

OBLIGACIONES DERIVADAS DEL PRINCIPIO DE RESPETO A LA DIGNIDAD EN EL ÁMBITO DE LA PÉRDIDA PERINATAL¹

Obligacions derivades del principi de respecte a la dignitat en l'àmbit de la pèrdua perinatal

Duties under the Principle of Respect for Dignity in the Context of Perinatal Loss

Margarita Boladeras Cucurella¹

Correo electrónico: boladeras@ub.edu

1. Catedrática emérita de Filosofía Moral y Política de la Universidad de Barcelona.
(Barcelona, España).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9216-201X>

Recibido: 29/04/2024

Aceptado: 13/05/2024

Publicado: 31/05/2024

¹Este trabajo se inscribe en el marco del proyecto de Investigación «PID2022-140179OB-I00, Vivencias de mujeres y profesionales sanitarios en la pérdida perinatal e interrupción del embarazo: vulnerabilidad, violencia obstétrica y toma de decisiones», financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Se presentó como conferencia en el workshop «La vulnerabilidad en el contexto de la atención sanitaria a la pérdida perinatal: marco conceptual y ético», organizado por dicho proyecto el 1 de marzo de 2024, en la Facultad de Enfermería del Campus de Bellvitge de la Universidad de Barcelona.



RESUMEN

Esta investigación presenta un análisis conceptual del término «dignidad», especialmente en su aplicación en el contexto de los problemas derivados de la pérdida perinatal, en el que ha de ser una guía moral de las prácticas necesarias para abordarlos. Estas prácticas pueden ser también reguladas por leyes y por guías de orientación profesional, por lo que se presentan y analizan tres leyes en vigor en Argentina, Chile y Colombia, así como tres guías españolas de actuación profesional para estos casos. En base a todo ello se proponen algunas conclusiones. **OBJETIVOS.** Determinar las obligaciones morales que se derivan del principio de respeto a la dignidad humana en el ámbito de la práctica profesional de las pérdidas perinatales. Mostrar la relación que existe entre los conceptos de dignidad, autonomía, integridad (física y moral) e inviolabilidad. Analizar y dar a conocer las obligaciones legales establecidas en algunos países. Informar sobre algunas guías de prácticas profesionales existentes en España sobre esta materia. **MATERIAL Y MÉTODO.** Búsqueda bibliográfica, análisis y hermenéutica de textos filosóficos, legales y deontológico-profesionales relativos a los problemas relacionados con la pérdida perinatal. **CONCLUSIONES.** Orientaciones sobre las mejores formas de actuación profesional en las situaciones de pérdida perinatal.

Palabras clave: pérdida perinatal, principio de dignidad, el cuidado de las pérdidas perinatales, legislación sobre las pérdidas perinatales.

RESUM

Aquesta recerca presenta una anàlisi conceptual del terme «dignitat», especialment en la seva aplicació en el context dels problemes derivats de la pèrdua perinatal, en el qual ha de ser una guia moral de les pràctiques necessàries per a abordar-los. Aquestes pràctiques poden ser també regulades per lleis i per guies d'orientació professional, per la qual cosa es presenten i analitzen tres lleis en vigor a l'Argentina, Xile i Colòmbia, així com tres guies espanyoles d'actuació professional per a aquests casos. Sobre la base de tot això es proposen algunes conclusions. **OBJECTIUS.** Determinar les obligacions morals que es deriven del principi de respecte a la dignitat humana en l'àmbit de la pràctica professional de les pèrdues perinatals. Mostrar la relació que existeix entre els conceptes de dignitat, autonomia, integritat (física i moral) i inviolabilitat. Analitzar i donar a conèixer les obligacions legals establertes en alguns països. Informar sobre algunes guies de pràctiques professionals existents a Espanya sobre aquesta matèria. **MATERIAL I MÈTODE.** Cerca bibliogràfica, anàlisi i hermenèutica de textos filosòfics, legals i deontològic-professionals relatius als problemes relacionats amb la pèrdua perinatal. **CONCLUSIONS.** Orientacions sobre les millors formes d'actuació professional en les situacions de pèrdua perinatal.

Paraules clau: pèrdua perinatal, principi de dignitat, la cura de les pèrdues perinatals, legislació sobre les pèrdues perinatals.

ABSTRACT

This research presents a conceptual analysis of the term «dignity», especially in its application in the context of perinatal loss issues, where it must be a moral guide for the necessary practices to address the problem. These practices can also be regulated by laws and professional guidance, so three laws in force in Argentina, Chile, and Colombia, as well as three Spanish professional action guides for these cases, are presented and analyzed. Based on all this, some conclusions are proposed. **OBJECTIVES.** Determine the moral obligations that arise from the principle of respect for human dignity in the field of professional practice of perinatal loss. Show the relationship that exists between the concepts of dignity, autonomy, integrity (physical and moral) and inviolability. Analyze and disclose the legal obligations established in some countries. Make known some existing professional practice guides in Spain on this subject. **MATERIAL AND METHOD.** Bibliographic search, analysis and hermeneutics of philosophical, legal, and professional deontological texts related to issues to perinatal loss. **CONCLUSIONS.** Guidelines on the best ways of professional action in situations of perinatal loss.

Keywords: Perinatal Loss, Principle of Dignity, Perinatal Loss Care, Legislation on Perinatal Loss.

