mismo de la humanización</p> <p>En el principio de privacidad, se</p>	<p>salvo que exista un diagnóstico médico que lo justifique cuando se encuentre en riesgo la vida de la mujer o de su hijo/a. Cualquier procedimiento, en estos procesos, estará debidamente acompañado por profesionales capacitados para brindar apoyo en el proceso de duelo inherente.</p> <p><b>2.4. Información:</b> La familia en duelo y en especial la mujer que es atendida en instituciones de salud en casos de muerte gestacional o neonatal, tiene derecho a recibir información veraz, comprensible, oportuna, suficiente, adecuada y basada en evidencia, así como apoyo idóneo en duelo, durante toda la atención hospitalaria, relativa a todos los procedimientos, alternativas y trámites con respecto a ella y/o a su hijo/a muerto/a durante la gestación o en la etapa neonatal. Se garantizará la existencia de un proceso de consentimiento informado con claridad, asertividad, oportunidad, cantidad y calidad suficiente, a lo largo de todo el proceso de atención en salud.</p> <p><b>2.5. Privacidad:</b> La familia en duelo y en especial la mujer que es atendida en la institución de salud en casos de muerte gestacional o neonatal, tienen derecho a un ambiente de protección, e intimidad, durante las fases de preparto, parto, recuperación y el alojamiento hospitalario, los</p>	<p>consentidos durante la atención médica <b>de la gestación</b> o <b>proceso de parto o postparto de su hijo/a fallecido en gestación o durante el parto, en casos de muerte gestacional y neonatal,</b> salvo que exista un diagnóstico médico que lo justifique cuando se encuentre en riesgo la vida de la mujer o de su hijo/a <b>del que está por nacer.</b> Cualquier procedimiento, en estos procesos, deberá estar acompañado por profesionales capacitados para brindar apoyo en el proceso de duelo inherente.</p> <p><b>2.4. Información:</b> La <b>mujer y la familia que se encuentran afrontando duelo perinatal</b> en duelo y en especial la mujer que es atendida en instituciones de salud en casos de muerte gestacional o neonatal, tiene derecho a recibir información veraz, comprensible, oportuna, suficiente, adecuada y basada en evidencia, así como apoyo idóneo <b>e integral en el</b> duelo durante toda la atención hospitalaria, <b>incluido en ello, lo referente al proceso de lactancia en duelo y la</b> relativa a—teses los procedimientos, alternativas y trámites—ser respecto—<b>de la atención médica tanto de la mujer como de ella y/o a quien su hijo/a</b> 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</p>	<p>ajusta redacción y se suprime referencia a muerte gestacional o neonatal, reemplazándolo por la referencia específica a la situación de duelo perinatal.</p> <p>En el principio promoción y cuidado de la salud mental, se ajusta redacción y se precisa que corresponde a mujeres y familias en duelo perinatal específicamente</p>
<p>cuales serán parte de un programa de atención en duelo, en estos casos.</p> <p><b>2.6. Igualdad:</b> Todas las mujeres y familias que afrontan la muerte de sus hijos/as en gestación o en etapa neonatal, tienen derecho a ser atendidas y acompañadas bajo criterios de humanización, dignidad, respeto y cuidado de su salud física, mental, emocional, social y espiritual, sin ningún tipo de discriminación o diferenciación.</p> <p><b>2.7. Promoción y cuidado de la salud mental:</b> La familia en duelo y en especial la mujer que es atendida en las instituciones prestadoras de servicios de salud en casos de muerte gestacional o neonatal tiene derecho a gozar de asistencia psicosocial idónea y calificada durante toda la permanencia en las instituciones prestadoras de servicios de salud y posterior al egreso de la misma. Independiente del número de semanas de gestación que tenga el hijo/hija en el momento de la muerte gestacional, o de días de vida en caso de muerte neonatal. Todas las intervenciones que se lleven a cabo deberán garantizar en igualdad de condiciones el cuidado de la salud mental de la mujer que está siendo atendida, lo cual incluye el derecho a obtener acompañamiento en salud mental en todos los casos de muerte gestacional independiente del número de</p>	<p>proceso de atención en salud.</p> <p><b>2.5. Privacidad:</b> <b>La mujer y la familia en duelo perinatal y en especial la mujer que es atendida en la institución de salud en casos de muerte gestacional o neonatal</b> tienen derecho durante <b>todas las etapas de la atención hospitalaria</b> 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 en duelo <b>perinatal en las instituciones prestadoras de servicios de salud,</b> para estos casos.</p> <p><b>2.6. Igualdad:</b> Todas <b>las mujeres y familias en duelo perinatal que afrontan la muerte de sus hijos/as en gestación o en etapa neonatal,</b> tienen derecho a ser atendidas y acompañadas bajo criterios de humanización, dignidad, respeto y cuidado de su salud física, mental, emocional, social y espiritual, sin ningún tipo de discriminación o diferenciación</p> <p><b>2.7. Promoción y cuidado de la salud mental:</b> <b>La Toda mujer y familia en duelo perinatal y en especial la mujer que es atendida en las instituciones prestadoras de servicios de salud en casos de muerte gestacional o neonatal</b> tiene derecho a gozar de asistencia psicosocial <b>oportuna</b> idónea y calificada durante toda la permanencia en las instituciones prestadoras de</p>	<p>semanas de gestación o causa de la muerte, así como en caso de muerte neonatal.</p> <p><b>2.8. Calidad e idoneidad profesional.</b> Los establecimientos y servicios de salud deberán estar centrados en la familia y la mujer que afronta la muerte de su hijo en gestación o en etapa neonatal, ser apropiados desde el punto de vista médico y psicológico con altos estándares profesionales, éticos y de calidad. Ello requiere, entre otros, personal de la salud formado en abordaje y acompañamiento del duelo por muerte gestacional y neonatal y una evaluación oportuna durante toda la estancia hospitalaria y después de ella, de la calidad de los servicios ofrecidos y la satisfacción de los usuarios.</p> <p><b>2.9. Libertad de creencias y multiculturalidad:</b> La atención de la muerte gestacional y neonatal deberá llevarse a cabo desde un enfoque de derechos y teniendo en cuenta la multiculturalidad del país, de una manera transversal. Es esencial que se tengan en cuenta las necesidades que tiene cada mujer y familia de acuerdo a su propia cosmovisión, creencias, y necesidades culturales y psicológicas, y se garantice el derecho de las personas a una atención que responda a éstas. Toda mujer tendrá derecho a solicitar, cuando así lo desee, la entrega del cuerpo o los restos</p>	<p>servicios de salud y posterior al egreso de la misma, independiente del número de semanas de gestación que <b>tenga el hijo/hija</b> tuviera en el momento <b>en que ocurrió</b> la muerte gestacional, o <b>de días de vida en caso de la muerte neonatal.</b> Todas las intervenciones que se lleven a cabo deberán garantizar en igualdad de condiciones el cuidado de la salud mental de la mujer que está siendo atendida y <b>que afronta duelo perinatal,</b> lo cual incluye el derecho a obtener acompañamiento en salud mental <b>si así lo quiere ella,</b> en todos los casos de muerte gestacional independiente del número de semanas de gestación o causa de la muerte, así como en caso de muerte neonatal.</p> <p><b>2.8. Calidad e idoneidad profesional. En los casos de duelo perinatal,</b> los establecimientos y servicios de salud deberán estar centrados en la familia y la mujer que afronta <b>dicha situación</b> la muerte de su hijo en gestación o en etapa neonatal, y <b>desarrollar intervenciones</b> ser apropiadas <b>apropiadas</b> 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 <b>perinatal por muerte gestacional y neonatal</b> y una evaluación oportuna durante toda la estancia hospitalaria y después de ella, de</p>	<p>servicios de salud y posterior al egreso de la misma, independiente del número de semanas de gestación que <b>tenga el hijo/hija</b> tuviera en el momento <b>en que ocurrió</b> la muerte gestacional, o <b>de días de vida en caso de la muerte neonatal.</b> Todas las intervenciones que se lleven a cabo deberán garantizar en igualdad de condiciones el cuidado de la salud mental de la mujer que está siendo atendida y <b>que afronta duelo perinatal,</b> lo cual incluye el derecho a obtener acompañamiento en salud mental <b>si así lo quiere ella,</b> en todos los casos de muerte gestacional independiente del número de semanas de gestación o causa de la muerte, así como en caso de muerte neonatal.</p> <p><b>2.8. Calidad e idoneidad profesional. En los casos de duelo perinatal,</b> los establecimientos y servicios de salud deberán estar centrados en la familia y la mujer que afronta <b>dicha situación</b> la muerte de su hijo en gestación o en etapa neonatal, y <b>desarrollar intervenciones</b> ser apropiadas <b>apropiadas</b> 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 <b>perinatal por muerte gestacional y neonatal</b> y una evaluación oportuna durante toda la estancia hospitalaria y después de ella, de</p>	<p>servicios de salud y posterior al egreso de la misma, independiente del número de semanas de gestación que <b>tenga el hijo/hija</b> tuviera en el momento <b>en que ocurrió</b> la muerte gestacional, o <b>de días de vida en caso de la muerte neonatal.</b> Todas las intervenciones que se lleven a cabo deberán garantizar en igualdad de condiciones el cuidado de la salud mental de la mujer que está siendo atendida y <b>que afronta duelo perinatal,</b> lo cual incluye el derecho a obtener acompañamiento en salud mental <b>si así lo quiere ella,</b> en todos los casos de muerte gestacional independiente del número de semanas de gestación o causa de la muerte, así como en caso de muerte neonatal.</p> <p><b>2.8. Calidad e idoneidad profesional. En los casos de duelo perinatal,</b> los establecimientos y servicios de salud deberán estar centrados en la familia y la mujer que afronta <b>dicha situación</b> la muerte de su hijo en gestación o en etapa neonatal, y <b>desarrollar intervenciones</b> ser apropiadas <b>apropiadas</b> 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 <b>perinatal por muerte gestacional y neonatal</b> y una evaluación oportuna durante toda la estancia hospitalaria y después de ella, de</p>

