

## **PROYECTO DE LEY**

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación, ...

### **LEY DE PROCEDIMIENTOS MÉDICO-ASISTENCIALES PARA LA ATENCIÓN DE MUJERES Y PERSONAS GESTANTES FRENTE A LA MUERTE PERINATAL**

**ARTÍCULO 1º.** La presente ley tiene por objeto establecer procedimientos médico- asistenciales para la atención de las mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal.

**ARTÍCULO 2º.** Se entiende por muerte perinatal aquella adoptada por la Dirección Nacional de Estadísticas de Información de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación donde se establece que el período perinatal se inicia en la semana 22<sup>a</sup> de gestación (cuando el peso del feto es normalmente de 500 gramos) y termina cuando se completan siete días después del nacimiento.

**ARTÍCULO 3º.** La presente ley es de aplicación tanto en el ámbito público como privado de la atención de la salud en todo el territorio de la Nación.

Las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el artículo 1º de la ley 23.660, las enmarcadas en la ley 23.661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, como así también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliadas/os, independientemente de la figura jurídica que posean, tendrán a su cargo con carácter obligatorio instrumentar las medidas y ejecutar los cambios necesarios para garantizar su cumplimiento.

**ARTÍCULO 4°.** Son objetivos de la presente ley:

- a) Dotar a las/os profesionales de la salud, que intervienen al momento del parto, de procedimientos de actuación estandarizados que faciliten la atención sanitaria de aquellas mujeres, personas gestantes y familias que sufren una muerte perinatal;
- b) Posibilitar mediante diversas estrategias que las mujeres, personas gestantes, pareja y/o familias puedan atravesar y aceptar la pérdida en un ambiente de contención y cuidado, y con el acompañamiento de profesionales especialistas en la materia;
- c) Facilitar a las personas incluidas en el inciso b del presente artículo la información necesaria acerca de las opciones terapéuticas, gestiones a realizar, documentación a cumplimentar y consultas sucesivas, a fin de que puedan decidir las alternativas más pertinentes asegurando el acompañamiento de las/os profesionales durante todo el proceso.

**ARTÍCULO 5°:** Las mujeres y personas gestantes, frente a la situación de muerte perinatal, tienen los siguientes derechos:

- a) A recibir información suficiente y adecuada sobre las distintas intervenciones médicas y terapéuticas que pudieren tener lugar durante esos procesos, de manera que puedan optar libremente cuando existieren diferentes alternativas;
- b) A un trato respetuoso, individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso y tenga en consideración sus pautas culturales;
- c) A tomar contacto con el cuerpo sin vida, teniendo la opción de hacerlo acompañadas por un/a psicólogo/a;
- d) A designar un/a acompañante en cualquier momento del proceso, y deberá ser respetada la decisión de no ser acompañadas;

- e) A tomar conocimiento fehaciente de las causas que originaron el deceso, en cuyo caso, podrán solicitar la realización de la autopsia y/o estudio anatomopatológico del cuerpo;
- f) A ser internadas en un servicio que no corresponda con el propio de maternidad;
- g) A recibir información sobre lactancia, métodos de inhibición y/o donación de esta;
- h) A recibir tratamientos médicos y psicológicos post internación a fin de reducir la prevalencia de trastornos derivados de duelos crónicos y al debido seguimiento de estos, contemplando el abordaje desde la especificidad de la salud mental perinatal;
- i) A no ser sometidas a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

**ARTÍCULO 6°.** La autoridad de aplicación de la presente ley será la que determine el Poder Ejecutivo y debe coordinar su accionar con las áreas y organismos competentes con incumbencia en la materia y con las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**ARTÍCULO 7°.** Son funciones de la autoridad de aplicación:

