



JHAKELINE KATY UGARTE MAMANI
Congresista de la República

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"



El grupo parlamentario Bloque Magisterial de Concertación Nacional, a iniciativa legislativa de la señora congresista de la República **JHAKELINE KATY UGARTE MAMANI**, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú, y de conformidad con lo establecido en los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente:

PROYECTO DE LEY

LEY QUE ESTABLECE EL DERECHO A UNA ATENCIÓN INTEGRAL Y LICENCIA LABORAL EN CASO DE MUERTE GESTACIONAL, PERINATAL O NEONATAL, ASÍ COMO LA RESPONSABILIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD DE ELABORAR EL RESPECTIVO PROTOCOLO DE ATENCIÓN

Artículo 1. - Objeto de la ley

La presente ley tiene por objeto establecer el derecho de la mujer a la atención integral y multidisciplinaria en casos de muerte gestacional, perinatal o neonatal en todos los establecimientos de salud públicos y privados, la responsabilidad del Ministerio de Salud de elaborar el protocolo de atención integral multidisciplinario con una visión humanizada y un trato digno frente a estos casos, así como la licencia laboral para afrontar el duelo.

Artículo 2. - Finalidad de la ley

La presente ley tiene por finalidad garantizar los derechos constitucionales de la mujer en casos de muerte gestacional, perinatal o neonatal en todos los establecimientos de salud públicos y privados, de modo que se garantice el cuidado de su salud mental, incluyendo al progenitor o persona significativa que le acompañe, permitiéndole afrontar el duelo.

Artículo 3.- De la terminología

Para efectos de la presente ley, se utilizará la siguiente terminología:

1. **Muerte Gestacional:** Cese de las funciones vitales del feto, en cualquier momento de la gestación, parto, y en todo caso antes de encontrarse completamente separado de la mujer gestante, y que no hubiere sobrevivido a la separación siquiera un instante.

2. **Muerte perinatal¹:** muerte intra o extra-uterina de un producto de la concepción, desde las 22 semanas de gestación, o peso de 500 g, o talla de 25 cm de la coronilla al talón hasta los siete días completos después del nacimiento.
3. **Muerte neonatal²:** muerte del recién nacido vivo desde el nacimiento hasta los 28 días completos después del nacimiento. La muerte neonatal puede dividirse en:
 - a) **Muerte neonatal precoz:** La que ocurre durante los siete primeros días de vida.
 - b) **Muerte neonatal tardía:** La que ocurre después del séptimo día, hasta los 28 días después del nacimiento.
3. **Duelo por muerte gestacional:** proceso adaptativo emocional que afronta una familia cuyo hijo/a ha muerto en gestación, durante el parto o dentro de los 28 días posteriores al nacimiento.

Artículo 4.- Del derecho a la atención integral y multidisciplinaria en casos de muerte gestacional, perinatal o neonatal

Establézcase el derecho de la mujer a la atención integral y multidisciplinaria en casos de muerte gestacional, perinatal y neonatal en todos los establecimientos de salud públicos y privados, con una visión humanizada y un trato digno por parte del personal de salud, que incluya el soporte y la contención emocional.

Artículo 5.- Del protocolo de atención integral multidisciplinario en caso de muerte gestacional, perinatal o neonatal

El Ministerio de Salud elabora el protocolo de atención integral multidisciplinario que permita la capacitación del personal profesional, auxiliar y técnico de la salud para abordar la muerte gestacional, perinatal o neonatal con una visión humanizada y trato digno que incluya acciones concretas de contención emocional, empatía y respeto por el duelo de cada mujer y que incluya al progenitor o a la persona significativa que la acompañe.

El Ministerio de Salud dicta una norma técnica estableciendo los mecanismos o las acciones concretas que deben realizar los establecimientos de salud públicos y privados a nivel nacional, para resguardar este derecho.

¹ Definiciones extraídas de la Directiva Sanitaria para la Atención en los Servicios de Salud Sexual y Reproducción durante la pandemia por la Covid-19 del Ministerio de Salud
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1767305/Directiva%20Sanitaria%20N%C2%BA%20131-MINSA/2021/DGIESP.pdf>

² Idem bis.

Artículo 6.- Licencia por muerte en período gestacional, perinatal o neonatal

En caso de muerte gestacional, el trabajador tiene derecho a una licencia por 5 días hábiles. En caso de muerte perinatal o neonatal la licencia es de 7 días hábiles. En cualquiera de los casos, se considera como días laborados. Dicha licencia es efectiva con la presentación del certificado de defunción fetal.

DIPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. - El Ministerio de Salud elabora el Protocolo de atención integral multidisciplinario con visión humanizada y trato digno en el caso de fallecimiento y duelo gestacional o neonatal, en un plazo no mayor a sesenta (60) días calendario.

SEGUNDA. - El Ministerio de Trabajo y Promoción adecúa la normativa laboral para la concretización del derecho establecido en el artículo 5 de la presente ley y emite las disposiciones complementarias en el marco de sus competencias, en un plazo no mayor a sesenta (60) días calendario.



Firmado digitalmente por:
GUTIERREZ TICONA Paul
Silvio FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 04/11/2022 12:51:18-0500



Firmado digitalmente por:
VASQUEZ VELA Lucinda FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 04/11/2022 16:32:15-0500



Firmado digitalmente por:
UGARTE MAMANI Jhakeline
Katy FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 04/11/2022 12:09:13-0500



Firmado digitalmente por:
GUTIERREZ TICONA Paul
Silvio FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 04/11/2022 12:52:01-0500



Firmado digitalmente por:
QUIROZ BARBOZA Segundo
Teodomiro FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 04/11/2022 16:58:00-0500



Firmado digitalmente por:
MEDINA HERMOSILLA
Elizabeth Sara FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 04/11/2022 15:27:35-0500



Firmado digitalmente por:
DAVILA ATANACIO Pasion
Neomias FAU 20161749126 soft
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 04/11/2022 15:45:22-0500



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **9** de **noviembre** de **2022**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición **N° 3463-2022-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:

- 1. SALUD Y POBLACIÓN.**
- 2. TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL.**



.....
JOSÉ F. CEVASCO PIEDRA
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

I.1 Situación actual y problemática

El embarazo supone para la mujer uno de los acontecimientos más importantes de su vida. Las relaciones madre-hijo surgen desde el inicio de la gestación y son predictivas del propio vínculo que creará el niño. La creación de ese vínculo forma parte del proceso natural del embarazo. La experiencia del embarazo es una etapa del ciclo vital que genera un proceso de redefinición, con amplias posibilidades de modificar el modelo operativo interno de la mujer³.

Con el embarazo el cerebro de la mujer cambia, estructural y funcionalmente, al responder a las consignas básicas que recibe del feto. Este vínculo se refuerza con el parto y la lactancia porque se potencian los circuitos neuronales más fuertes de la naturaleza. El conocido como vínculo de apego afectivo y emocional forma parte del proceso biológico natural⁴.

De acuerdo a lo afirmado por Natalia López⁵ en el informe publicado por la Universidad de Navarra sobre *Comunicación materno-filial en el embarazo*: "las interacciones entre moléculas y los intercambios celulares que se establecen entre el hijo y la madre durante la gestación crean una íntima convivencia de dos vidas"⁶.

"Desde el primer momento de la gestación existe un intercambio de información, una comunicación biológica que genera una relación entre madre e hijo y por lo tanto un vínculo entre los dos. La gestante puede empezar a sentir y experimentar cambios físicos en su cuerpo incluso antes de saber que está embarazada"⁷.