<p>de su hijo/a fallecido en gestación, siempre que ello sea viable técnicamente, independiente del número de semanas o peso que tuviera al momento de su muerte, y a que le sea informado dicho derecho.</p>	<p>la calidad de los servicios ofrecidos y la satisfacción de los usuarios</p> <p><b>2.9. Libertad de creencias y multiculturalidad:</b> La atención del <b>duelo perinatal de la muerte gestacional y neonatal</b> 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 <b>quien murió en su hijo/a</b> fallecido en gestación, siempre que ello sea viable técnicamente, independiente del número de semanas o peso que tuviera al momento de su muerte, y a que le sea informado dicho derecho.</p>	
<p><b>Artículo 3°. Definiciones:</b></p> <p><b>1. Muerte Gestacional.</b> Para efectos de la presente ley, se entenderá por Muerte Gestacional, el cese de las funciones vitales del feto, en cualquier momento de la gestación, parto, y en todo caso antes de encontrarse completamente separado de la mujer gestante, y que no hubiere sobrevivido a la separación</p>	<p><b>Artículo 3°. Definiciones:</b></p> <p><b>1. Muerte Gestacional.</b> 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, <del>y que no hubiere sobrevivido a la separación</del></p>	<p>Teniendo en cuenta las anteriores justificaciones y para garantizar la unidad de materia de la iniciativa legislativa, se incluyen las definiciones de Duelo Perinatal y se suprime la definición de Duelo por muerte gestacional y neonatal</p>
<p>gestacional y neonatal, aplicable por todos los actores del sector salud encargados de brindar dicha atención, que en desarrollo de los principios establecidos en el artículo 2° de la presente ley, brinde al talento humano en salud un estándar mínimo para la intervención, abordaje y acompañamiento, basados en la evidencia y en las mejores prácticas, en orden a garantizar una atención humanizada, el respeto de la dignidad humana, el cuidado de la salud mental, y la efectividad de los derechos constitucionales y legales de la familia, especialmente de las mujeres gestantes y/o puérperas que son atendidas en las instituciones prestadoras de servicios de salud.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social, una vez expedido el Lineamiento de que trata el presente artículo, deberá:</p> <p>a. Promover la realización de capacitaciones al talento humano en salud, de los servicios de atención ginecobstétrica, Cuidado neonatal en todos los niveles de complejidad: básico, intermedio e intensivo, sobre duelo por muerte gestacional y neonatal y en especial sobre el Lineamiento del que trata el presente artículo.</p> <p>b. Promover, la inclusión de contenidos sobre duelo por muerte gestacional y neonatal, en los currículum de pregrados y postgrados en las carreras del</p>	<p>desarrollar y mantener vigente Lineamiento Técnico de <del>para la atención en casos de muerte gestacional y neonatal</del>, <b>integral y el cuidado de la Salud Mental de la mujer y la familia en casos de duelo perinatal</b>, aplicable por todos los actores del sector salud encargados de brindar dicha atención, que en desarrollo de los principios establecidos en el artículo 2° de la presente ley, brinde al talento humano en salud un estándar mínimo para la intervención, abordaje y acompañamiento, basados en la evidencia y en las mejores prácticas, en orden a garantizar una atención humanizada, el respeto de la dignidad humana, el cuidado de la salud mental, y la efectividad de los derechos constitucionales y legales de la familia, especialmente de las mujeres gestantes y/o puérperas que son atendidas en las instituciones prestadoras de servicios de salud.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social, una vez expedido el Lineamiento de que trata el presente artículo, deberá:</p> <p>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 <del>por muerte gestacional y</del></p>	
<p>siquiera un instante.</p> <p><b>2. Muerte Neonatal:</b> 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.</p> <p><b>3. Duelo por muerte gestacional y neonatal:</b> Para los efectos de la presente ley se entenderá como el proceso adaptativo emocional que afronta una familia cuyo hijo/a ha muerto en gestación, durante el parto o dentro de los 28 días posteriores al nacimiento</p>	<p><del>siquiera un instante.</del></p> <p><b>2. Muerte Neonatal:</b> 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.</p> <p><b>3. Duelo por muerte gestacional y neonatal:</b> Para los efectos de la presente ley se entenderá como el proceso adaptativo emocional que afronta una familia cuyo hijo/a ha muerto en gestación, durante el parto o dentro de los 28 días posteriores al nacimiento</p> <p><b>3. Duelo Perinatal:</b> 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</p>	
<p><b>Artículo 4°. Lineamiento de atención en casos de muerte gestacional y neonatal.</b> El Ministerio de Salud, dentro de los 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, deberá expedir, desarrollar y mantener vigente un Lineamiento de atención integral y humanizada de la muerte y duelo</p>	<p><del>Artículo 4°. Lineamiento Técnico de para la atención en casos de muerte gestacional y neonatal</del> <b>integral y el cuidado de la Salud Mental de la mujer y la familia en casos de duelo perinatal.</b> El Ministerio de Salud, dentro de los 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, deberá expedir,</p>	
<p>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.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social deberá efectuar el seguimiento a la implementación del Lineamiento de que trata el presente artículo, a través de los entes territoriales, y sus Secretarías Departamentales, Municipales o Distritales de Salud quienes a su vez están en el deber de monitorear y garantizar su implementación en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tanto públicas como privadas, así como gestionar el desarrollo de capacidades de dichas instituciones y competencias del talento humano en salud, directivos y administrativos en la atención humanizada del duelo gestacional y neonatal</p>	<p>neonatal y en especial sobre el Lineamiento del que trata el presente artículo.</p> <p>b. Promover, la inclusión de contenidos sobre duelo <del>por muerte gestacional y neonatal</del> <b>perinatal</b>, en los currículum 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.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social deberá efectuar el seguimiento a la implementación del Lineamiento de que trata el presente artículo, a través de los entes territoriales, y sus Secretarías Departamentales, Municipales o Distritales de Salud quienes a su vez están en el deber de monitorear y garantizar su implementación en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tanto públicas como privadas, así como gestionar el desarrollo de capacidades de dichas instituciones y competencias del talento humano en salud, directivos y administrativos en la atención humanizada del duelo <del>gestacional y neonatal</del> <b>perinatal</b></p>	
<p><b>Artículo 5°. Lineamiento interno en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</b> Todas las Instituciones Prestadoras de</p>	<p><b>Artículo 5°. Lineamiento interno en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</b> Todas las Instituciones Prestadoras de</p>	<p>Sin modificación</p>

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 4°. 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	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 4°. 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	
<b>Artículo 6°.</b> Día Nacional de la concienciación sobre la muerte gestacional y neonatal. Créase el "Día Nacional de la Concienciación sobre la Muerte Gestacional y Neonatal" que se celebrará el 15 de octubre de cada año.  Parágrafo 1. Se insta a todas las organizaciones públicas y privadas, a promover acciones que sensibilicen e involucren a toda la sociedad en torno al impacto de este tipo de muerte, la necesidad de promover cambios en la atención en salud y la garantía de los derechos de las familias y mujeres en duelo por muerte gestacional y neonatal.	<b>Artículo 6°.</b> 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.  <b>Parágrafo 1.</b> 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 <del>perinatal</del> <del>per muerte gestacional y neonatal</del> .	
<b>Artículo 7°.</b> Vigencia y Derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga cualquier disposición que le sea contraria.	<b>Artículo 7°.</b> Vigencia y Derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga cualquier disposición que le sea contraria.	Sin modificación

**XII. PROPOSICIÓN.**

**EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DECRETA**

**Artículo 1°. 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 2°. Principios.**

**2.1. Respeto de la dignidad humana:** El Estado reconoce que las mujeres gestantes, parturientas o puerperas, 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 puerpera 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

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 Comisión Séptima Constitucional Permanente de Senado dar debate al Proyecto de Ley 085 de 2021, "Por medio de la cual se ordena la expedición de un lineamiento de atención integral y humanizada de la muerte y el duelo gestacional y neonatal en instituciones de salud, y se dictan otras disposiciones – "ley brazos vacíos"

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 PRIMER 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"

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 tanto de la mujer como de su hijo/a 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 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 parto, 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 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.

**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

  
 Laura Esther Fortich Sánchez  
 Senadora de la República

y postgrados en las carreras del sector de la salud, especialmente en las relacionadas con Psicología, Medicina y Enfermería, garantizando en todo momento la autonomía universitaria con que cuenta cada Institución de Educación Superior.

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


**COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA.** - Bogotá D.C., a los doce (12) días del mes de octubre 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 Primer Debate, Pliego de Modificaciones y Texto Propuesto para Primer Debate.

**NÚMERO DEL PRYECTO 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

## INFORME DE PONENCIA NEGATIVA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 96 DEL 2021 SENADO, 158 DEL 2021 CÁMARA

*por la cual se decreta el Presupuesto de Rentas y Recursos de Capital y Ley de Apropiações para la vigencia fiscal del 1° de enero al 31 de diciembre de 2022.*

### EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

*El Presupuesto General de la Nación 2022: Nuevamente, un presupuesto que resulta regresivo en su financiación, insuficiente en su estimación e ineficaz en su distribución.*

#### 1. INTRODUCCIÓN

El pasado 17 de agosto el presidente Iván Duque, en medio de una ceremonia, reveló el dato del aumento del PIB para el segundo trimestre del año (17,6%<sup>1</sup>), el cual, mediante un discurso triunfalista, calificó como el “crecimiento del siglo” en la vía de una “reactivación segura”<sup>2</sup>. Aseveraciones cuando menos ligeras, que dejan entrever un profundo desconocimiento acerca de las condiciones bajo las cuales dicho crecimiento se ha ocasionado.

Considerar como el “crecimiento del siglo” a una cifra que estadísticamente se calculó tomando como base de comparación el periodo con el peor resultado de la actividad económica del país (el segundo trimestre de 2020) y que, al analizar un poco más a profundidad, evidencia que la actividad de la economía del segundo trimestre en comparación con la del primero se contrajo en -2,4%, demuestra las opacas e irreflexivas bases bajo las cuales el gobierno evalúa el panorama nacional; bases a partir de las cuales se plantea dar inicio al retiro gradual de los estímulos fiscales, aun cuando la actual coyuntura demuestra severas y latentes necesidades sociales.

Bajo el marco de la narrativa de la austeridad el gobierno plantea una “Triada de soluciones” enfocadas hacia la política social, la política económica y la política fiscal<sup>3</sup> que, en términos prácticos, resulta ser una táctica de ajuste fiscal mediante la reducción del gasto que hace abstracción de las variables sociales que aún se ven fuertemente rezagadas. La “reactivación segura” de la que habla el presidente no es posible sin una fuerte inversión pública y el gobierno, una vez más, subestima la capacidad multiplicadora del gasto en época de crisis.

El 29 de julio del presente año el Ministro de Hacienda y Crédito Público, José Manuel Restrepo Abondano, radicó el proyecto del Presupuesto General de la Nación para la vigencia del 2022 (en adelante PGN 2022). La discusión en las comisiones económicas del Congreso de la República se inició después de expirar el último plazo que la normatividad exige para que el Legislativo pudiese devolver el proyecto al Ejecutivo y sin dar mayor debate sobre su

<sup>1</sup> DANE - Producto Interno Bruto - PIB- nacional trimestral – II Trimestre 2021.

<sup>2</sup> <https://twitter.com/IvanDuque/status/1427685126226468868>

<sup>3</sup> Marco Fiscal de Mediano Plazo 2021 - Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

financiamiento y alcance como instrumento de política fiscal. El monto fue aprobado el martes 14 de septiembre del 2021.