- a) Fomentar y controlar la aplicación de la presente ley;
- b) Elaborar un protocolo de atención del equipo de salud frente a situaciones de muerte perinatal que incluya lineamientos de certificación y destino final del cuerpo que contemplen el derecho al respeto de la vida privada y familiar;
- c) Evaluar las acciones que se realizan en los centros de salud, hacia las mujeres y personas gestantes, su pareja y su familia, en relación con la muerte fetal

intraútero o intraparto adecuándolas a las recomendaciones de Buenas Prácticas existentes;

d) Articular la realización periódica de actividades de sensibilización y difusión respecto de la muerte perinatal;

e) Elaborar e implementar programas de formación y capacitación de recursos humanos especializados en la atención de las mujeres, personas gestantes y sus familias en contextos de muerte perinatal;

f) Fomentar la inclusión de la temática de muerte perinatal en las currículas de la educación superior vinculadas a salud, tanto en las carreras de grado como de posgrado;

g) Garantizar el acompañamiento y apoyo con equipo multidisciplinario en los efectores de salud durante la totalidad del proceso y tras el alta hospitalaria;

h) Elaborar programas de prevención, educación y promoción de la salud que tengan como propósito la reducción de muertes perinatales;

i) Generar un registro orientado prioritariamente al estudio de las causas más frecuentes de muerte perinatal, así como al de las causas evitables a fin de reducir el riesgo de recurrencia.

**ARTÍCULO 8°.** Las instituciones de salud garantizarán espacios específicos de internación para las mujeres, persona gestante y los/las acompañantes, donde se priorice la tranquilidad e intimidad luego de acaecido el deceso perinatal.

**ARTÍCULO 9°.** El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de las entidades descriptas en el artículo 3°, como así también el incumplimiento por parte de los/as profesionales de la salud y sus colaboradores/as y de las instituciones en que presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

**ARTÍCULO 10.** Invítase a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir las disposiciones de la presente Ley.

**ARTÍCULO 11.** La presente ley entrará en vigencia a partir de los noventa (90) días de su promulgación.

**ARTÍCULO 12.** Comuníquese al Poder Ejecutivo.

*Cristina Álvarez Rodríguez*

*Pablo Yedlin*

*Paula Penacca*

*Florencia Lampreabe*

*Mónica Macha*

*Paola Vessvessian*

*Mara Brawer*

*Jimena López*

*Verónica Caliva*

*María Rosa Martínez*

*Romina Uhrig*

*Claudia Ormachea*

*Gabriela Estévez*

## FUNDAMENTOS

Sr. Presidente:

El presente proyecto tiene como antecedente el proyecto 1240-D-2019 presentado por la Diputada [MC] Magdalena Sierra, que perdiera estado parlamentario el 28/02/2021.

En 1950 la Organización Mundial de la Salud definió la muerte fetal como "la muerte antes de la expulsión completa de su madre de un producto de la gestación, independientemente de la duración del embarazo; el feto no respira o muestra algún otro signo de vida...". Asimismo, recomendó que la muerte fetal sea clasificada como precoz (más de 20 semanas completas de gestación desde la fecha de la última menstruación), intermedia (20 a menos de 28 semanas), tardía (28 semanas completas o más), o no clasificable ([https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/maternal\\_perinatal/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/)). En 1975 se revisa la definición, la que continúa vigente hasta la actualidad.

En la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10) (Volumen 1), se expresa que la Conferencia Internacional para la Décima Revisión "estuvo de acuerdo en que era aconsejable conservar las definiciones de nacido vivo y muerte fetal tal como aparecen en la Novena Revisión". También se establece que el período perinatal se inicia en la semana 22<sup>a</sup> de gestación (cuando el peso del feto es normalmente de 500 gramos) y termina cuando se completan siete días después del nacimiento. Este es el periodo que toma la Dirección de Estadística de Información de la Salud (DEIS) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación para elaborar sus correspondientes estadísticas de muerte perinatal <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>).

Este tipo de muertes tienden a ser negadas por la sociedad, sin embargo, las cifras de mortalidad perinatal no son bajas. En todo el mundo, hay más de 6,3 millones de muertes perinatales al año, que en su gran mayoría ocurren en países en vías de desarrollo, y el 27 % de ellos en los países subdesarrollados. En Argentina según el Estudio Anual Demográfico realizado por las Naciones Unidas en el año 2000, el número de muertes perinatales fue de 28.000 casos, es decir el 4% de los embarazos registrados. Más acá en el tiempo, los datos del Ministerio de Salud de la Nación, en 2015 refieren que la tasa de mortalidad perinatal es de 11,3 por cada 1.000 nacidos vivos en Argentina.