³ Publicación virtual "Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal" en colaboración con UMAMANITA y El Parto es Nuestro, con el apoyo especial de la Liga de la Leche
<https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/El-parto-es-Nuestro-y-Umamanita.-Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal..pdf>

⁴ Ídem bis

⁵ Natalia López-Moratalla es una catedrática universitaria e investigadora española en las áreas de Bioquímica y Biología molecular

⁶ Información extraída de la publicación "El vínculo emocional – madre – bebé en el embarazo" del Centro de Psicología CANVIS
<https://www.canvis.es/es/el-vinculo-emocional-madre-bebe-en-el-embarazo/>

⁷ Información extraída de la publicación "El vínculo emocional – madre – bebé en el embarazo" del Centro de Psicología CANVIS

Culturalmente se publicita la imagen de la maternidad como sinónimo de logro, el nacimiento de un hijo es considerado un acontecimiento feliz para las familias, pero desgraciadamente algunos embarazos terminan en pérdida⁸.

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

Al respecto, el director de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha afirmado: "No hay un golpe que afecte tanto a una familia y que, a la vez, sea tan invisible en la sociedad que la pérdida de un bebé sobre todo en los últimos meses de gestación". (...) La tragedia de la mortalidad fetal demuestra la importancia de reforzar y mantener los servicios esenciales de la salud (...) "⁹.

SOBRE LA MUERTE GESTACIONAL, PERINATAL Y NEONATAL

Según UNICEF, cada 16 segundos se produce una muerte fetal en el mundo. Esto significa que cerca de dos millones de bebés nacen muertos cada año. Además de la devastadora pérdida de una vida, las consecuencias psicológicas para las familias, las mujeres y las sociedades son graves y duraderas¹⁰.

La **muerte gestacional** o también conocida como muerte fetal intrauterina, se refiere a la pérdida de un bebé en el útero materno. Este término se utiliza cuando la pérdida se ha producido después de la semana 20 de gestación¹¹.

Por otro lado, la **muerte neonatal**, se refiere a la muerte del bebé dentro del periodo que va desde el nacimiento, hasta los 28 días después de esta. Este tipo de muerte está

<https://www.canvis.es/es/el-vinculo-emocional-madre-bebe-en-el-embarazo/>

⁸ texto extraído de la publicación "La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud"

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/8sxFFqPXFfJBKrCPSbXK5VS/?lang=es&format=pdf>

⁹ OMS. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS

<https://www.who.int/es/news/item/08-10-2020-one-stillbirth-occurs-every-16-seconds-according-to-first-ever-joint-un-estimates>

¹⁰ Publicación virtual UNICEF "Lo que debes saber sobre las muertes fetales"

<https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-muertes-fetales#:~:text=Cada%2016%20segundos%20se%20produce,el%20embarazo%20y%20el%20parto>

¹¹ Clínica Ginecológica Sants "Muerte Gestacional, perinatal y neonatal"

<https://cgsants.es/blog/muerte-gestacional-perinatal-neonatal/>

relacionada con diversos factores tanto genéticos como medio ambientales. También se habla de los factores de riesgo, que pueden deberse a la madre, el feto o a la placenta. Entre los problemas que atañen directamente a la madre está la presencia de enfermedades crónicas, algún tipo de infección durante el embarazo, el padecer preeclampsia, hipotensión, incompatibilidad sanguínea, edad materna y en casos extremos, la muerte de la madre durante el alumbramiento¹². Cuando está relacionada con el bebé, pueden presentarse diversas causas como una gestación múltiple, crecimiento uterino retardado, malformaciones o anomalías congénitas, infecciones bacterianas, etc.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS EN LOS PADRES

"Los efectos psicológicos que tiene las muertes fetales sobre las mujeres y hombres tienen índices superiores de depresión, ansiedad y otros síntomas psicológicos que pueden durar un tiempo prolongado"¹³.

"Para muchas mujeres, la pérdida de un hijo y la atención que reciben posteriormente tendrán consecuencias sobre su perspectiva de la vida y la muerte, su autoestima e incluso su propia identidad. Muchas mujeres que sufren una muerte fetal tratan de evitar estar con otras personas o participar en actividades sociales, de forma que se aíslan y agravan los síntomas depresivos a corto y largo plazo. Los efectos psicológicos negativos pueden prolongarse a posteriores embarazos e incluso permanecer después de dar a luz a un hijo sano"¹⁴.

La muerte de un hijo antes de nacer marca para siempre. Aún así, el duelo perinatal parece invisible para la sociedad y los profesionales sanitarios. En muchos centros carecen de un protocolo adecuado. Por suerte, la situación está cambiando y, en los últimos años, han nacido grupos de apoyo psicológico que acompañan a las familias en el proceso de duelo¹⁵.

¹² Texto extraído de la publicación "Embarazo proceso que requiere cuidados médicos específicos" https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2022_840.html

¹³ Texto extraído de la publicación UNICEF "Lo que debes saber sobre las muertes fetales" <https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-muertes-fetales#:~:text=Para%20muchas%20mujeres%2C%20la%20p%C3%A9rdida,e%20incluso%20su%20propia%20identidad.>

¹⁴ Texto extraído de la publicación UNICEF "Lo que debes saber sobre las muertes fetales" <https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-muertes-fetales#:~:text=Para%20muchas%20mujeres%2C%20la%20p%C3%A9rdida,e%20incluso%20su%20propia%20identidad.>

¹⁵ Texto extraído de la publicación de INATAL – Fetal Medicine Barcelona "El duelo perinatal: cifras, causas y la importancia de sentirse acompañada". <https://inatal.org/noticias/reportajes/577-el-duelo-perinatal-cifras-causas-y-la-importancia-de-sentirse-acompanado.html>

La pérdida perinatal es una experiencia indescriptible para los padres, difícil de asimilar, dado que los bebés representan el inicio de la vida y no el final. Tras sufrir una pérdida se ponen en marcha una serie de tareas, es lo que se denomina proceso de elaboración del duelo. El duelo es la respuesta normal y saludable a una pérdida. Los padres experimentan las mismas reacciones que las observadas en otras situaciones de duelo, como sentimientos de vacío interior, culpabilidad, irritabilidad, pena abrumadora, temor a un nuevo embarazo, rabia, incredulidad y apatía. Un 20% de las madres sufren algún trastorno psicológico como depresión o ansiedad hasta un año después de la pérdida, pudiendo desarrollar desórdenes psiquiátricos que pueden afectar en embarazos posteriores y en la relación con el siguiente bebé¹⁶.

En los países en vías de desarrollo, 1 de cada 40 fetos morirá antes de nacer y 25 de cada 1.000 recién nacidos antes de los 30 primeros días de vida. Es lo que se conoce como muerte perinatal. En países de América del Norte, Europa y Australia, en cambio, la tasa de mortalidad perinatal es menor, situándose en 1 de cada 200 fetos, cifra que se ha mantenido estable en las últimas décadas. Si nos fijamos en España, son 2.000 bebés lo que mueren cada año pasadas las 24 semanas de embarazo o durante el primer mes de vida, según Umamanita, la asociación más potente de España de apoyo a la muerte perinatal y neonatal. A estos bebés hay que sumar las pérdidas por abortos involuntarios, que en dos de cada tres casos suceden durante el primer trimestre¹⁷.

La muerte fetal es un fenómeno común que se da en el 25% de los embarazos y que acarrea un impacto emocional del que la mayoría de mujeres se recuperan, aunque hay algunas en las que persiste de forma significativa la sintomatología ansiosa y depresiva¹⁸. Al respecto, un estudio británico reciente reclutó a 737 mujeres procedentes de tres hospitales londinenses que habían pasado por una muerte fetal y que accedieron a participar en él. Para la evaluación de los síntomas ansiosos y depresivos se les

¹⁶ Ídem bis.