Posterior a un análisis de sus pilares, enfoque y estructura, concluyo que el PGN 2022 no cumple con los requisitos para afrontar una crisis económica que continúa vigente: el monto no resulta ser suficiente para atender los profundos efectos socioeconómicos de la pandemia, y mucho menos la distribución planteada por el Gobierno.

En concordancia con lo anterior, presento esta ponencia **NEGATIVA** al Proyecto de Ley N° 096 del 2021 Senado, 158 del 2021 Cámara “POR LA CUAL SE DECRETA EL PRESUPUESTO DE RENTAS Y RECURSOS DE CAPITAL Y LEY DE APROPIACIONES PARA LA VIGENCIA FISCAL DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2022” y expongo las razones que la motivan.

El PGN 2022 asciende a un monto total de \$350,39 billones (22,7% del PIB), suma que representa, según documentos oficiales, un incremento nominal del 5,3% con respecto a la vigencia anterior. No obstante, dicha variación no tiene en cuenta la adición presupuestal por \$10,9 billones al PGN 2021 que se llevó a cabo recientemente en la aprobación de la Ley de Inversión Social<sup>4</sup>. Al incluir dicha adición, el monto global del PGN 2022 evidencia una reducción en términos reales del -0,8%. Así mismo, en la versión radicada inicialmente por el Ministerio de Hacienda, al omitir el monto del servicio a la deuda, el PGN para la vigencia 2022 presentaba una reducción en términos nominales del -0,2% y en términos reales de -3%. Dicho desacierto de política económica no fue corregido con los traslados presupuestales resultado del primer debate en sesiones conjuntas de comisiones económicas, pues si bien hubo un aumento en el presupuesto para inversión y una reducción en el monto del servicio a la deuda, el presupuesto sin deuda continúa reduciéndose en términos reales, ahora en un -1,1%.

Los gastos en funcionamiento, junto con el servicio a la deuda pública, representan el 81% (\$282,1 billones) del PGN 2022, frente a un 19,5% (\$68,2 billones) en presupuesto de inversión.

#### 2. ANTECEDENTES

El pasado 29 de julio del 2020 el Ministro de Hacienda y Crédito Público de ese entonces, Alberto Carrasquilla Barrera, presentó ante el Congreso de la República el Proyecto de Ley del Presupuesto General de la Nación 2021 “Por el cual se decreta el presupuesto de rentas y

<sup>4</sup> Ley 2155 del 14 de septiembre del 2021.

recurso de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1° de enero al 31 de diciembre del 2021”.

Tal como lo sustenté en la discusión de dicho proyecto, y lo mantengo en mi ponencia sobre el presente, es evidente la subestimación de los efectos de la pandemia por parte del ejecutivo. El PGN 2021, además de enfocar considerables montos hacia gastos no prioritarios, con exiguos resultados en la reactivación, estableció una financiación basada en medidas tributarias regresivas. Se proyectó que los impuestos indirectos representaran el 54,9% del total de los ingresos tributarios vs. una proporción del 45,08% de impuestos directos.

Adicionalmente, presentó una desfinanciación de \$38 billones, los cuales planearon cubrirse: \$12 billones mediante “disposición de activos” (la cual resultó ascendiendo a los \$14,23 billones mediante el enroque realizado con ISA y Ecopetrol), y \$26 billones bajo una partida denominada “otros recursos de capital”, sin presentar mayor explicación sobre el origen de los mismos. Fue, por ende, un presupuesto que proyectó la venta de activos rentables de la nación, junto a un cheque en blanco por \$26 billones para el Ministerio de Hacienda. Como se evidencia en esta ocasión, nuevamente hay opacidad en los mecanismos de financiación del presupuesto.

Así mismo, se estimó un crecimiento en “V” a través de lo que el economista Jorge Iván González calificó como marco fiscal vergonzoso, diseñado con un modelo de 1940, sin tener en cuenta la realidad del Estado. Se supuso una reapertura total con la misma capacidad productiva, un crecimiento basado en hidrocarburos y un impulso de la economía potenciado principalmente por el sector privado con una inversión pública rezagada<sup>5</sup>.

Respecto a su distribución, se proyectó enfocar las inversiones a los sectores de vías, vivienda e hidrocarburos, con un impacto estimado de reducción en la tasa de desempleo del 3,96% al 2023; una variación insuficiente frente a la alarmante situación del mercado laboral colombiano. Adicionalmente, la asignación más grande se destinó al servicio de la deuda pública por valor de \$70,5 billones, con un incremento del 35,3% frente al servicio de la deuda del 2020.

Tal como lo sustenté en el debate de ese entonces, resultaba necesario aumentar considerablemente el presupuesto, con énfasis en los sectores de amplio impacto social, dado que en una crisis de la economía real el Estado juega un rol primordial pues constituye una fuerza esencial para incentivar la demanda agregada a través de políticas expansivas que

<sup>5</sup> González, J. I. (10 de agosto de 2020). *Razón Pública*. Obtenido de <https://razonpublica.com/presupuesto-2021-la-csequera-gubernamental/>

incrementen los ingresos de los ciudadanos, y la más efectiva de ellas resulta ser la política fiscal enfocada al aumento del gasto público.

El aumento que propuse no se realizó, y un actuar más fuerte y efectivo del Estado resultó en una oportunidad perdida. Hoy son evidentes las consecuencias. Manifestamos un crecimiento vulnerable que no se vio acompañado por la creación equivalente de empleo, presiones inflacionarias que no provienen de una demanda agregada fortalecida y una brecha del producto que se mantiene en terreno negativo.

Para el presente año, el 29 de julio el Ministro de Hacienda y Crédito Público, José Manuel Restrepo Abondano, radicó el proyecto del Presupuesto General de la Nación para la vigencia del 2022 ante el Congreso. El proyecto, nuevamente, se ve permeado por la ideología de la austeridad ante una coyuntura que aún precisa de una fuerte presencia estatal.

El pasado 23 de septiembre Las Comisiones Económicas Conjuntas, aprobaron en primer debate el proyecto de Ley N° 158 - 2021 Cámara, 096 - 2021 Senado: “Por la cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y Ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1° de enero al 31 de diciembre del año 2022” El trámite de los 126 artículos se inició con la resolución de impedimentos, y se dio aprobación exprés sin tener en cuenta las advertencias realizadas en las tres ponencias negativas y la alternativa.

#### 3. PRESUPUESTO DE RENTAS Y RECURSOS DE CAPITAL

Los supuestos bajo los cuales se rige el proyecto del Presupuesto General de la Nación 2022 contienen previsiones al alza de la actividad económica que evidencian de manera reiterada una subestimación de los efectos socioeconómicos de la pandemia por parte del Gobierno Nacional; lo anterior implica el devenir de políticas contractivas en medio de un contexto que aún requiere de estímulos a fin de la reactivación.

De acuerdo con el Marco Fiscal de Mediano Plazo 2021 los indicios de recuperación de la coyuntura colombiana “permiten avizorar una economía boyante”; sin embargo, parecen ser estas aseveraciones apresuradas al analizar nuestro actual contexto económico, en el que aún se manifiestan importantes excesos de capacidad productiva (brecha del producto negativa) y fuertes impactos adversos en la demanda agregada; es decir, se mantiene el escenario que describí en la discusión de hace un año del PGN 2021, pues continuamos trabajando por debajo de nuestra capacidad, y con un consumo que no alcanza a absorber toda la producción;



esto explica una tasa de desempleo aún elevada, del 12,3% para agosto 2021<sup>6</sup>, la cual es superior al doble del promedio de la tasa de desempleo de la OCDE: 6,2% para julio 2021<sup>7</sup>.

Si se ha presentado un aumento en la inflación anual, este no ha obedecido a una recuperación de la demanda agregada, sino a choques transitorios de la oferta. Lo anterior se evidencia con una inflación anual básica (IPC sin alimentos ni regulados) aún baja: 3,03% para septiembre 2021<sup>8</sup>.

Adicionalmente, en el segundo trimestre del 2021 el déficit comercial del país se incrementó en 103,2% tomando como base de comparación el mismo periodo del 2020, al aumentar de US\$1.97 mil millones a US\$4 mil millones. Así mismo, para una evaluación más contigua, al partir del primer trimestre del año se evidencia un incremento del déficit del 36,1% para el segundo trimestre. El valor de las exportaciones ha manifestado un comportamiento rezagado con respecto al crecimiento económico y no ha sabido sacar provecho del escenario de devaluación que está viviendo el país. Dicho contexto se agrava frente a las previsiones de una desaceleración de las exportaciones no tradicionales en el 2022, en línea con el crecimiento de los socios comerciales<sup>9</sup>.

Así pues, de manera sorprendente el pasado 17 de agosto del presente año en una rueda de prensa el Presidente Iván Duque reveló el dato del crecimiento del PIB para el segundo trimestre del año: 17,6%. Y de manera triunfalista y ligera lo consideró como el “crecimiento del año” e indicios de una “reactivación segura”<sup>10</sup>. Afirmaciones cuando menos irresponsables, pues posiciona como el “crecimiento del siglo” a una cifra que estadísticamente se calculó tomando como base de comparación el periodo con el peor resultado de la actividad económica del país (el segundo trimestre de 2020). De hecho, al analizar la actividad de la economía del segundo trimestre en comparación con la del primero de este año, hay una contracción del 2,4%.

Tal como lo indica el economista Jorge Iván González, “la ceguera del gobierno es de tal magnitud, que ni siquiera la crisis causada por la pandemia, ha sido suficiente para cambiar

<sup>6</sup> DANE. (2021). Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) - agosto de 2021.

<sup>7</sup> La República. (10 de septiembre de 2021). *Tasa de desempleo en Colombia, más del doble del promedio de los países de la Oede*. Obtenido de <https://www.larepublica.co/globoeconomia/tasa-de-desempleo-en-colombia-mas-del-doble-del-promedio-de-los-paises-de-la-ocde-3230400>

<sup>8</sup> DANE. (2021). Principales resultados IPC - septiembre de 2021.

<sup>9</sup> Marco Fiscal de Mediano Plazo 2021 - Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

<sup>10</sup> <https://twitter.com/IvanDuque/status/1427685126226468868>

la visión sobre el futuro. El discurso es sorprendente, y esta economía “boyante” no requiere ningún cambio fundamental<sup>11</sup>”.

Como un supuesto de la programación presupuestal para el 2022 se proyecta que la economía colombiana crecerá el 6% en el 2021; cifra superior a lo que la OCDE proyecta para el crecimiento de América Latina en dicho periodo (4,6%), pero que resulta ser más coherente con unas bases de comparación del PIB mayores para el tercer y cuarto semestre del 2020, no obstante, no deja de ser poco ambiciosa, además de manifestar de manera preliminar un rezago frente a la generación de empleo, pues para el 2021 se proyecta un cierre de la tasa de desempleo del 14,1%, y para el 2022 del 11,9%<sup>12</sup>.