No existe en nuestro país un protocolo de actuación que informe a los/as profesionales de la salud cómo desenvolverse ante la situación concreta de la muerte perinatal. La muerte intraútero, intraparto o a poco de nacer está reconocida como una de las experiencias más traumáticas que las personas pueden llegar a vivir y por lo general está asociada a efectos psicológicos de largo plazo. Resulta indispensable comprender que no podemos acotar la situación al hecho trágico de la muerte, sino que dicha coyuntura conlleva una serie de situaciones que sufren las mujeres, personas gestantes y sus familias.

De igual forma, es fundamental un registro actualizado que contenga los datos correspondientes a fin de determinar las causas y los factores contextuales que contribuyeron a esas muertes. La Organización Mundial de la Salud ha realizado en el año 2017 la publicación de los resultados de una auditoria y examen acerca de las muertes prenatales y neonatales a nivel mundial y junto con este estudio una serie de recomendaciones a los Estados donde claramente expresa la necesidad del examen de los casos a fin de determinar qué medidas pueden llevarse a cabo para prevenir muertes perinatales a futuro. Otro dato clave que aporta la OMS es que la mayoría de estas muertes son prevenibles. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258931/9789243511221-spa.pdf;jsessionid=9FD98FCA28A2B088A547C2CB0BB5114F?sequence=1>).

El duelo perinatal no es un momento, ni una situación, ni un estado, sino un proceso, es decir, tiene un inicio y un final. Durante su transcurso van a tener

lugar una serie de fases por las que las personas en duelo van a ir pasando de forma individual y propia, no siempre van a suceder todas, ni van a tener la misma duración, pero sí que van a ir acompañadas de una serie de síntomas, en su mayoría psicológicos, aunque también pueden producir manifestaciones físicas. La muerte de un hijo o hija es una de las principales causas de sufrir Trastorno de Estrés Postraumático (TPEP).

Muchos estudios concluyen en que las mujeres y personas gestantes que han experimentado una pérdida constituyen una población más vulnerable y de riesgo durante un embarazo posterior, en comparación con mujeres sin historia de pérdida perinatal.

Desde la Red de Salud Mental Perinatal han expresado que uno de los determinantes psicosociales más recurrentes de TEPT se da en aquellos duelos donde no existe el acompañamiento por parte del equipo de salud y que permitiría a la persona estar acompañada empáticamente con el dolor.

Más allá de las circunstancias médicas del deceso perinatal creemos necesario un marco para el abordaje profesional frente a tal situación.

En este contexto, cabe traer a colación la experiencia que viene desarrollando desde el año 2005 el Hospital Materno Infantil Ana Goitia de Avellaneda, provincia de Buenos Aires, que pese a no existir una ley marco como la que aquí se propone, brinda acompañamiento personalizado a las mujeres y a las familias que atraviesan esta crisis vital. El acompañamiento a la mujer y/o las familias se realiza a través de un equipo conformado por psicóloga perinatal, obstetra, obstétrica, neonatóloga/o, enfermera y si fuera necesario trabajadora social, que asisten para colaborar con la familia y así elaborar el duelo en un contexto respetuoso. El objetivo es que la mujer o persona gestante sea legitimada en su derecho a expresar sus dolorosos sentimientos y pueda realizar el proceso de despedida de ese hijo/a deseado. Para ello se interna a las mujeres o personas gestantes en una habitación especial para que puedan tener la intimidad propia de sus pautas culturales y se las asesora a ellas y/o a quienes ellas designen, con toda la información necesaria para que puedan ejercer sus derechos: decidir



conocer a su hijo/a, conocer las causas del fallecimiento en caso que puedan detectarse, darle información respecto de alternativas de intervenciones médicas, se les ofrece tratamientos para apoyar su salud mental perinatal, inhibición de la lactancia, etc.

Por otra parte, el Hospital Materno Infantil Ana Goitia cuenta con hospitales de día para prevenir complicaciones durante el parto o posparto y entre ellos se destaca el hospital de amenaza de parto pretérmino donde se trabaja muy fuertemente la prevención y se genera un vínculo muy potente entre las pacientes y el equipo de trabajadores del Materno para acompañarlas ante posibles situaciones dolorosas. Esta modalidad de abordaje se realiza para compensar, aunque sea parcialmente, la escasa conciencia social respecto a estas pérdidas, en especial las gestacionales, que promueven actitudes de evitación insanas frente al dolor y que no sólo anticipan posibles duelos patológicos, sino que también potenciarán en la mujer la probabilidad de depresión puerperal.