¹⁷ Texto extraído de la publicación de INATAL – Fetal Medicine Barcelona "El duelo perinatal: cifras, causas y la importancia de sentirse acompañada".
<https://inatal.org/noticias/reportajes/577-el-duelo-perinatal-cifras-causas-y-la-importancia-de-sentirse-acompanado.html>

¹⁸ texto extraído de la publicación virtual "La ansiedad y trastorno por estrés postraumático persistentes después de una muerte fetal" de Marce Española (MARES)
<https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/13641/MARES/ansiedad-y-trastorno-por-estres-postraumatico-persistentes-despues-muerte-fetal-.htm>

administró la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y la Posttraumatic Stress Diagnostic Scale para los síntomas de TEPT al cabo de un, tres y nueve meses posteriores a la pérdida.

Los resultados pusieron de manifiesto que durante el primer mes posterior a la pérdida el 29% de la muestra presentó sintomatología TEPT, mientras que al noveno mes esta cifra era del 18%. La sintomatología ansiosa moderada-grave, ascendió al 24% del total de los casos durante el primer mes, mientras que a los nueve meses de seguimiento descendió hasta el 17%. En cuanto a la sintomatología depresiva moderada-grave, ésta afectó al 11% de las participantes durante el primer mes posterior a la pérdida y al 6% a los nueve meses. En comparación con las mujeres que desarrollan un embarazo sin interrupción, las que sufren una pérdida perinatal tienen el doble de probabilidades de presentar ansiedad moderada-grave y cuatro veces más de padecer depresión también moderada-grave.

Asimismo, este mismo estudio concluyó que es frecuente que las mujeres que pasan por una experiencia como esta no reciben ningún seguimiento de tipo psiquiátrico o psicológico, por lo que todas estas alteraciones emocionales no solo empeoran su calidad de vida, sino que también pueden afectar los embarazos posteriores.

EL DUELO PERINATAL

El duelo perinatal es una temática de gran interés y cuya importancia está empezando a reconocerse en las últimas décadas. Se trata de un concepto muy amplio, ya que comprendería el proceso de dolor por el que pasa una familia, tras la muerte antes del nacimiento o a los pocos días de éste¹⁹.

Actualmente existe una mayor sensibilidad con respecto a las pérdidas perinatales tanto por parte del personal médico, como por parte de la sociedad²⁰. A pesar de esto, los casos de muerte perinatal se tienden a infravalorar e incluso a negar en los propios hospitales²¹.

¹⁹ Publicación virtual "Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal" (2012)
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100011
Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población. Datos actualizados a 26 de Febrero. 2010. 26-2-2010

²⁰ Publicación virtual "Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal" (2012)
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100011

Hasta hace poco el duelo perinatal era un duelo invisible, un duelo no reconocido por la sociedad ni por los profesionales sanitarios. Por suerte, cada vez más hospitales consideran imprescindible ofrecer atención psicológica a las parejas que pasan por esta situación. De hecho, según un reciente estudio publicado en *The Lancet*, "el cuidado inmediato y respetuoso del duelo debería formar parte de la rutina de todos los profesionales sanitarios". En ese mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó en 2015 la muerte perinatal entre los 100 indicadores básicos de salud²².

Tiene unas características propias y únicas. Con el niño que fallece, también lo hacen una serie de promesas y expectativas que no van a poder ser vividas por los padres. Lo que se pierde es un futuro, una posibilidad, que además puede dificultar el proceso de convertirse en padres, especialmente cuando se trata del primer hijo. Las repercusiones de esta pérdida pueden afectar a muy diversos ámbitos, que van desde el emocional, social, la vida de pareja, o a los vínculos sociales inmediatos²³.

La mayoría de las parejas, especialmente las mujeres, pasan por un período inicial caracterizado por una sensación de shock, de estrés y de gran dolor, aunque suelen recuperarse y encontrar un sentido a esa pérdida. Sin embargo, existe al menos un 15-25% de las parejas que tienen problemas para superar esta etapa vital. Algunos de los efectos psicológicos que se han descubierto en las madres son: tristeza, irritabilidad, culpabilidad síntomas somáticos, ansiedad ante la muerte, depresión, culpa, y preocupación en los siguientes embarazos²⁴. En el caso de los padres, aparecen sentimientos de shock, rabia, vacío, indefensión y de soledad. Tras un aborto o pérdida perinatal, la nueva experiencia del embarazo puede despertar en ambos padres una gran cantidad de angustia y ansiedad²⁵.

Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población. Datos actualizados a 26 de Febrero. 2010. 26-2-2010

Lang A, Goulet C, Amsel R. Explanatory model of health in bereaved parents post-fetal/infant death. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2004; 41(8): 869-80.

²¹ Publicación virtual "Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal" (2012) https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100011
Bennett SM, Lee BS, Litz BT, Maguen S. The scope and impact of perinatal loss: Current status and future directions. *Prof Psychol Res Pract* 2005; 36(2): 180-7.

²² Publicación virtual "El duelo perinatal: cifras, causas y la importancia de sentirse acompañado" – Fetal Medicine Barcelona
<https://inatal.org/noticias/reportajes/577-el-duelo-perinatal-cifras-causas-y-la-importancia-de-sentirse-acompanado.html>

²³ Ídem bis.

²⁴ Publicación virtual "El duelo perinatal: cifras, causas y la importancia de sentirse acompañado" – Fetal Medicine Barcelona
<https://inatal.org/noticias/reportajes/577-el-duelo-perinatal-cifras-causas-y-la-importancia-de-sentirse-acompanado.html>

²⁵ Ídem bis.

Con respecto a la gravedad del duelo, factores de riesgo importantes parece ser: los problemas psiquiátricos previos, las pérdidas recurrentes, si la madre ha padecido depresión, la falta de apoyo familiar y social, estilos de afrontamiento no adaptativos, y otros problemas vitales de importancia. Sin embargo, aunque la mayoría de los artículos sobre la repercusión de la pérdida perinatal colocan a la madre como la más afectada, el duelo de otros miembros de la familia merece igualmente consideración²⁶.

Sobre este tema, Rosana Moyano²⁷, psicóloga especialista en duelo perinatal menciona que "Durante todo el proceso es clave que los padres se sientan acompañados por el personal sanitario. Hacerles sentir que entendemos su sufrimiento y que haremos lo necesario para atenderlos adecuadamente". "El acompañamiento de profesionales expertos en el duelo permite valorar los intensos sentimientos que se producen, cuidarse emocionalmente y evitar que el duelo se cronifique y derive en problemas de depresión y/o ansiedad". "Cuando reciben apoyo, muchas mujeres y sus parejas construyen un recuerdo positivo"²⁸.

SITUACIÓN EN EL PERÚ

Nuestro país fue reconocido como uno de los países con mayor reducción de la mortalidad neonatal a nivel global entre el año 2000 y 2012, habiendo reducido su tasa de mortalidad neonatal de 27 a 9 por 100 000 nacidos vivos en dicho período, fenómeno evidenciado tanto en el ámbito urbano como rural²⁹, logrando cumplir la meta del cuarto objetivo del milenio. Los logros se atribuyeron a una combinación de factores: cambios en el sector no sanitario, la ampliación de los programas contra la pobreza que incentivaron la utilización de los servicios de salud, el aumento de la cobertura de las intervenciones sanitarias, normas y sistemas implementados de abordaje múltiple que incluyeron a la salud reproductiva, el control del embarazo, el incremento del parto institucional, la atención y

²⁶ Ídem bis.