Supuestos	2021	2022
Inflación	3,0	2,8
Devaluación Promedio, %	[0,7]	2,1
Tasa de cambio promedio	3.667	3.744
PIB real (variación %)	6,0	4,3
PIB nominal (miles de millones \$)	1.109.264	1.197.324
PIB nominal (variación %)	10,6	7,9
Importaciones (millones US\$)	47.854,8	50.618,1
Crecimiento importaciones totales, %	15,9	5,8

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público - DGPM Junio 2021

Tabla 1: Supuestos para la programación presupuestal de 2022. Anexo Mensaje Presidencial - Presupuesto General de la Nación 2022

De la misma manera, las proyecciones de corte mediocre se amplían en el horizonte de mediano plazo, tal como se evidencia en la tabla N° 2 con una estimación del crecimiento del PIB real que promedia el 3%.

<sup>11</sup> González, J. I. (22 de agosto de 2021). *Razón Pública*. Obtenido de <https://razonpublica.com/la-economia-colombiana-la-ceguera-del-gobierno/>

<sup>12</sup> Marco Fiscal de Mediano Plazo 2021 - Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Variable	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032
PIB Real (% variación anual)	-6,8	6,0	4,3	3,8	3,6	3,5	3,5	3,3	3,3	3,3	3,3	3,2	3,2
PIB Nominal (% variación anual)	-5,5	10,6	7,9	7,0	6,7	6,6	6,6	6,4	6,4	6,4	6,4	6,3	6,3
Tipo de cambio (\$ fin año)	3.433	3.738	3.744	3.822	3.903	3.985	4.068	4.154	4.241	4.330	4.421	4.514	4.609
Tipo de cambio (\$ promedio año)	3.694	3.667	3.744	3.822	3.903	3.985	4.068	4.154	4.241	4.330	4.421	4.514	4.609
Tasa de interés local (% promedio año)	5,0	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1
Tasa de interés externa (% prom. año)	4,3	4,0	4,1	4,4	4,5	4,5	4,5	4,4	4,4	4,3	4,1	4,0	3,9
Inflación (% fin año)	1,6	3,0	2,8	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Balance primario (GNC (% acumulado año))	-4,9	-5,3	-3,5	-1,3	-0,3	0,3	0,8	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7

Fuente: MHCP – DGPM

Tabla 2: Principales supuestos macroeconómicos. Marco Fiscal de Mediano Plazo 2021.

El presupuesto de rentas y recursos de capital del Presupuesto General de la Nación vigencia 2022 asciende a \$350,39 billones<sup>13</sup>. Sus fuentes de financiación provienen: \$170,8 billones (el 48,5%) de ingresos corrientes, \$146,49 billones (el 42,1%) de recursos de capital, \$2,4 billones (el 0,7%) de contribuciones parafiscales, \$12 billones (el 3,3%) de fondos especiales de la nación y \$18,6 billones (el 5,4%) de los establecimientos públicos.

De los ingresos corrientes \$167,3 billones (el 99,1%) corresponden a ingresos tributarios y \$1,48 billones (el 0,9%) a ingresos no tributarios, principalmente tasas y multas. En este punto resulta importante resaltar el reducido aumento que se proyecta para el 2022 en el recaudo tributario, si tomamos como base las necesidades de gasto que aún requerimos en un escenario de recuperación. Nominalmente se espera recaudar un adicional de \$14,9 billones: \$10,2 billones por concepto de actividad económica interna y \$4,2 billones por concepto de actividad económica externa.

El aumento nominal más significativo radica en el recaudo del impuesto a la renta, que se estima por \$8,8 billones. Lo anterior se encuentra en línea con lo establecido por la Ley de

<sup>13</sup> Artículo 1° del Proyecto De Ley N° 096 del 2021 Senado, 158 del 2021 Cámara “POR LA CUAL SE DECRETA EL PRESUPUESTO DE RENTAS Y RECURSOS DE CAPITAL Y LEY DE APROPIACIONES PARA LA VIGENCIA FISCAL DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2022”

Inversión Social sancionada el 14 de septiembre por Iván Duque, la cual se apoya sobre el empresario para aumentar el recaudo, especialmente sobre la clase media microempresarial, en el entendido de que la medida tributaria más agresiva que contiene la reforma es la de elevar la tarifa de renta corporativa a las empresas al 35%, homogenizando la tarifa nominal general sin distinguir las microempresas de las grandes empresas, mientras éstas últimas mantienen regímenes especiales entre los cuales se encuentran las zonas francas, el régimen especial para empresas holding, el régimen para la economía naranja y los beneficios tributarios que tienen como consecuencia la reducción del impuesto a la renta por distintas vías como deducciones y descuentos, blindados además mediante contratos de estabilidad jurídica.

Miles de millones de pesos

Concepto	2021 Aforo	2022 Proyecto	Variación porcentual	Diferencia Absoluta	Porcentaje del PIB	
	(1)	(2)	(3)=(2/1)	(4)=(2-1)	2021 (5)	2022 (6)
<b>I. Ingresos Tributarios</b>	152.870	167.317	9,5	14.447	13,8	14,0
<b>Actividad Económica Interna</b>	129.349	139.565	7,9	10.216	11,7	11,7
Renta	68.916	77.738	12,8	8.822	6,2	6,5
Impuesto al Valor Agregado	48.137	46.502	(3,4)	(1.635)	4,3	3,9
Gravamen a los Movimientos Financieros	8.768	10.184	16,1	1.416	0,8	0,9
Impuesto de Timbre	60	91	51,6	31	0,0	0,0
Impuesto Nacional al Consumo	1.903	2.297	20,7	394	0,2	0,2
Impuesto Nacional a la Gasolina y ACPM	597	1.787	199,4	1.190	0,1	0,1
Impuesto Nacional al Carbono	399	497	24,5	98	0,0	0,0
Otros	570	469	(17,7)	(101)	0,1	0,0
<b>Actividad Económica Externa</b>	23.520	27.751	18,0	4.231	2,1	2,3
Impuesto al Valor Agregado	20.089	23.653	17,7	3.564	1,8	2,0
Aduanas y Recargos	3.431	4.098	19,4	667	0,3	0,3
<b>II. Ingresos No Tributarios</b>	1.374	1.485	7,9	109	0,1	0,1
<b>III. TOTAL (I+II)</b>	154.244	168.802	9,4	14.556	13,7	14,1

Tabla 3: Comportamiento estimado de los ingresos corrientes de la nación 2021 – 2022. Anexo Mensaje Presidencial - Presupuesto General de la Nación 2022.

Adicional a lo anterior, dicha reforma no corrige las ineficacias de reformas pasadas, dado que, tal como se evidencia en la Gráfica N° 1, ha habido un fracaso sistemático a lo largo de la última década para incrementar el recaudo tributario y financiar el cumplimiento de las obligaciones del Estado en el marco de la constitución del 91. En específico, las reformas tributarias de 2018 y 2019 fueron en dirección contraria y, en vez de aumentar el recaudo, lo disminuyeron en el mediano plazo, debilitando de manera estructural a las finanzas públicas antes de la llegada de la pandemia. Resulta inquietante que, en un contexto de fuertes necesidades de recaudo progresivas, la reforma sancionada en días pasados mantenga la

estructura tributaria que ha venido erosionando los ingresos de la nación, a costa de una inversión social que se conduce con la actual situación de las colombianas y colombianos.

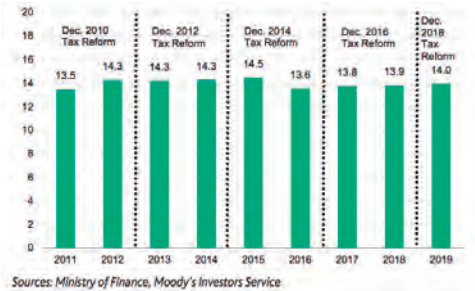


Gráfico 1: A pesar de implementar reformas tributarias frecuentes, la recaudación tributaria sigue siendo baja (ingresos tributarios del gobierno central como % del PIB), Moody's – 2020<sup>14</sup>.

Además, frente a este contexto de escasa disposición política para el incremento del recaudo mediante mecanismos progresivos, el gobierno nacional decide recurrir a la enajenación del patrimonio nacional a fin de ajustar caja, sacrificando ingresos futuros de la nación.

Al interior de la cuenta Recursos de capital de la nación se encuentra el rubro de "Disposición de activos", el cual, tal como se muestra en la Tabla N° 3, se denomina eufemísticamente como "Optimización de activos", y se proyecta por \$7,1 billones para el 2022.

Es importante resaltar que bajo esta misma figura el gobierno llevó a cabo en el 2021 una estrategia de tipo enroque con dos de los activos más estratégicos de la nación: ISA y Ecopetrol: se vendieron a la petrolera las acciones propiedad de la Nación de la empresa ISA, que corresponden al 51,4% de la compañía<sup>15</sup>: más de 569 millones de acciones, un negocio valuado por 14,23 billones de pesos<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> Moody's Investors Service. (2020). Government of Colombia – Baa2 stable - Annual credit analysis.  
<sup>15</sup> Interoxión Eléctrica S.A. ESP (ISA). (2021). Composición accionaria. Obtenido de <https://www.isa.co/es/grupo-isa/composicion-accionaria/>  
<sup>16</sup> La República. (11 de agosto de 2021). Ecopetrol adquirió las acciones del Ministerio de Hacienda en ISA por \$14,2 billones. Obtenido de <https://www.larepublica.co/empresas/ecopetrol-firmo-contrato-interadministrativo-com-minhacienda-para-adquirir-acciones-de-isa-3216139>

Las implicaciones de esta maniobra radican en que el Estado perdería participación accionaria en Ecopetrol de hasta el 8,5%<sup>17</sup> (el valor máximo que, de acuerdo con la Ley 1118 del 2006, se tiene disponible actualmente para enajenar de la petrolera); es decir, se generaría una privatización parcial de Ecopetrol. Estamos entonces ante un panorama en el que se endeuda y privatiza parte de dicha empresa ante la falta de una reforma tributaria más ambiciosa y progresiva que recurra a obtener recursos adicionales de los percentiles más adinerados del país.

A pesar de que el negocio intenta sustentarse desde el argumento de una "transición energética" de la petrolera, no se plantea ninguna modificación operacional que apunte a este fin. Un cambio de propiedades no diversifica la canasta energética del país, y Ecopetrol no planea alejarse de la producción del petróleo; por el contrario, mantiene su plan de inversión de US\$3.500 a US\$4.000 millones para exploración, producción, transporte y refinación, incluyendo el proyecto piloto de fracking<sup>18</sup>. Si los recursos de inversión de Ecopetrol en 2021 se gastan en la compra de ISA, la petrolera se vería limitada para invertir en proyectos de energías alternativas, lo cual también nos posiciona de manera rezagada en un contexto internacional que a futuro se alejará de las fuentes de energía tradicionales.