Es difícil establecer un modelo de comportamiento uniforme pero los estudios afirman la importancia de comprender la singularidad de las personas gestantes y su familia a la hora de ayudarlos a enfrentarse a una pérdida perinatal, y de involucrarlos/as en la toma de decisiones sobre los procedimientos a adoptar.

Regular las acciones medico asistenciales frente a la muerte perinatal es de suma importancia para que el Estado brinde la protección necesaria en el resguardo físico y emocional de los/as afectados/as.

El presente proyecto propone el abordaje, una vez acaecido el deceso perinatal, frente a diferentes situaciones de vulneración de derechos, a la intimidad, a la información y la toma de decisiones, a la salud reproductiva, etc.

Es decir, no se trata solo de la violencia sufrida por las mujeres y personas gestantes en el momento que reciben la trágica noticia, sino que se trata de un conjunto de situaciones que van desde la internación en un lugar que se corresponda con su pérdida, hasta la posibilidad de dar sepultura al cuerpo sin vida, pasando por el acompañamiento por profesionales especializados durante

el proceso y demás cuestiones que hacen a la concientización y difusión de los factores de riesgo de la muerte perinatal.

Desde el campo de la psicología perinatal se sostiene la importancia, basada en la evidencia empírica, de las interacciones y el cuidado en los procesos de atención de la salud sexual y reproductiva en mujeres y personas gestantes durante la preconcepción, gestación, parto, postparto y puerperio ya que condicionan e influyen en su vulnerabilidad psíquica y en relación con procesos de salud mental. Con el acto del nacimiento se presenta la necesidad de una matriz de apoyo y seguridad emocional para la persona gestante y su entorno, la cual queda configurada en primera instancia por el equipo de salud y familiares cercanos.

Por lo tanto, a la hora de comenzar a recorrer el camino de un duelo saludable es necesario brindar herramientas útiles a las/os profesionales involucrados en la atención a mujeres, personas gestantes y demás familiares, que pueda ser adaptado a la singularidad de cada caso y centrando su atención en ellos, ya que están normalmente asustadas/os y confusas/os ante el proceso médico-familiar-personal que tendrán que atravesar y cuáles son las posibles opciones. Asimismo, esta incitativa garantizará que se reciba la atención profesional integral, técnica y humanizada, que acompañe a elaborar el duelo de manera normal. También permitirá, sobre todo a las mujeres y personas gestantes, su autonomía, esto es, el derecho a optar y participar sobre las decisiones de su salud sexual y reproductiva tanto en el plano físico como psicológico.

La muerte perinatal es la tragedia personal y profesional más difícil de afrontar en la práctica obstétrica y neonatológica diaria, por ende, resulta necesario hacer visible la problemática de la muerte perinatal estableciendo procedimientos médico-asistenciales específicos que les otorguen a las mujeres y personas gestantes, y a su entorno, la protección jurídica necesaria a través del acceso a la información de las acciones terapéuticas, una adecuada contención y protección y un trato digno.

Por último, cabe destacar que en línea con la presente propuesta legislativa, ya en el año 2016, el Defensor del Pueblo de la Nación (Resolución 0007/2016) exhortaba a adoptar las medidas necesarias para implementar las recomendaciones sugeridas por la CONSAVIG y la Superintendencia de Servicios de Salud a los efectos de optimizar la atención de las mujeres que atraviesan la muerte gestacional.

Por las razones expuestas, solicito a mis pares me acompañan con la aprobación del presente proyecto.

***Cristina Álvarez Rodríguez***

***Pablo Yedlin***

***Paula Penacca***

***Florencia Lampreabe***

***Mónica Macha***

***Paola Vessvessian***

***Mara Brawer***

***Jimena López***

***Verónica Caliva***

***María Rosa Martínez***

***Romina Uhrig***

***Claudia Ormachea***

***Gabriela Estévez***