²⁷ Rosa Moyano Ciurans, psicóloga general sanitaria especializada en enfermedad crónica, psicóloga perinatal perteneciente a la Asociación de Cardiopatías Congénitas (AACIC-CorAvant)

²⁸ Publicación virtual "El duelo perinatal: cifras, causas y la importancia de sentirse acompañado" – Fetal Medicine Barcelona
<https://inatal.org/noticias/reportajes/577-el-duelo-perinatal-cifras-causas-y-la-importancia-de-sentirse-acompanado.html>

²⁹ Publicación virtual "la mortalidad neonatal: un reto para el país y la universidad" (2019)
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000300001

control del recién nacido, así como el subsistema de vigilancia de la mortalidad perineonatal³⁰.

Sin embargo, desde el año 2012 hasta el 2019, esta mejoría se ha mantenido estacionaria con un promedio de 10 muertes neonatales por 100 000 nacidos vivos, y adquiriendo la mortalidad neonatal, una fracción cada vez mayor de la mortalidad infantil del país. Esto, en el marco del compromiso país con los objetivos de desarrollo sostenible, una de cuyas metas específicas al 2030 es "...poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1000 nacidos vivos..."³¹.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud ha precisado que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedades. Asimismo, el goce del máximo grado de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud involucra entonces actividades de prevención, promoción y protección e implica un enfoque integral en donde se incluyen los entornos físico y social y los demás factores relacionados con la existencia³².

En nuestro país, el artículo 7 de la Constitución Política establece el derecho que tienen las personas a la protección de su salud, del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa; asimismo, y en consonancia con ello, se establece en el artículo 9 de la misma Carta Magna que, "el Estado determina la política nacional de salud...".

Al respecto, la Ley 26842, Ley General de Salud, es la norma de salud de orden público y regulación en materia sanitaria, la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas; que si bien es cierto contempla una serie de derechos y deberes que buscan garantizar el pleno de derecho de atención en los establecimientos de salud; sin embargo, no establece ningún

³⁰ Ídem bis.

³¹ Publicación virtual "la mortalidad neonatal: un reto para el país y la universidad" (2019)
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000300001

³² texto extraído de la publicación "El Derecho a la Salud en la Constitución, la Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales" de la Defensoría del Pueblo de Colombia
<https://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>

derecho que garantice la atención integral para la mujer que afronta la muerte de sus hijos/as durante la gestación, el parto o dentro de los primeros 28 días de vida tras el nacimiento.

El Boletín Epidemiológico 2019 del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud,³³ expone cifras y características respecto a las defunciones fetales y mortalidad neonatal:

Defunciones fetales

- 8 de cada 10 defunciones fetales ocurren en el último trimestre de la gestación; 12 de cada 100 defunciones fetales ocurren durante el trabajo de parto, esta proporción se mantiene similar al año 2018;
- La muerte fetal evitable, es decir, las defunciones fetales ocurridas en el intraparto, en el último trimestre de gestación, sin malformaciones congénitas, con peso igual o mayor a 2500 g y atendidos en un hospital, se han incrementado de manera importante en Loreto.
- La Libertad sigue siendo la región que más defunciones fetales evitables notifica en el año; la hipoxia intrauterina se reporta como la primera causa de defunción fetal, 19%;
- La muerte fetal ocasionada por complicaciones maternas del embarazo, complicaciones de la placenta, cordón y membranas, complicaciones del trabajo de parto o parto están relacionadas con el 15% de las defunciones fetales notificadas.
- Las enfermedades maternas preexistentes al embarazo, como hipertensión y diabetes, están consideradas como causa de muerte fetal en 12 de cada 100 defunciones fetales notificadas.
- El porcentaje de defunciones fetales notificadas al sistema de vigilancia como "muerte fetal de causa no especificada" es de 38%, mayor a lo registrado en el año 2018.³⁴

³³ Publicación virtual "Boletín Epidemiológico del Perú" – Ministerio del Salud (2019) Vol. 28-SE52
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf>

³⁴ Ídem bis.

Tabla 2. Características generales de las defunciones fetales *

CARACTERÍSTICAS	2018		2019	
	n	%	n	%
Edad gestacional				
Menores de 28 semanas	846	24.11%	759	23.47%
De 28 semanas a más	2663	75.89%	2475	76.53%
Momento de la muerte				
Anteparto	3067	87.40%	2836	87.69%
Intraparto	439	12.51%	395	12.21%
Mortalidad Fetal Evitable				
Nacional	206	5.87%	185	5.72%
La Libertad	54	26.21%	37	20.00%
Loreto	4	1.94%	28	15.14%
Grupos de causa de muerte				
Hipoxia intrauterina	682	19.44%	605	18.71%
Complicaciones del embarazo, trabajo de parto y del parto	487	13.88%	475	14.69%
Enfermedad materna NO relacionada al embarazo	496	14.14%	389	12.03%
Anomalías congénitas	282	8.04%	266	8.23%
Duración corta del embarazo y BPN	152	4.33%	138	4.27%
Muerte fetal no especificada	1260	35.91%	1227	37.94%
Otras causas	150	4.27%	134	4.14%

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. * SE 01 - 52, 2018 - 2019.

Características de la mortalidad neonatal

- La proporción de defunciones neonatales de niños con buen peso (peso al nacer mayor de 2500 g) es de 30% para el 2019, similar al 2018. Desde el inicio de la vigilancia, año 2011, esta proporción se ha reducido de 37%.
- La proporción de defunciones en RN prematuros viene en ascenso continuo para un 62.6% registrado en el año 2011 a 71% en el 2019; que 1330 se distribuye entre prematuros extremos (23%), muy prematuros (20%) y prematuros tardíos (27%).
- El 38% de las defunciones neonatales ocurren en las primeras 24 horas de vida y están principalmente relacionadas a la atención del parto. Esta proporción se redujo en 11 puntos porcentuales desde el 2011 (47%). Las principales causas de muerte en este grupo son las relacionadas a asfixia y atención del parto.
- El 38% de las defunciones ocurren entre los días 1 y 7 de vida y se relacionan a asfixia e infecciones. Esta proporción se incrementó desde 37% en el 2011. La mortalidad neonatal tardía es 24% y se ha incrementado en 8 puntos porcentuales desde el año 2011(16%). Estas defunciones están relacionadas con infecciones

principalmente y se asocian a las condiciones de atención del RN principalmente en el hogar.

- La mortalidad neonatal evitable, es decir, las defunciones ocurridas en un neonato con peso de 2500 gramos a más, de término y sin malformación congénita letal, es del 19% a nivel nacional (con respecto al total de defunciones notificadas). La Libertad, Cusco y Puno registran las proporciones de mortalidad neonatal evitable más altas en el país, mayores a lo registrado en el 2018, a excepción de Puno.
- El 93% de las defunciones neonatales notificadas en el presente año reportan atención de parto institucional y el 8% de las defunciones ocurrieron en el domicilio. Existe una estrecha relación entre la defunción procedente de parto domiciliario y la mortalidad comunitaria.
- La primera causa de defunción neonatal es la relacionada a prematuridad-inmadurez 30% seguida por las Infecciones 20%, malformaciones congénitas 15%, asfixia y causas relacionadas a la atención del parto 11% y otras causas 23%. Para el año 2011, cuando se inició la vigilancia de defunciones fetales y neonatales, la primera causa de defunción neonatal estuvo relacionada a prematuridad-inmadurez 24,5% seguida por las Infecciones 20,9%, asfixia y causas relacionadas a la atención del parto 16.6%, malformaciones congénitas 11,4%, y otras causas 26,5%.³⁵

³⁵ Ídem bis.