Con respecto a las enajenaciones como estrategia para cuadrar caja, es importante recordar que las mejores prácticas del Fondo Monetario Internacional para el manual de 1986 que rige el reportaje de cifras públicas en Colombia, establece claramente que las privatizaciones no deben ser reportadas como un ingreso. Este hecho se observó con la privatización de ISAGEN en 2014, mejorando de manera artificial la cifra del déficit. Esto, además, crea incentivos perversos, pues por ajustar caja pueden ejecutarse ventas por fuera del mercado en detrimento de la rentabilidad; lo que pudo con la venta de ISA a Ecopetrol, dado que el negocio se efectuó bajo un mecanismo de exclusividad mediante un convenio interadministrativo.

<sup>17</sup> La República. (28 de enero de 2021). El Estado pasaría de tener 88,5% a 80% de participación accionaria en Ecopetrol. Obtenido de <https://www.larepublica.co/economia/el-estado-pasaria-de-tener-885-a-80-de-participacion-accionaria-en-ecopetrol-3116929>  
<sup>18</sup> La Silla Vacía. (27 de enero de 2021). La venta de ISA es un negocio para el Gobierno. Para Ecopetrol, está por verse. Obtenido de <https://www.lasillavacia.com/historias/silla-nacional/la-venta-de-isa-es-un-negocio-para-el-gobierno-para-ecopetrol-esta-por-verse>

CONCEPTO	\$ MM		% PIB	
	2021*	2022*	2021*	2022*
<b>Ingresos Totales</b>	<b>179.231</b>	<b>193.964</b>	<b>16,2</b>	<b>16,2</b>
Tributarios	151.065	170.246	13,6	14,2
No Tributarios	1.376	1.485	0,1	0,1
Fondos Especiales	1.443	1.483	0,1	0,1
Recursos de Capital	25.346	20.748	2,3	1,7
de los cuales, Optimización de activos	14.000	7.100	1,3	0,6
<b>Gastos Totales</b>	<b>274.980</b>	<b>277.537</b>	<b>24,8</b>	<b>23,2</b>
Intereses	36.771	41.331	3,3	3,5
Funcionamiento más inversión	238.209	236.206	21,5	19,7
Funcionamiento **	197.007	204.497	17,8	17,1
Inversión**	30.083	25.361	2,7	2,1
Proyecto de Inversión Social	11.119	6.348	1,0	0,5
Préstamo Neto	0	0	0,0	0,0
<b>Balance Primario</b>	<b>-58.978</b>	<b>-42.243</b>	<b>-5,3</b>	<b>-3,5</b>
<b>Balance Total</b>	<b>-95.749</b>	<b>-83.574</b>	<b>-8,6</b>	<b>-7,0</b>

Tabla 4: Balance GNC 2022 con optimización de activos como ingreso (oficial). Marco Fiscal de Mediano Plazo 2021.

De la misma manera, la indisposición política del gobierno se extiende al óptimo aprovechamiento de los recursos que en fechas recientes han llegado a Colombia.

A inicios de agosto la Asamblea de Gobernadores del Fondo Monetario Internacional aprobó la emisión de Derechos Especiales de Giro (DEG) por USD 650 mil millones; Colombia recibió de dicho monto 2,79 mil millones<sup>19</sup>, equivalente aproximadamente a \$10,6 billones. Dicha asignación fue recibida por el Banco de la República, quien dirigió los DEG a la cuenta de reservas internacionales. Dado que el FMI dejó a potestad de cada país el uso de su asignación, y que Colombia cuenta con una liquidez internacional suficiente, el Banco vendió reservas al gobierno por el monto equivalente a la asignación DEG y recibió como pago TES Clase B del Ministerio de Hacienda a precios de mercado; lo anterior, como estrategia de obtención de liquidez en dólares.

No es la primera vez que el FMI lleva a cabo una operación de este tipo. Entre 1970 y 2009, el departamento de DEG del FMI ha realizado cuatro emisiones de DEG por un monto total de US\$318.000 millones<sup>20</sup>. La emisión del 2009, por motivo de la crisis financiera global del 2008, ascendió a US\$250 mil millones, adicional a una asignación especial por US\$33 mil millones. Para Colombia se asignaron US\$890 millones más una asignación especial de US\$78 millones. De acuerdo con el Banco de la República, la asignación general para la

<sup>19</sup> Banco de la República de Colombia. (30 de agosto de 2021). Asignación de DEG a Colombia por parte del FMI y venta de reservas internacionales al Gobierno Nacional. Obtenido de <https://www.banrep.gov.co/es/asignacion-deg-colombia-parte-del-fmi-y-venta-reservas-internacionales-gobierno-nacional>

<sup>20</sup> Manual de uso de Derechos Especiales de Giro DEG para Fines Fiscales – Latindadd - agosto de 2021.

fecha se utilizó así: 70% se mantuvo como reservas internacionales, 14% para el pago de cuotas y 12% como reembolsos de programas al FMI.

Para el presente año el uso conservador de los DEG por parte del gobierno se mantuvo, postura cuestionable ante las necesidades de manejo de la crisis. En esta ocasión, la asignación DEG por parte del FMI a Colombia no resultó en una emisión, ni una operación de financiamiento, puesto que la deuda pública no se aumentó: se convirtió en un canje de deuda con la finalidad de dar manejo al perfil de amortización de la deuda pública. Según declaraciones del Ministro Restrepo, la liquidez obtenida se dirigirá al Presupuesto General de la Nación 2021 y aliviará parcialmente las necesidades de financiamiento del Presupuesto General de la Nación 2022, dado que se redujeron las amortizaciones de deuda interna en cerca de un 45%.

Dicho manejo fue una maniobra contable que puede ser aprovechada de una manera más sensata dadas las actuales necesidades de gasto del país. Así lo constata el economista ecuatoriano Andrés Arauz en el Manual de uso de Derechos Especiales de Giro DEG para fines fiscales:

*"Sin embargo, lo apropiado es incorporarlos al presupuesto y utilizarlos también como recursos fiscales. Pasa a ser una decisión soberana, y no del banco central, en qué proporción deben guardarse o gastarse. [...]el FMI publicó que "La asignación general de DEG ... debería completarse rápidamente a fin de proporcionar reservas de liquidez a los países y ayudarlos a atender necesidades de gasto esenciales. ". Este lenguaje se repite en declaraciones del portavoz, del FMI, Gerry Rice, quien declaró que el FMI aconsejaría a los países cómo mejor usar los DEG para fortalecer las reservas, crear espacio para gastos prioritarios urgentes y apoyar mejores políticas públicas [...]Si los DEG son gestionados solo como patrimonio de los bancos centrales, los gobiernos perderían la oportunidad de usar el monto equivalente a los DEG en gastos prioritarios en materia sanitaria y de vacunación u otras necesidades de inversión<sup>21</sup>".*

Es bastante reprochable que en un contexto en el que una entidad multilateral como el FMI lleva a cabo este giro extraordinario a modo de reconocimiento de la gravedad de la crisis latente y la necesidad de dar continuidad a las medidas expansionistas, el gobierno nacional decida implementar una táctica tan restringida. Si el país se limita a llevar a cabo una operación de canje de deuda con los recursos girados por el FMI, estaríamos

<sup>21</sup> Manual de uso de Derechos Especiales de Giro DEG para Fines Fiscales – Latindadd - agosto de 2021.

desaprovechando una valiosa oportunidad de financiar gasto social por más de \$10 billones en un contexto donde 21 millones de colombianos y colombianas se encuentran en situación de pobreza monetaria y 7,5 millones en situación de pobreza monetaria extrema<sup>22</sup>.

**4. PRESUPUESTO DE GASTOS O LEY DE APROPIACIONES**

El Presupuesto General resulta ser la "herramienta que le permite al sector público cumplir con la producción de bienes y servicios públicos para satisfacción de las necesidades de la población"<sup>23</sup>, al incidir de manera directa en la economía y su dinamismo. Es por esto que "el presupuesto público continúa siendo el instrumento más importante para la ejecución de la política económica por parte del Estado"<sup>24</sup>, cuya relevancia toma un rol protagónico en contextos como el actual, de gran vulnerabilidad socioeconómica.

En ese sentido, la narrativa de austeridad implementada por el Gobierno para el Presupuesto General de la Nación 2022 resulta contraria a los intereses generales, pues las necesidades básicas de una porción mayoritaria de la población aún no se han visto cubiertas.

Lo anterior se adiciona a la perspectiva que recientemente ha manifestado la Junta Directiva del Banco de la República (JDBR), pues, pese a que estamos presenciando presiones inflacionarias que obedecen a choques de oferta, el retiro parcial de alivios a servicios públicos e incremento de los precios del combustible, para finales de septiembre, tal como lo denuncié en las primeras discusiones del presupuesto, la JDBR decidió dar inicio al retiro del estímulo monetario desde inicios de este mes aumentando la tasa de interés de política monetaria en 25 puntos básicos.

Como una decisión equivocada lo evalúa el profesor Jorge Iván González, quien asegura que "es un error subir la tasa en estos momentos, cuando la reactivación apenas está comenzando. Sobre todo, porque la banca colombiana ha sido reacia a reducir sus tasas cuando el banco central disminuye la de referencia, pero es muy proclive a encarecer los costos de los créditos cuando el Banco de la República comienza a subir su tasa [...] El Banco no mira los determinantes estructurales de los precios. Y la estrechez de su visión lo lleva a obstaculizar la reactivación. Comete el grave error de invitar a la banca privada a que suba la tasa de interés"<sup>25</sup>.

Por consiguiente, se avecinan fuertes desestímulos de las políticas económicas en el país, sin mayor sustento acerca de la existencia de un marco social que lo justifique. Además, dichas

<sup>22</sup> Pobreza monetaria 2020 – DANE.  
<sup>23</sup> Asociación Internacional de Presupuesto Público.  
<sup>24</sup> Aspectos generales del proceso presupuestal colombiano – Ministerio de Hacienda y Crédito Público – Cuarta edición.  
<sup>25</sup> González, J. I. (08 de octubre de 2021). *La República*. Obtenido de <https://www.larepublica.co/analisis/jorge-ivan-gonzalez-506394/inflacion-estructural-3244207>

disposiciones van en contravía de la política económica general consignada en la carta magna, la cual propende, no sólo por la estabilidad en el nivel de precios en la economía, sino también a la óptima generación de empleo.

Nos encontramos ante decisiones que, más que estar fundamentadas en la evidencia empírica del desempeño de las variables sociales del país, se rigen bajo sesgos ideológicos en detrimento del bienestar de la población.

En lo que respecta a la política fiscal, resulta importante analizar al detalle el proyecto presupuestal del 2022 radicado por el gobierno, teniendo en cuenta, en primera instancia, que la inflación proyectada para el 2022 resulta ser 2,8%, lo cual permite analizar las variaciones de las apropiaciones descontando el efecto de la pérdida del poder adquisitivo del dinero en el tiempo. Por ende, cualquier variación por debajo de dicha línea se considera una reducción presupuestal en términos reales.

Se toma como base que, bajo la finalidad de una reactivación efectiva acompañada de una mejora equivalente en los indicadores sociales, se requiere de fuertes inyecciones presupuestales en sectores sociales. Frente a esto, se pueden destacar las siguientes contrariedades del proyecto PGN 2022 del Gobierno Nacional:

Miles de millones de pesos

Concepto	2021*	2022	Variación porcentual (3)=(2/1)	Porcentaje del P.B.	
	(1)	Proyecto (2)		2021 (4)	2022 (5)
<b>FUNCIONAMIENTO</b>	<b>203.742</b>	<b>210.136</b>	<b>3,1</b>	<b>18,4</b>	<b>17,4</b>
Gastos de personal	35.976	37.873	5,3	3,2	3,2
Adquisición de Bienes y Servicios	9.979	9.921	(0,6)	0,9	0,8
Transferencias	164.451	167.421	2,1	13,9	13,2
SGP	47.675	49.565	4,0	4,3	4,1
Pago de Mesadas Pensionales	43.411	51.916	19,6	3,9	4,3
Aseguramiento en Salud	22.011	26.456	20,2	2,0	2,2
Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME	18.496	-	(100,0)	1,7	-
Instituciones de Educación Superior Públicas	4.013	4.361	8,7	0,4	0,4
Fondo Prestaciones Magisterio sin pensiones	3.061	2.754	(9,7)	0,3	0,2
Fondo de Estabilización de Combustibles	-	2.724	-	0,0	0,2
Procesos Sectoriales	444	1.603	261,3	0,0	0,1
Sentencias y Conciliaciones	1.078	1.565	45,2	0,1	0,1
Resto de transferencias	14.262	16.667	16,9	1,3	1,4
Gastos de Comercialización y Producción	1.731	2.701	56,0	0,2	0,2
Adquisición de Activos Financieros	515	491	(4,7)	0,0	0,0
Disminución de Pasivos	448	411	(8,2)	0,0	0,0
Gastos por Tributos, Multas, Sanciones e Intereses de Mora	443	1.118	73,8	0,1	0,1
<b>DEUDA</b>	<b>70.520</b>	<b>78.013</b>	<b>10,6</b>	<b>6,4</b>	<b>6,5</b>
Principal	34.970	38.026	8,7	3,2	3,2
Acuerdos Marco de Retribución**	-	1.542	-	-	0,1
Resto Principal	34.970	36.484	4,3	3,2	3,0
Intereses	34.294	38.220	11,4	3,1	3,2
Comisiones y Otros Gastos	421	515	22,5	0,0	0,0
Fondo de Contingencias	834	1.252	50,0	0,1	0,1
<b>INVERSIÓN</b>	<b>58.625</b>	<b>62.249</b>	<b>6,2</b>	<b>5,3</b>	<b>5,2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>332.887</b>	<b>350.398</b>	<b>5,3</b>	<b>30,0</b>	<b>29,3</b>
<b>TOTAL SIN DEUDA</b>	<b>262.367</b>	<b>272.384</b>	<b>3,8</b>	<b>23,7</b>	<b>22,7</b>

Tabla 5: Presupuesto General de la Nación 2021 - 2022. Anexo Mensaje Presidencial - Presupuesto General de la Nación 2022.

En primera instancia, los artículos 62° y 63° del texto aprobado de la Ley de Inversión Social<sup>26</sup> adicionan \$10,95 billones al Presupuesto General de la Nación 2021. Así, el presupuesto de este año sin deuda totaliza \$272,9 billones. Teniendo en cuenta los traslados presupuestales realizados resultado del primer debate en sesiones conjuntas de comisiones económicas, el proyecto del Presupuesto General de la Nación 2022 sin deuda totaliza \$277,6

<sup>26</sup> Ley de Inversión Social.

billones. Habría una reducción del -1,1% en términos reales para el presupuesto sin deuda del próximo año.

En las actuales condiciones del país, reducir el presupuesto en medio de una crisis no puede considerarse menos que inhumano. Requerimos de instrumentos de política económica más contundentes, no es el momento de implementar medidas contractivas. En un contexto en el que 21 millones de personas pertenecen a un hogar pobre y 7,5 millones de personas están en condición de pobreza extrema<sup>27</sup>, no puede ser aceptable que el congreso apruebe la reducción del presupuesto. Adicionalmente, el artículo 350 de la constitución indica que el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otro tipo de gastos, y no debe disminuir porcentualmente con relación al año anterior.

De acuerdo con el Marco Fiscal de Mediano Plazo 2021, para el presente año el gobierno proyecta recortes en el gasto de los rubros: Ayuda social a población vulnerable y Protección del empleo, y para el 2022 la reducción del déficit estará casi enteramente explicada por la disminución en el gasto social. Además, el mismo documento indica que el país deberá pasar por un proceso de ajuste fiscal de dos etapas, siendo la actual reforma solo la antesala de una próxima.

CONCEPTO	2020 (1)	2021* (2)	Diferencia (2-1)
Atención emergencia sanitaria	-6,5	0,8	6,3
Atención salud, Veintenas y PRAISE	0,4	0,7	0,3
Salud sector defensas y elementos de bioseguridad centros de recepción	0,0	0,0	0,0
Protocolos bioseguridad colegios públicos y abastecimiento alimentario	0,0	0,0	0,0
Ayuda social a población en condición vulnerable*	0,0	0,5	-0,4
Gastos extraordinarios programas sociales	0,4	0,2	-0,2
Ingreso Solidario	0,4	0,3	-0,2
Resto	0,0	0,0	0,0
Protección del empleo y reactivación económica	0,5	0,2	-0,3
Apoyo a nóminas (PAEP) y primas (PAP)	0,5	0,2	-0,3
Resto	0,0	0,0	0,0
Otros	0,0	0,2	0,2
Total gasto bruto FOME	1,9	1,7	-0,1
Ajuste de causación por asientos no ejecutados en febrero	0,2	0,0	-0,2
<b>Total gasto bruto 2021*</b>	<b>1,0</b>	<b>1,7</b>	<b>0,0</b>

\*Cifras proyectadas  
 Fuente: MHCP- DIGPM

Tabla 6: Gasto en emergencia 2021. Marco Fiscal de Mediano Plazo 2021.

**4.1. SERVICIO A LA DEUDA:**

Son falsas las afirmaciones emitidas por el Ministro de Hacienda cuando asegura que la apropiación más grande del presupuesto está destinada al sector de Educación (que aumentó

<sup>27</sup> DANE.

en \$2 billones para el PGN 2022, una variación real del 1,5%). El rubro más grande va destinado al servicio de la deuda: \$72,7 billones (que aumentó en \$2,2 billones para el PGN 2022, con una variación real del 3,2%). Estamos, por consiguiente, frente a un presupuesto que cumple el recetario de austeridad que las entidades de crédito multilateral han impuesto.

De acuerdo con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, se proyecta que al cierre del 2021 la deuda neta del Gobierno Nacional Central se ubicaría en 65,1% del PIB, manifestando un incremento del 4,7% frente a la deuda del 2020 (60,4% del PIB), principalmente por un crecimiento de la deuda externa del 3,1% y de la deuda interna del 1,6%.

Así mismo, se estima que, al cierre de 2022, la deuda neta del Gobierno Nacional Central ascendería al 67% del PIB, con un aumento del 1,9 % frente a 2021. Este punto resulta ciertamente contradictorio con las proyecciones de reducción de gasto social en el 2022 y el proceso de prefinanciamiento que llevó a cabo la nación en el 2020. Además, se desconoce en qué medida dichas necesidades de financiamiento del 2022 se verán alteradas a raíz del canje de deuda realizado en fechas recientes con los Derechos Especiales de Giro (DEG) asignados por el FMI.

De forma paralela, la destinación mayoritaria del Presupuesto General de la Nación al servicio de la deuda obedece la lógica de evitar aumentos en las primas de riesgos y, por consiguiente, el incremento de los costos de endeudamiento; razón por la que señalan de manera reiterada el actual el objetivo de conseguir unas finanzas públicas sostenibles en el mediano plazo. Sin embargo, no deja de ser reprochable que el actuar ante dicho fin sea el desmonte de las políticas de gasto expansionistas por encima de la obtención de ingresos sostenibles a través de una reforma tributaria ambiciosa y progresiva que desmonte de las actuales gabelas regresivas e implemente tributos que apunten a los percentiles más adinerados del país.

Adicional a los recortes actualmente proyectados, se requerirá un ajuste fiscal complementario a partir del 2023, el cual asciende al 0,6% del PIB entre 2023 y 2026, y sería en promedio de 0,4% del PIB para el periodo 2023-2029<sup>28</sup>. Ante dicha proyección y la negativa de este Gobierno para buscar recursos mediante mecanismos progresivos, es válido cuestionar si será suficiente para brindar seguridad a entidades multilaterales como el FMI, quien en su artículo IV para Colombia indicó que considera necesario que el país pase por un ajuste fiscal de alrededor del 8% del PIB entre el 2021 y el 2026 (aproximadamente \$80 billones).

<sup>28</sup> Marco Fiscal de Mediano Plazo 2021 - Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Miles de millones de pesos.

Concepto	2021*	2022	Variación porcentual 2022/21	Porcentaje del PIB	
	(1)	Proyecto (2)		2021	2022
<b>PRINCIPAL</b>	<b>34.970</b>	<b>38.026</b>	<b>8,7</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>
Externo	14.452	3.936	(73,1)	1,3	0,3
Interno**	20.318	34.090	67,8	1,8	2,8
<b>INTERESES</b>	<b>34.214</b>	<b>38.220</b>	<b>11,4</b>	<b>3,1</b>	<b>3,2</b>
Internas	10.855	11.881	9,7	1,0	1,0
Externas	23.739	26.639	12,2	2,1	2,2
<b>COMISIONES Y OTROS GASTOS</b>	<b>421</b>	<b>515</b>	<b>22,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
Externas	134	104	(22,5)	0,0	0,0
Internas	286	411	43,7	0,0	0,0
<b>FONDO DE CONTINGENCIAS</b>	<b>834</b>	<b>1.282</b>	<b>50,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>
Internas	834	1.282	50,0	0,1	0,1
<b>TOTAL SERVICIO DE LA DEUDA</b>	<b>70.820</b>	<b>78.013</b>	<b>10,4</b>	<b>4,4</b>	<b>4,8</b>
Externa	28.342	18.421	(35,4)	2,3	1,3
Interna	45.176	42.392	-6,1	4,1	4,2

Tabla 7: Servicio de la deuda 2021 - 2022. Anexo Mensaje Presidencial - Presupuesto General de la Nación 2022.