Tabla 3. Características generales de las defunciones neonatales *

CARACTERÍSTICAS	AÑOS			
	2018		2019	
	n	%	n	%
Peso				
Menos de 1000 gramos	805	24.85	773	26.22
1000 - 1499	572	17.66	524	17.77
1500 - 2499	819	25.29	767	26.02
2500 - 3499	831	25.66	661	22.42
3500 a más	212	6.55	223	7.56
Edad gestacional				
Prematuros extremos (< 28)	648	20.01	669	22.69
Muy prematuros (28 a 31)	650	20.07	601	20.39
Prematuros moderados a tardíos (32 a 36)	901	27.82	809	27.44
No prematuros (37 SG a más)	1040	32.11	869	29.48
Ocurrencia de la muerte				
Primeras 24 horas	1205	37.20	1118	37.92
Días 1 a 7	1295	39.98	1124	38.13
Días 8 - 28	739	22.82	706	23.95
Mortalidad neonatal evitable				
Nacional	639	19.73%	561	19.03%
La Libertad	42	6.57%	41	7.31%
Cusco	41	6.42%	40	7.13%
Puno	53	8.29%	39	6.95%
Atención del parto				
Establecimientos de Salud	2946	90.95	2743	93.05
Domicilio	282	8.71	196	6.65
Lugar de muerte				
Establecimientos de Salud	2919	90.12	2685	91.08
Comunidad	311	9.60	255	8.65
Grupo de causa de muerte				
Prematuridad - Inmaturidad	861	26.58	879	29.82
Infecciones	698	21.55	579	19.64
Malformaciones congénitas letales	539	16.64	449	15.23
Asfixia y causas relacionadas al parto	349	10.77	317	10.75
Aspiración láctea y alimento regurgitado	55	1.70	48	1.63
Otros	737	22.75	676	22.93

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. * SE 01 - 52, 2018 - 2019.

En contraste a ello, en el año 2020 de acuerdo a cifras el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Fetal y Neonatal del Ministerio de Salud³⁶, se notificaron 5383 defunciones de las cuales 2971 fueron fetales y 2412 neonatales. Se evidencia una reducción del 20% en las notificaciones neonatales con respecto al año 2019.

³⁶ Datos extraídos del Boletín Epidemiológico del Perú 2021- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (Volumen 30 – SE07)
https://www.dge.gob.pe/portalanuevo/wp-content/uploads/2021/03/boletin_202107.pdf

El 50% de las defunciones notificadas en el 2020 proceden de 8 DIRESAs; Lima Centro, La Libertad, Cusco, Junín, Lambayeque, Puno, Lima Norte y Huánuco. Con respecto a la notificación de muerte fetal, en 2020 se notificaron 2971 defunciones, la que se redujo en 11% con respecto al 2019, sin embargo, Lima Centro, Junín, Huánuco, Cajamarca y Huancavelica notificaron mayor número de defunciones para este año. Con respecto a la notificación de defunciones neonatales, en 2020 se notificaron 2412 muertes, 20% menos que el 2019 y Huánuco, Ucayali, San Martín tuvieron mayor mortalidad neonatal comparada al 2019³⁷.

Tabla 1. Defunciones fetales y neonatales notificadas por DIRESAs, SE 1 – 52 2019-2020

DIRESA	FETAL		NEONATAL		total 2020	%	% acumulado
	2019	2020	2019	2020			
DIRIS LIMA CENTRO	356	406	417	358	764	14.19%	14.19%
LA LIBERTAD	239	229	189	105	334	6.20%	20.40%
CUSCO	179	176	182	156	332	6.17%	26.57%
JUNIN	170	191	140	128	319	5.93%	32.49%
LAMBAYEQUE	116	115	189	137	252	4.68%	37.17%
PUNO	138	136	128	105	241	4.48%	41.65%
DIRIS LIMA NORT	169	134	128	93	227	4.22%	45.87%
HUANUCO	115	128	81	87	215	3.99%	49.86%
CAJAMARCA	98	121	94	84	205	3.81%	53.67%
CALLAO	139	106	105	98	204	3.79%	57.46%
PIURA	94	77	116	109	186	3.46%	60.91%
UCAYALI	55	63	99	109	172	3.20%	64.11%
DIRIS LIMA ESTE	107	116	62	50	166	3.08%	67.19%
AREQUIPA	92	92	103	66	158	2.94%	70.13%
AYACUCHO	99	77	99	73	150	2.79%	72.91%
SAN MARTIN	100	57	86	93	150	2.79%	75.70%
DIRIS LIMA SUR	91	51	86	78	129	2.40%	78.10%
LUCIANO CASTILLO	82	76	70	50	126	2.34%	80.44%
LORETO	174	67	145	58	125	2.32%	82.76%
ANCASH	124	53	85	64	117	2.17%	84.93%
AMAZONAS	72	68	58	46	114	2.12%	87.05%
LIMA PROVINCIAS	79	71	46	36	107	1.99%	89.04%
ICA	82	76	69	25	101	1.88%	90.92%
HUANCAMELICA	42	54	42	36	90	1.67%	92.59%
CHOTA	43	46	15	13	59	1.10%	93.68%
JAEN	55	31	29	27	58	1.08%	94.76%
MORROPON-HUANCA	37	39	21	15	54	1.00%	95.76%
PASCO	30	17	36	37	54	1.00%	96.77%
CHANKA	19	31	10	16	47	0.87%	97.64%
APURIMAC	22	18	17	21	39	0.72%	98.37%
CUTERVO	20	20	6	15	35	0.65%	99.02%
TUMBES	19	19	25	13	32	0.59%	99.61%
TACNA	44	4	26	10	14	0.26%	99.87%
MOQUEGUA	10	6	6	1	7	0.13%	100.00%
MADRE DE DIOS	32		23		0	0.00%	100.00%
Total general	3343	2971	3033	2412	5383	100.00%	

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

³⁷ Ídem bis

Asimismo, la base de datos del Sistema Informático Nacional de Defunciones-SINADEF registra un total de 2691 defunciones neonatales en el año 2020, comparada a 3293 defunciones registradas en el 2019 (descenso de 18%) donde Lima, Junín, La Libertad, Cusco y Piura acumulan el 50% de las defunciones de este Sistema, además únicamente Apurímac y Pasco incrementaron sus defunciones neonatales con respecto al 2019³⁸.

A continuación, se detalla las características generales de la mortalidad fetal y neonatal:

Características generales de la mortalidad fetal

- De cada 10 defunciones fetales 08 ocurren en el último trimestre de gestación, de los cuales 3 defunciones fetales ocurren en productos a término; estas proporciones son similares al primer semestre 2019.
- Con respecto a la muerte fetal intraparto, 13 de cada 100 defunciones fetales ocurren durante el trabajo de parto, similar al mismo periodo 2019.
- La proporción de muerte fetal evitable (definida como la muerte fetal ocurrida en el intraparto, en el último trimestre de gestación, con peso igual o mayor a 2500 gramos, sin malformaciones congénitas y atendidos en un hospital), no se ha incrementado con respecto al 2019 y se mantiene en 3%, sin embargo, La Libertad, Lima Norte, Huánuco e Ica registran importante incremento con respecto al 2019.
- La hipoxia intrauterina se reporta como la causa más frecuente de defunción fetal (22%), seguida por la muerte fetal ocasionada por condiciones maternas no relacionadas al embarazo (11%) como la hipertensión, enfermedad renal, etc., las malformaciones congénitas y complicaciones de la placenta, cordón y membranas (8%), la duración corta de la gestación y las complicaciones maternas relacionadas al embarazo (5%). No hay variaciones con respecto al 2019³⁹.
- El porcentaje de defunciones fetales notificadas al sistema de vigilancia en 2020 como "muerte fetal de causa no especificada" fue 36%, sin mejoras con respecto al histórico registrado.⁴⁰

³⁸ Ídem bis

³⁹ Ídem bis

⁴⁰ Ídem bis

Tabla 2. Características generales de las defunciones fetales. SE 1-52, 2019-2020