**4.2. AGRICULTURA**

El sector encargado de la seguridad alimentaria del país durante la crisis ve nuevamente reducida su asignación presupuestal. Una vez más el gobierno evidencia su poco interés para resolver los problemas agrarios y potenciar la producción agrícola; las apropiaciones que han sido presentadas en las comisiones económicas evidencian fuertes castigos presupuestales al sector.

El sector agricultura no se ha visto recuperado desde la considerable reducción presupuestal que sufrió en el año 2020 con respecto al 2019, con decrecimiento del 20,6% en términos nominales al recortarse de \$2,34 billones a \$1,91 billones.

En lo que respecta al proyecto del PGN 2021, la asignación presupuestal no se recuperó frente a la apropiación del 2019, pues presenta una variación nominal del 0,4% con respecto a dicho periodo, sin tener en cuenta la pérdida de poder adquisitivo del dinero en el tiempo. De esta manera, es posible evidenciar la erosión presupuestal que sufrió el sector durante los años 2020 y 2021, y para el presupuesto 2022, el incremento se limita a \$105 mil millones en el monto sin deuda.

Con respecto al PGN 2022, se recortan \$6,9 mil millones a la Agencia Nacional de Tierras, la cual sufre una reducción del -6,1% en términos reales en su presupuesto de inversión, y \$21,4 mil millones a la Agencia de Desarrollo Rural, con una reducción del -6,6% en términos reales en su presupuesto de inversión.

Esto resulta ampliamente contradictorio ante las aseveraciones de este gobierno sobre un férreo apoyo a la paz, mientras desfinancia progresivamente al sector protagonista del acuerdo de paz firmado en La Habana. Este sector merece una valoración como fuente de desarrollo social y satisfacción de la demanda alimentaria nacional, ha estado estructuralmente impactado por la concentración de la tierra, carencias presupuestales, informalidad, intervenciones del sector financiero (financiarización) y exiguas medidas proteccionistas frente a la oferta agraria internacional (importamos lo que podemos producir) y, aun así, en esta coyuntura ha demostrado sus capacidades para ser un importante actor frente a la satisfacción de la seguridad alimentaria nacional.

**4.3. SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)**

A pesar de la imperiosa necesidad de formar a la población en oficios productivos para salir de la crisis, se planea recortar el presupuesto del SENA 2022 en -1,7% en términos reales; explicado en mayor medida por un recorte de \$11 mil millones en los aportes que la nación hace a esta entidad.

El gobierno continúa alimentando el stock de la deuda histórica que la nación tiene con la entidad, que ya asciende a \$3,5 billones. Para "cerrar esa llave", cumplir en el 2022 con los aportes que por ley deben asignársele y satisfacer lo solicitado por el Consejo Directivo Nacional del SENA, la asignación de ingresos para la entidad debe ascender a \$4,24 billones: faltan \$333,7 mil millones. En primer debate radiqué una proposición en este sentido, la cual fue negada. En contraposición, en el texto aprobado debate se evidencia un incremento de \$4 mil millones en el presupuesto de inversión de la entidad, pero en el rubro de recursos propios. Resulta evidente la continua evasión de las responsabilidades del Estado con la entidad.

**4.4. EDUCACIÓN**

Así como la deuda es el rubro con mayor asignación presupuestal, tampoco la educación ha sido una prioridad real para este gobierno. Esto se ha demostrado reiteradamente con el rechazo a la matrícula cero universal, las millonarias obras inconclusas para las escuelas rurales, y ahora con el reciente escándalo del Ministerio de las Telecomunicaciones, que deja \$70 mil millones desaparecidos, y miles de niños y niñas sin conectividad, sin contar las investigaciones de orden penal, civil y administrativo que se están adelantando por parte de la Procuraduría, Fiscalía y Contraloría.

En este sentido, he solicitado año tras año que se priorice realmente este sector. Hoy con el desarrollo y profundización de la crisis, se hace más que necesaria las inversiones agresivas en educación para que se logre recuperar, por una parte, a las y los estudiantes que tuvieron que desertar, se amplíe la cobertura, especialmente en educación superior, y se acepte a la

gran masa de jóvenes que perdieron su trabajo y que buscan en la educación una salida a la falta de oferta laboral.

Según el proyecto de presupuesto, el Programa de Alimentación Escolar -PAE- apenas crece 1,7%, cifra que no soporta el crecimiento sostenido de los precios de alimentos en la economía. De acuerdo con FECODE, "los 18 mil millones de pesos adicionales de inversión para la financiación nacional del Programa no compensan el aumento de la cobertura que propone el Gobierno nacional al pretender pasar de 5,7 millones a 7 millones a 2022<sup>29</sup>". Con las diferentes alertas en materia de salud, y la insistencia del Gobierno por la alternancia cuando aún no había esquema de vacunación, insistimos en que debía realizarse una adición presupuestal para la implementación de protocolos de bioseguridad y adecuaciones de infraestructura educativa para el retorno seguro a la presencialidad. Coincidimos entonces con la preocupación de la Federación de Trabajadores de la Educación en que, así como para el presupuesto para 2021, no se hayan contemplado nuevamente recursos para esta importante tarea.

En la misma comunicación remitida a las comisiones económicas, FECODE señala que los Recursos del Sistema General de Participaciones, que es la principal fuente de recursos para la educación Preescolar Básica y Media, requiere recursos adicionales:

*"el incremento es de apenas \$1.1 billones de pesos, el cual, es insuficiente para el cierre de las seis brechas estructurales reconocidas por este gobierno y que dicha insuficiencia es causa del decrecimiento en términos reales de los recursos que se transfieren a los conceptos de gratuidad y calidad desde el año 2017 y ahora tienen una mayor presión producto de la pandemia que ha llevado la migración de 175.828 estudiantes del sector privado al sector oficial, aunado al fenómeno de migración desde el año 2018 con un total de 455.756 nuevos estudiantes, presiones que en el corto plazo no serán resueltas de manera efectiva sin el aumento de los recursos. Por tanto, se propone una adición de \$800.000 millones para gratuidad y calidad de la educación en estos niveles<sup>30</sup>".*

De esta manera se puede evidenciar que la prevalencia de la deuda, así como la doctrina de la austeridad del gasto, reducen las posibilidades de la reactivación, así como de la fuerte

<sup>29</sup> Comentarios de la Federación Colombiana de Trabajadores de la Educación - FECODE al Proyecto de Ley N° 158 - 2021 Cámara, 096 - 2021 Senado "por la cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1° de enero al 31 de diciembre del año 2022" - FECODE - 7 de septiembre del 2021.

<sup>30</sup> IDEM.

inversión social que el país necesita, y que ha estado esperando tras la profundización de la crisis social y económica que se ha venido labrando.

**4.5. DEFENSA Y POLICÍA**

Mientras el Gobierno indica en documentos oficiales que mantendrá “una política de máxima austeridad en erogaciones no indispensables y apoyo decidido al gasto más eficiente en materia de resultados”, se reducen las asignaciones destinadas a los sectores de ciencia, tecnologías de la información, vivienda, ambiente, comercio y paz, y el presupuesto para la guerra y policía se incrementa en \$2,8 billones (una variación real del 4,6%). Evidentemente es esto a lo que se refiere el gobierno cuando habla de “austeridad en gasto no indispensable”.

De la misma forma, se dejan entrever las actuales prioridades de este gobierno: el presupuesto destinado a los sectores defensa y policía equivale a \$40,9 billones (el 14,7% del total del proyecto PGN 2022 sin deuda), mientras que rechazan la Renta Básica “por falta de recursos”.

El presupuesto destinado a defensa y policía equivale a 124 veces el presupuesto del sector Ciencia, 79 veces el del sector Paz, 73 veces el del sector Cultura, 51 veces el del sector Deporte, 39 veces el del sector Ambiente, 36 veces el del sector Comercio, 17 veces el del sector Agricultura, 16 veces el del sector TIC’s y 8 veces el del sector Vivienda. Se cumple a cabalidad lo proyectado por el CONPES de reactivación sobre un fortalecimiento del pie fuerza, ESMAD, equipos y municiones como estrategia de represión para el pueblo ante la crisis social que estamos viviendo. En este rubro sí hay recursos para derrochar, tal como lo denunció, la policía gastó en 2020-2 \$9.400 millones en 376 mil gorras.

El 32,5% del Presupuesto General de la Nación 2022, equivalente a \$113,7 billones, iría destinado a deuda, guerra y policía. Nuevamente, parece ser una consigna a la que no planea renunciar este Gobierno: el Presupuesto es insuficiente en su estimación e ineficaz en su distribución, y no se condeula con la mayoría de colombianos y colombianas que aún sufren esta crisis.

**4.6. RECURSOS DE INVERSIÓN**

Como “estrategia de reactivación” se realizan traslados presupuestales que sacrifican recursos de inversión para la agricultura, ciencia, TIC’s, deporte, ambiente y vivienda, los cuales detallan a continuación:

SECTOR	VAR (%) REAL	VAR NOMINAL
Ciencia	-24,4%	-\$ 83.563.729.255

El Ministro ha dicho que esta medida tiene el objetivo de impulsar la reactivación, lo cual resulta ser cínico, además de un engaño. Si quisiera reactivar la economía a partir del gasto público no presentaría un presupuesto que se reduce en términos reales para el próximo año, y presentarían avances en ejecución presupuestal medianamente decentes.

Finalmente, el artículo 104° permitiría el traslado exprés del Régimen de Ahorro Individual al Régimen de Prima Media. Aunque es cuestionable poner un artículo pensional en la ley de presupuesto, quiero resaltar que estoy de acuerdo con la libre movilidad de los afiliados de los fondos privados a Colpensiones, pero no sólo de las personas que están próximas a pensionarse, sino de todas las personas que así lo deseen sin importar la edad.

Datos del propio presidente de Colpensiones indican que 9 de cada 10 demandas de afiliados a las AFP que desean trasladarse al régimen público son exitosas; esto quiere decir que si estas personas ya van a ganar el derecho mediante la vía judicial, es posible descongestionar el aparato judicial y ahorrar gastos administrativos permitiendo el traslado por la vía de la ley.

Insisto, el traslado debe permitirse de manera libre a cualquier ciudadano o ciudadana, es inaudito que los defensores del libre mercado impongan restricciones a la elección, cuando es bien sabido que una economía de mercado el consumidor debería ser libre de elegir siempre que tenga información completa. Si los usuarios saben que les conviene más Colpensiones, lo que procede es que las AFP hagan una mejor oferta, no imponer restricciones a la elección.