CARACTERÍSTICAS	DEFUNCIONES FETALES			
	SE 1-53 2019		SE 1-52 2020	
	n	%	n	%
Edad gestacional				
Muerte Fetal Temprana (20-27 SG)	784	23.45%	664	22.35%
Muerte fetal Tardía (28 a 36 SG)	1465	43.82%	1277	42.98%
Muerte Fetal a término (37 a más SG)	1094	32.73%	1030	34.67%
Momento de la muerte				
Anteparto	2928	87.64%	2599	87.51%
Intraparto	413	12.36%	371	12.49%
Mortalidad Fetal Evitable				
Nacional	99	2.96%	74	2.49%
La Libertad	15	6.28%	21	9.17%
Lima Norte	5	2.96%	9	6.72%
Huanuco	3	2.61%	6	4.69%
Ica	3	3.66%	6	7.89%
Grupos de causa de muerte				
1 Muerte fetal de causa no especificada (P95)	1269	37.96%	1067	35.91%
2 Hipoxia intrauterina (P20)	632	18.91%	642	21.61%
3 Feto afectado por condiciones de la madre NO relacionadas con el embarazo presente (P00)	399	11.94%	337	11.34%
4 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	277	8.29%	245	8.25%
5 Feto afectado por complicaciones de placenta, cordón y membranas (P02)	292	8.73%	231	7.78%
6 Feto afectado por la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte (P07)	140	4.19%	136	4.58%
7 Feto afectado por complicaciones maternas del embarazo (P01)	162	4.85%	142	4.78%
8 Otras causas (residual)	172	5.15%	171	5.76%

SG: semanas de gestación

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

Características de la mortalidad neonatal:

- La proporción de defunciones neonatales de niños con buen peso (peso al nacer mayor de 2,500 gramos) fue 32% para el 2020, mayor a lo registrado en el 2019 (29%). Desde el inicio de la vigilancia, en 2011, esta proporción tuvo una tendencia descendente partiendo de 37%.
- La proporción de defunciones neonatales entre los no prematuros se incrementó pasando de 29.31% a 32.05%. Cabe resaltar que desde el 2011 la mortalidad en prematuros es predominante, con una tendencia al incremento.
- El 36% de las defunciones neonatales ocurrieron en las primeras 24 horas de vida y están principalmente relacionadas a la asfixia y atención del parto. El 42% de las

defunciones ocurrieron entre los días 1 y 7 de vida y se relacionan a asfixia e infecciones. La mortalidad neonatal tardía fue 22%, estas defunciones están relacionadas con infecciones principalmente y se asocian a las condiciones de atención del neonato principalmente en el hogar o en ambientes hospitalarios.

- Hay una tendencia de mayor mortalidad en neonatos de sexo masculino.
- El 93% de las defunciones neonatales notificadas en el presente año reportan atención de parto institucional y el 8% de las defunciones neonatales ocurrieron en el domicilio.
- La mortalidad neonatal evitable (conformada por las defunciones ocurridas en un neonato con peso de 2500 gramos a más, a término y sin malformación congénita letal), fue del 21% a nivel nacional (con respecto al total de defunciones notificadas). Huánuco, San Martín y Cajamarca registran mayor mortalidad neonatal evitable en el país, comparado al 2019. Esta mortalidad se incrementó en el presente año, pasando de 19% a 21%.
- La primera causa de defunción neonatal es la relacionada a prematuridad-inmadurez (29%) seguida por las Infecciones (17%), asfixia y causas relacionadas a la atención del parto 16%, malformaciones congénitas (15%) y otras causas (22%). Para el año 2011, cuando se inició la vigilancia de defunciones fetales y neonatales, la primera causa de defunción neonatal estuvo relacionada a prematuridad-inmadurez (24.5%) seguida por las Infecciones (20.9%), asfixia y causas relacionadas a la atención del parto (16.6%), malformaciones congénitas (11.4%) y otras causas⁴¹.

⁴¹ Ídem bis.

Tabla 3. Características generales de las defunciones neonatales. SE 1-52, 2019-2020

CARACTERÍSTICAS	DEFUNCIONES NEONATALES			
	SE 1-52 2019		SE 1-52	
	n	%	n	%
Peso				
Menos de 1000 gramos	809	26.67%	578	23.96%
1000 - 1499	543	17.97%	448	18.57%
1500 - 3499	799	26.34%	606	25.12%
2500 a más	880	29.01%	780	32.34%
Edad gestacional				
Prematuros extremos (<28)	692	22.82%	507	21.02%
Muy prematuros (28 a 31)	622	20.51%	488	20.23%
Prematuros moderados a tardíos (32 a 36)	830	27.37%	644	26.70%
No prematuros (37 SG a más)	889	29.31%	773	32.05%
Ocurrencia de la muerte				
Primeras 24 horas	1147	37.82%	869	36.03%
Días 1 a 7	1200	39.56%	1023	42.41%
Días 8 - 28	686	22.62%	520	21.56%
Sexo				
Masculino	1698	56.04%	1333	55.31%
Femenino	1332	43.96%	1077	44.69%
Atención del parto				
Establecimientos de Salud	2822	93.10%	2226	92.48%
Domicilio	209	6.90%	181	7.52%
Lugar de muerte				
Establecimientos de Salud	2766	91.35%	2202	91.52%
Domicilio	262	8.65%	204	8.48%
Pobreza				
Distrito Pobre	887	29.29%	763	31.65%
Distrito No Pobre	2141	70.71%	1648	68.35%
Mortalidad neonatal evitable				
Nacional	574	18.93%	509	21.10%
Huancayo	18	22.22%	27	31.03%
San Martín	34	16.28%	22	23.66%
Cajamarca	21	22.34%	28	33.33%
Grupo de causa de muerte				
Prematuridad - Inmadurez	876	28.88%	706	29.27%
Infecciones	511	16.85%	417	17.29%
Asfixia y causas relacionadas al parto	534	17.61%	383	15.88%
Malformaciones congénitas letales	468	15.43%	351	14.55%
Aspiración láctea y alimento regurgitado	50	1.65%	26	1.08%
Otros	594	19.58%	529	21.93%

SG: semana de gestación

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

Si bien es cierto, podemos apreciar una reducción en cuanto a las muertes fetales y neonatales durante el año 2020, lo real es que a la fecha, no existe por parte de la autoridad rectora de la salud la emisión de lineamientos que garantice una atención integral y multidisciplinaria respecto a la salud materno perinatal y neonatal, de modo que se garantice una atención de calidad a la mujer que afronta la muerte de su(s) hijas (os) durante la gestación, el parto o dentro de los primeros 28 días de vida tras el nacimiento, desde la visión de humanización, un trato digno, con contención emocional y con el respecto a sus derechos constitucionales, y que incluya, también, a los familiares cercanos.

El derecho a la salud surge como derecho universal de segunda generación, un derecho social de carácter programático; los cuales son derechos económicos y sociales guardando coherencia con lo establecido en la Constitución. Se definen como Obligaciones mediatas del Estado, que necesitan de un proceso de ejecución de políticas sociales para que el ciudadano pueda gozar de ellos o ejercitarlos de manera plena⁴². En ese sentido, nuestra Constitución Política establece en su artículo 1º que, la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado", asimismo, en su artículo 7 menciona que "todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa; determinando en su artículo 9 que, "el Estado determina la política nacional de salud...para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud".

Pese a lo establecido en nuestra Carta Magna, a la fecha nuestro sistema de salud no cuenta con un protocolo o lineamiento de atención integral humanizada de la muerte y el duelo gestacional, perinatal y neonatal que puedan ser adoptados por las instituciones de salud públicas y privadas, que capacite a los profesionales, personal técnico y asistencial de salud a fin que se garantice la atención y cuidado hospitalario adecuado, la contención emocional a través del cuidado de la salud mental de la mujer afectada.

Actualmente, de acuerdo a testimonios escuchados de mujeres y familias afectadas, queda claro que la atención que se brinda en las instituciones de salud públicas y privadas, queda al criterio subjetivo de cada profesional de la salud, que en muchos casos son inadecuadas y violentan los derechos de la mujeres y familias que afrontan la muerte de su hija(o) en gestación o etapa neonatal; situación que nos debe llevar a reflexionar y tomar las acciones correctivas de modo que se garantice un trato digno y el respeto a sus derechos constitucionales.

Al respecto, la Asociación Ley Estrella⁴³ desde su fundación viene visibilizando este tema tan sensible para, no solo mujeres, sino también hombres y familia cercana como lo es afrontar la muerte gestacional, perinatal y neonatal.; el duelo invisible que afrontan diariamente miles de mujeres tocadas por esta pérdida y que involucra también a los

⁴² texto extraído de la publicación "Protección de derechos en salud en el Perú: experiencias desde el rol fiscalizador de la Superintendencia Nacional de Salud"
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000300019

⁴³ Asociación Ley Estrella es una Organización No Gubernamental y sin fines de Lucro, que aboga por el establecimiento de protocolos y lineamientos de atención humanizada frente a la muerte gestacional, perinatal y neonatal.

familiares cercanos. Asimismo, esta asociación plantea la necesidad del establecimiento de un protocolo integral en el sistema de salud, que comprenda el trato digno y respetuoso del personal médico hacia las mujeres gestantes, la humanización en la atención a la familia en duelo tanto por muerte gestacional, como por muerte neonatal y la autonomía de la mujer en la toma de decisiones antes o después del parto.

En razón a ello, el espíritu de la presente propuesta normativa establece la responsabilidad del Ministerio de Salud para la elaboración de un protocolo de atención integral multidisciplinaria que permita otorgar a los padres que han sufrido una muerte gestacional, perinatal o neonatal, recibir una atención adecuada, que ofrezca la contención emocional y el respeto por el duelo de la madre, incluyendo al padre o familiar cercano.

Asimismo, esta propuesta plantea otorgar al trabajador una licencia laboral de modo que puedan afrontar el duelo por la pérdida de su hija(o) durante el período de gestación, parto o los primeros días de vida; estableciendo dichos días serán considerados como laborados para los efectos legales.

LEGISLACIÓN COMPARADA

- Chile

La Ley Dominga⁴⁴, promulgada el 21 de septiembre de 2021, establece un estándar especial en relación con el manejo clínico y acompañamiento a madres y padres que hayan sufrido una muerte gestacional o perinatal de un hijo o hija. El objetivo es que todas las instituciones de salud cuenten con un protocolo en caso de muerte perinatal, con manejo clínico y acompañamiento psico-emocional para contener a la madre, al padre y al núcleo más cercano. La ley contempla lo siguiente:

- i) Los profesionales de la salud deberán explicar de forma adecuada al padre, madre y personas significativas sobre el fallecimiento de su hijo o hija, y los procedimientos a realizar.

⁴⁴ Ley Dominga, promulgada el 21 de septiembre 2021, establece un estándar especial en relación con el manejo clínico y acompañamiento a madres y padres que hayan sufrido una muerte gestacional o perinatal de un hijo o hija. El objetivo es que todas las instituciones de salud cuenten con un protocolo en caso de muerte perinatal, con manejo clínico y acompañamiento psico-emocional para contener a la madre, al padre y al núcleo más cercano.
<https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/97136-ley-dominga#:~:text=La%20Ley%20Dominga%2C%20promulgada%20el,de%20un%20hijo%20o%20hija.>

- ii) Contar con asistencia inmediata y seguimiento multidisciplinario (matrona, psicólogo y psiquiatra).
- iii) Toda pérdida de un hijo o hija, independiente de las semanas de gestación u horas de vida, debe ser reconocida identificando datos del nonato o neonato, como nombre, peso, estatura, sexo y hora de nacimiento.
- iv) Velar por que pacientes que viven este proceso no sean hospitalizadas en las áreas de maternidad de los centros de salud, evitando tener contacto con recién nacidos.
- v) Autorizar al menos un acompañante durante procedimientos de legrado, ameu, inducción de parto o cesárea. Si el recinto lo permite, los controles posteriores se realizarán en salas aisladas y/o en horarios en los que no haya mujeres embarazadas o madres con sus recién nacidos.
- vi) Brindar espacios de contacto digno y apropiado con la hija o hijo fallecido para iniciar el proceso de duelo. Permitir mirarlos, acunarlos o tomar registros de foto o video.
- vii) En caso de muertes en el tercer trimestre de gestación, ofrecer la opción de disponer de los restos ovulares.
- viii) Aumentar a siete días el permiso laboral en caso de muerte gestacional y a 10 días ante la muerte neonatal de un hijo. Asegurar que las mujeres con antecedentes de muertes perinatales tengan acceso a acompañamiento de un equipo de duelo perinatal en las siguientes gestaciones.

- **Colombia**

El 28 de julio de 2021, se presentó un proyecto de ley, que ordena la expedición de un lineamiento de atención integral y humanizada de la muerte y el duelo gestacional, perinatal y neonatal en instituciones de salud, y se dictan otras disposiciones, el cual se encuentra en debate.

- **Argentina⁴⁵**

Estableció el documento Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad (2014), con el objetivo de mejorar la calidad de atención en los servicios de maternidad y neonatología del país. Además, pretende ser un marco de referencia para un manejo digno, ético y humano de una situación por demás angustiante, tal como el nacimiento de un niño

⁴⁵ Argentina. Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad. Disponible en: <https://bit.ly/3cGqJgP> Fecha de consulta: 23 de noviembre de 2021.

cuya gestación representó un proyecto y cuyo nacimiento prematuro o gravemente enfermo, implicó la pérdida dolorosa de un sueño.

A partir del 2021, este país tiene un proyecto de ley que propone que los protocolos de atención para muertes gestacionales y perinatales sean anexados a la ley 25.929, ya que, durante los mismos, los partos se producen, existen, así como también la necesidad de resguardar los derechos de los progenitores.

- **México**⁴⁶

Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la ley general de salud, de la ley federal del trabajo y de la ley federal de los trabajadores al servicio del estado, reglamentaria del apartado b) del artículo 123 constitucional, en materia de derechos por muertes fetal y perinatal.

- **Puerto Rico**

Ley 184⁴⁷ del 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, que establece la política pública de promover la implementación de guías y protocolos uniformes en las instituciones hospitalarias y de salud, para ofrecer servicios de apoyo a las familias, en los casos de pérdidas de embarazos en etapa temprana, o los eventos de muerte fetal y neonatal.

Además, define los conceptos de:

- a) Embarazo en etapa temprana: significa el embarazo durante las primeras 20 semanas de gestación.
- b) Muerte fetal: significa la muerte de 20 semanas de gestación o más.
- c) Muerte neonatal: significa la muerte que ocurre durante el período de los primeros veintiocho (28) días de haber nacido

- **España**

⁴⁶ Proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la ley general de salud, de la ley federal del trabajo y de la ley federal de los trabajadores al servicio del estado, reglamentaria del apartado b) del artículo 123 constitucional, en materia de derechos por muertes fetal y perinatal, pendiente de aprobación.

⁴⁷ Ley 184, establece que su política pública debe promover la creación de guías y protocolos en las instituciones hospitalarias y de salud, con el objetivo de ofrecer servicios de apoyo a las familias y en los casos de pérdidas de embarazos en etapa temprana, o los eventos de muerte fetal y neonatal.