**6. CONSIDERACIONES FINALES**

Siendo el gasto público un mecanismo anticíclico de alta efectividad con el propósito de dinamizar el ciclo económico e impulso de la demanda agregada, la estimación del monto y enfoque de su distribución resultan determinantes a fin de la reactivación, más aún para canalizar recursos a sectores de alta conveniencia social, donde la participación privada es reducida.

A partir de lo anterior, la implementación de medidas económicas contractivas en medio de una coyuntura de crecimiento sin empleo, altos índices de pobreza y una demanda agregada aún fuertemente impactada va en contravía de los intereses mayoritarios de la población, y se distancia de lo que el gobierno en su Marco Fiscal de Mediano Plazo 2021 avizora como una economía “boyante”.

El actual desempeño de variables como el empleo, inflación básica y pobreza evidencian la limitada efectividad de las medidas implementadas a lo largo del manejo de la pandemia, además de la vulnerabilidad de los resultados que se han presentado.

Ambiente	-20,9%	-\$ 132.829.769.634
Vivienda	-9,0%	-\$ 182.549.413.858
Tecnologías de la información	-3,7%	-\$ 14.082.332.088
Paz	-2,3%	\$ 1.147.795.695
Trabajo	-1,2%	\$ 66.008.299.945

Tabla 8: Recortes reales en presupuesto de inversión. Construcción propia a partir de los datos del proyecto Presupuesto General de la Nación 2022.

**5. DISPOSICIONES GENERALES**

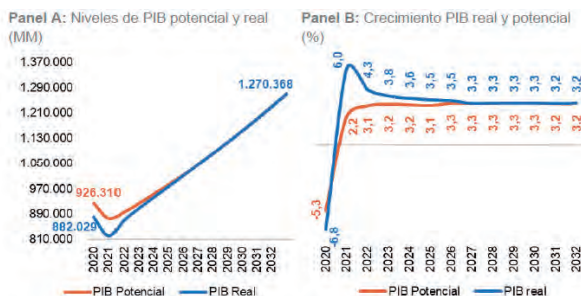
Al evaluar el presupuesto regionalizado no hay indicios de una asignación destinada al tren de cercanías del Valle del Cauca con el que se busca conectar a Cali, Jamundí, Palmira y Yumbo, clave para la reactivación del departamento, valuado en 1.715 millones de dólares.

Adicional a eso, en su artículo 125° el proyecto de ley incluye un “mico” para suspender la ley de garantías, y de esta manera permitir que los funcionarios públicos puedan celebrar contratos antes de las elecciones del próximo año. Esta maniobra cuenta con el respaldo mayoritario de los coordinadores y ponentes del presupuesto que construyen las ponencias de índole económica a puerta cerrada en el Ministerio de Hacienda, y presentar las ponencias horas antes de ser debatidas, para que no alcancen a ser estudiadas y los “micos” pasen desapercibidos.

Al suspender el primer párrafo del artículo 38° de la ley 996 de 2005, que tiene como objetivo evitar la corrupción en tanto que prohíbe la celebración de convenios interadministrativos para la ejecución de recursos públicos dentro de los cuatro (4) meses anteriores a las elecciones, se abre la puerta para que se utilicen recursos del erario y se aprovechen cargos públicos para favorecimiento de candidatos a cargos de elección popular. Esta maniobra, introducida en la ley ordinaria de presupuesto es, a mi juicio, abiertamente inconstitucional, en la medida en que afecta el núcleo esencial de derechos fundamentales como los de participación política y de elegir y ser elegidos, dado que la financiación económica de las campañas ha sido un factor definitorio de todas las elecciones populares en Colombia en favor de quienes acceden a esos recursos, porque a través de ella se restringe o limita su ejercicio o su garantía, en perjuicio de los otros candidatos; razón por la cual el constituyente del 91 exigió para su trámite en el Congreso la reserva de ley estatutaria.

La capacidad del aparato productivo de absorber la oferta laboral disponible ha evidenciado un rezago tal que las proyecciones “optimistas” estiman tasas de desempleo que se mantienen de dos dígitos al 2022. Dicho contexto no se condeula con las necesidades de los hogares de más bajos ingresos, quienes fueron los principales afectados con la crisis económica. Según estima el DANE, en el 2020 el primer quintil de ingreso (20% de la población más pobre) experimentó una caída de 25% en sus ingresos reales per cápita respecto a lo registrado en 2019, jalonada principalmente por la contracción en los ingresos laborales<sup>31</sup>, pues son quienes cuentan con menores herramientas que les otorguen resiliencia ante las fluctuaciones del ciclo económico.

De la misma forma, los efectos estimados del proyecto del PGN 2022 evidencian mediocres resultados en el cierre de la actual brecha del producto negativa que manifiesta la economía (output gap negativo), se estima un resultado del -2,9% en el 2021, con un cierre gradual que culminaría hasta el año 2026, tal como se evidencia en la gráfica N° 2. Un horizonte de 5 años para lograr que el PIB crezca por encima de su potencial no es propio de lo que se considera como una economía “boyante”, y se ve en gran medida explicado por los efectos negativos en los niveles de demanda agregada que traerán consigo las medidas fiscales contractivas.



Fuente: Cálculos MHCP – Subcomité PIB potencial 2021

Gráfica 2: Niveles y crecimientos del PIB real y potencial. Marco Fiscal de Mediano Plazo 2021.

<sup>31</sup> Marco Fiscal de Mediano Plazo 2021 - Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Los análisis actuales evidencian que las presiones inflacionarias se han explicado en mayor medida por choques de oferta, lo que refleja nuevamente un escenario de escasez de demanda agregada, por debajo además de la ya deprimida oferta agregada. No se trata de una crisis económica que se solucione con austeridad, pretendiendo que será el sector privado el encargado de asumir los estragos de esta crisis.

El Estado tiene actualmente la labor de potencializar la demanda agregada (la suma de todas las demandas, la del gobierno, la de las empresas, la de los hogares y la de Colombia frente al mundo) sin perder de vista que la inversión pública tiene efectos de *crowding in* (o efecto atracción) sobre la inversión privada, es decir, una fuerte inversión del Estado para la generación de trabajo en los sectores que demanda la recuperación, promoverá el apetito de los inversionistas y la generación de empleo reactivando el sector productivo (efecto multiplicador).

La implementación de medidas fiscales que dinamicen la demanda agregada representan la vía para potencializar el aparato productivo nacional, e impulsar la reactivación económica, y la vía más efectiva para potencializar dicha demanda es a través de la creación de situaciones en las que el mercado laboral absorba los empleos disponibles.

No obstante, lo que ha revelado el Gobierno, incluso ante la actual pandemia, es que la política fiscal en cabeza del nuevo Ministro Restrepo no abandonará el sesgo ideológico de la austeridad en este presupuesto. Esto resulta ser, por segundo año consecutivo, una oportunidad perdida para reactivar la economía.

Por las razones anteriormente expuestas, el análisis macroeconómico evidencia fuertes indicios de una crisis latente y una situación laboral aún precaria para un volumen elevado de la población. En ese sentido, el Estado debe actuar como empleador de última instancia a fin de potenciar la demanda agregada como el principal instrumento de reactivación.

La tasa de desempleo desde antes de la pandemia se ha mantenido por encima de los dos dígitos, al mes de julio había en Colombia 16 millones de personas inactivas. El nivel de actividad y empleo no se recuperan por efectos del mercado como lo acepta el gobierno nacional en la exposición de motivos de la ley de solidaridad y afecta más fuertemente a los trabajadores pertenecientes a los deciles más bajos de la distribución del ingreso.

Ante este choque, la política fiscal debe ser uno de los instrumentos más importantes del Gobierno nacional a la hora de mitigar los efectos de la crisis económica ya que el sector privado no está en condiciones de proveer los puestos de trabajo necesarios para reactivar la demanda. En virtud de lo anterior, solicito el archivo de este proyecto de ley ya que omite

una asignación por el orden de los \$16.5 billones destinado al Ministerio del Trabajo, para la puesta en marcha de un Programa Público de Empleo que tenga como misión remunerar un millón de trabajos a jóvenes y mujeres cuyas actividades no son reconocidas por el mercado laboral, priorizando actividades relacionadas con el cuidado, el arte y la acción climática.

Se trata de la creación de un Programa Público de Empleo (PPE) para hacer de la garantía de trabajo un mecanismo estabilizador de la economía con cargo a la apropiación presupuestal del Ministerio de Trabajo, como un programa social del Estado que otorgará al beneficiario del mismo un aporte monetario mensual de naturaleza estatal con el fin de apoyar, proteger y aumentar la tasa de empleabilidad formal en el país.

Finalmente, a modo de conclusión, como se sustenta a lo largo del documento, con un escenario que prevé un aumento de la pobreza y la desigualdad, dejo constancia de la necesidad de adoptar medidas fiscales y monetarias expansivas que apunten a inyectar liquidez en la economía real y a aumentar el gasto público en renglones de la economía intensivos en mano de obra, para que mediante un efecto multiplicador se dinamice la economía a través de la generación de empleo y el fortalecimiento de la demanda agregada nacional, que a su vez impulse la producción de bienes y servicios.

No obstante, se dejó escapar esta oportunidad mediante la aprobación del monto del presupuesto, y me siento moralmente impedido para respaldar la profundización de la crisis por la vía fiscal. En ese sentido, reitero el sentido **negativo** de la presente ponencia.

**PROPOSICIÓN**

Atendiendo la designación hecha por el Senado de la República, me permito solicitar a los miembros de la Honorable Plenaria del Senado **ARCHIVAR** el Proyecto de Ley N° 096 del 2021 Senado, 158 del 2021 Cámara "POR LA CUAL SE DECRETA EL PRESUPUESTO DE RENTAS Y RECURSOS DE CAPITAL Y LEY DE APROPIACIONES PARA LA VIGENCIA FISCAL DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2022", por cuanto no cumple con las expectativas expuestas anteriormente.

Cordialmente,



**WILSON NEBER ARIAS CASTILLO**  
 Senador de la República  
 Polo Democrático Alternativo - Partido declarado en oposición

**CONTENIDO**

Gaceta número 1455 - martes 12 de octubre de 2021

**SENADO DE LA REPÚBLICA**  
**PONENCIAS**

**Págs.**

Informe de ponencia para primer 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"..... 1

Informe de ponencia negativa para segundo debate al proyecto de ley número 96 del 2021 Senado, 158 del 2021 Cámara, por la cual se decreta el Presupuesto de Rentas y Recursos de Capital y Ley de Apropiedades para la vigencia fiscal del 1° de enero al 31 de diciembre de 2022..... 16