Cataluña⁴⁸

Estableció una guía de acompañamiento al duelo perinatal del Departamento de Salud de Cataluña; esta guía se dirige a las madres y los padres que sufren la muerte de un hijo en el momento en que esperaban conocerlo, cuidarlo y disfrutar con ilusión y afecto. Indirectamente, puede ser de utilidad para los familiares y las amistades que también sufren su ausencia.

Extremadura⁴⁹

Estableció el Protocolo "Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad" en el 2015. Dicho documento garantiza que las mujeres extremeñas que pasen por este duro trance reciban una atención profesional integral, humanizada y científica, que les ayude a elaborar sus duelos de manera normal reduciendo la morbilidad psicológica a largo plazo. Asimismo, dota a los profesionales de los mejores útiles para una atención de calidad y permitir a la mujer su autonomía y derecho a decidir y participar sobre su proceso de duelo, en definitiva, sobre su propia salud sexual y reproductiva en los planos físico, psicológico, sociocultural y espiritual. Además, el documento es de obligada observación para las Áreas de Salud las cuales deben velar, organizar y mantener a lo largo del tiempo en sus Hospitales donde se atienden a gestantes.

- Reino Unido⁵⁰

The National Bereavement Care Pathway (NBCP) - National Bereavement Care Pathway (NBCP) ayuda a los profesionales de la salud a brindar apoyo durante el duelo y después de cualquier embarazo o pérdida de un bebé. Este equipo de herramientas se ha desarrollado para permitir a los profesionales sanitarios (médicos de cabecera, enfermeras de práctica, profesionales de la salud, recepcionistas / secretarías) utilizar y ofrecer la vía de forma eficaz en el entorno de atención primaria.

⁴⁸ Cataluña cuenta con la Guía de Acompañamiento al Duelo perinatal del Departamento de Salud de Cataluña, dirigido a las madres y los padres que sufren la muerte de una hija o hijo que no ha cumplido su ciclo oficial de gestación.

⁴⁹ Extremadura contempla un protocolo sobre la atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad, dicho documento garantiza que las mujeres extremeñas reciban una atención profesional integral, humanizada y científica

⁵⁰ Reino Unido cuenta con la The National Bereavement Care Pathway que se centra en la atención al duelo que ayuda a los profesionales de la salud a brindar apoyo durante el duelo y después de cualquier embarazo o pérdida fetal o perinatal.

Se compone de seis vías: i) Aborto espontáneo; ii) Interrupción del embarazo por anomalía fetal; iii) Nacimiento de un niño muerto; iv) Muerte neonatal (menos de 6-8 semanas); v) Muerte neonatal (más de 8 semanas); y, vi) Muerte súbita inesperada en la infancia

El objetivo del proyecto es garantizar que a todos los padres en duelo se les ofrezca una atención igual, de alta calidad, individualizada, segura y sensible en cualquier experiencia de embarazo o pérdida del bebé, ya sea aborto espontáneo, interrupción del embarazo por anomalía fetal, muerte fetal, muerte neonatal o muerte súbita inesperada en la infancia hasta los 12 meses.

- **Irlanda⁵¹**

La National Standards for Bereavement Care following Pregnancy Loss del 2016, es un documento que se centra en 4 ejes: i) cuidado de duelo: La atención por duelo es fundamental para la misión del hospital y es ofrecida de acuerdo con los valores religiosos, laicos, étnicos, sociales y culturales de los padres que han experimentado una pérdida del embarazo o muerte perinatal; ii) el hospital: El hospital tiene sistemas instalados para asegurar que la atención por duelo y la atención al final de la vida de los bebés es fundamental para la misión del hospital y se organiza alrededor de las necesidades de los bebés y sus familias; iii) el bebé y los padres: Cada bebé / familia recibe alta calidad de cuidados paliativos y al final de la vida, un cuidado que sea apropiado para las necesidades de su bebé / ella y a los deseos de sus padres; y, iv) el personal: Todo el personal del hospital tiene acceso a educación y oportunidades de entrenamiento en la entrega de duelo compasivo y cuidados al final de la vida, de acuerdo con sus roles y responsabilidades.

I.2 Formula legal de la propuesta

Esta propuesta normativa establece la obligatoriedad del Ministerio de Salud para la elaboración de un protocolo de atención integral y multidisciplinario en los casos de muerte gestacional, perinatal o neonatal con una visión humanizada y un trato digno por parte del personal de salud hacia la mujer cuyas hijas(os) han fallecido en la etapa gestacional o durante el primer mes de vida, y que incluya, además, al padre o a la persona significativa que la acompañe.

⁵¹ Irlanda cuenta con un protocolo para la atención por duelo posterior a la pérdida del embarazo.

Este protocolo será de aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas a nivel nacional, de modo tal que, se cuente con un manejo clínico y de contención emocional para los padres que atraviesan la muerte de su hijo(a) con una visión humanizada, de respeto a la dignidad y el cuidado de la salud mental.

Asimismo, esta propuesta normativa establece otorgar a los padres una licencia laboral que les permita sobrellevar el duelo por la pérdida gestacional, perinatal o neonatal de su hija (o); en el cual, los días de licencia serán considerados como laborados para los efectos legales.

II. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La aprobación de la presente propuesta normativa permitirá al Ministerio de Salud la elaboración de un protocolo de atención integral multidisciplinario con una visión humanizada y trato digno hacia la mujer y persona significativa frente a la muerte gestacional, perinatal y neonatal; asimismo, la emisión de este protocolo permitirá capacitar al personal profesional, técnico y auxiliar de la salud de modo que cuente con el adecuado entendimiento de lo que significa esta dura etapa emocional en la mujer, logrando así mejorar las acciones de contención emocional que se requiere en esta situación.

Asimismo, mediante su aprobación el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, realizará las modificaciones reglamentarias que permita otorgar el derecho de permiso laboral para afrontar el duelo por la pérdida gestacional, perinatal o neonatal.

Finalmente, la aprobación de la presente ley no contraviene ninguna norma de nuestro ordenamiento jurídico.

III. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

La aprobación de la presente propuesta normativa no irroga gasto al Estado, sin embargo, permitirá al Ministerio de Salud elaborar un protocolo adecuado de atención integral y multidisciplinaria en casos de muerte gestacional, perinatal y neonatal con una visión humanizada y trato digno para la mujer y persona significativa. Asimismo, su puesta en

marcha permitirá capacitar de manera adecuada al personal profesional, técnico y auxiliar de la salud logrando con ello mejorar la calidad de la atención en las instituciones de salud públicas y privadas.

IV. VINCULACIÓN CON LA AGENDA LEGISLATIVA 2021-2022

La presente propuesta normativa se enmarca dentro de la Agenda Legislativa para el Período Anual de Sesiones 2022-2023, aprobada mediante Resolución Legislativa del Congreso 002-2021-2022-CR:

Objetivo II. Equidad y Justicia Social

- Política de Estado 13. Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, ítem. 43. Mejora en el servicio de salud.
- Política de Estado 16. Fortalecimiento de la familia, promoción y protección de la niñez, la adolescencia y la juventud, ítem 65. Apoyo al embarazo y en la maternidad

Objetivo IV. Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado

- Política de Estado 24. Afirmación de un Estado Eficiente y transparente; ítem 93. Modernización de la gestión del Estado y la Administración.

V. VINCULACIÓN DE LA PRESENTE INICIATIVA LEGISLATIVA CON EL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa legislativa guarda vinculación con las siguientes Políticas de Estado:

II. Equidad y Justicia Social

Política 11. Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación

Política 13. Acceso Universal a los Servicios de salud y a la Seguridad Social.

Política 16. Fortalecimiento de la Familia, Promoción y Protección de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud.



JHAKELINE KATY UGARTE MAMANI
Congresista de la República

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"