INTRODUCCIÓN

Hablar de dignidad es difícil y puede presagiar consideraciones tediosas porque es una expresión «gastada» por usos contradictorios y muy sesgados ideológicamente. Fukuyama ya escribió hace años que «la dignidad es uno de esos conceptos que les gusta usar a los políticos en cualquier ocasión, pero que casi nadie define o explica». Ha habido un gran debate sobre si el principio de dignidad es realmente útil o puede substituirse por el de autonomía, como piensan autores como Macklin (2003, pp. 1419-1420), Pinker (2008, pp. 28-31), Mosterín (2006) o Wolf (2020, pp. 334-348). Aquí no entraré en esta discusión sobre la que ya escribí en mi texto «La dignidad humana y los primeros estadios de la vida» (2010) y que también Manuel Atienza ha expuesto en su libro de 2022 sobre la dignidad.

No podemos prescindir del concepto de dignidad porque es un concepto normativo básico vinculado a la personalidad, al ser físico y moral de toda persona, que implica un amplio abanico de derechos y deberes de primer orden. La mayoría de constituciones nacionales europeas empiezan hablando del principio de dignidad o del respeto a la dignidad de las personas. Según la *Constitución Española* de 1978 la dignidad humana es el «fundamento del orden político y de la paz social». Como otros muchos autores, Eusebio Fernández García, filósofo del derecho y especialista en derechos humanos, sitúa la dignidad en la base de los derechos fundamentales:

los valores y exigencias morales y racionales que fundamentan éticamente los derechos humanos giran en torno a la idea de dignidad humana, la idea básica y condición *sine qua non* para hablar de derechos fundamentales. Además de la idea de dignidad humana derivan unos valores que han de fundamentar los distintos derechos humanos. Estos valores son la seguridad-autonomía, la libertad y la igualdad. (Fernández García, 2001)

En otras palabras, el derecho a la dignidad está intrínsecamente relacionado con los derechos a la integridad física y moral, la inviolabilidad, la autonomía (libertad) y la igualdad.²

² En las declaraciones internacionales encontramos siempre la petición de principio del respeto a la dignidad de la persona; así ocurre en la *Declaración Universal de Derechos Humanos* de 1948 (ONU), como en la *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos* (1997), o en la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (2005), *Convenio de Oviedo* (1997 y *Protocolo adicional* de 1998). En el preámbulo de la primera se afirma la «dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana», y más adelante: «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y

Merece la pena reseñar que en ninguna de las declaraciones de principios internacionales encontramos una definición de «dignidad». El principio de respeto a la dignidad de todo ser humano es un compromiso aceptado por todos los países miembros de la ONU, aunque cada uno de ellos pueda interpretarlo según los valores predominantes en cada cultura. Con todo, tanto la *Declaración Universal de Derechos Humanos* como las otras declaraciones de la ONU/UNESCO establecen con claridad que el horizonte de sentido debe ser coherente con el respeto a todos los derechos humanos fundamentales. Cada cultura desarrolla valores y formas de estima y de autoestima (y de desprecio y autocensura), de los que brotan el sentimiento y la comprensión de la dignidad personal de cada individuo. Hay que decir incluso que cada persona, según el contexto social en el que vive, su trayectoria vital, su subjetividad y su comprensión del mundo y de la espiritualidad, desarrolla su propio sentido de dignidad personal. Lo importante es que todos y cada uno respeten el sentido de dignidad de los demás, en una comprensión vinculada a todos los derechos humanos. Es un principio ético fundamental sin la práctica del cual es imposible la convivencia ciudadana y el desarrollo de las instituciones democráticas.

El día a día de los profesionales de la salud, de los investigadores científicos, de los gerentes y asesores de los centros de salud, de los legisladores y de los políticos responsables de dichos sectores tiene que ver con cuestiones relativas al reconocimiento de los derechos y deberes de las personas en este sentido. La legislación debe ser coherente con los principios fundamentales, así como también debe serlo aquello que se considera buena praxis y los protocolos que orientan las prácticas concretas de los profesionales.

derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros» (artículo 1). En la *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (UNESCO) (Artículo 2), se afirma: «Los objetivos de la presente Declaración son: [...] c) promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos», y en el Artículo 3: «1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales».

El *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respeto de las Aplicaciones de la Biología y la Medicina* (Convenio de Oviedo, 1997) de la Unión Europea explicita (Preámbulo): «Convencidos de la necesidad de respetar al ser humano a la vez como persona y como perteneciente a la especie humana y reconociendo la importancia de garantizar su dignidad; conscientes de las acciones que podrían poner en peligro la dignidad humana mediante una práctica inadecuada de la biología y la medicina; [...]».

A pesar de todas las normativas establecidas, es frecuente que se produzcan acciones lesivas de los derechos fundamentales de las personas. En algunos casos puede haber dificultades específicas difíciles de resolver, pero eso no es así en la mayoría de los casos. Malos hábitos de algunas personas, protocolos desfasados, desatención a lo que se está haciendo, estados emocionales poco controlados, falta de formación... y un largo etcétera nos ponen ante unas situaciones que no deberían producirse de ninguna manera en el ámbito sanitario.

¿Podemos negar que se dan con cierta frecuencia escenas identificables con alguno de estos enunciados?

- El médico escucha distraídamente el relato del paciente porque no lo considera relevante.
- El médico habla con el acompañante de la enferma porque considera que esta no le entenderá (aunque no es sorda ni disminuida psíquica).
- Personal sanitario que trata a una señora mayor de «abuela» o con expresiones inapropiadas.
- Tratar a los niños como si no fueran inteligentes.
- Recetar una medicación o un tratamiento sin explicar en qué consiste y qué efectos se pueden esperar.
- Dejar de informar al paciente en tiempo y forma adecuados tras una intervención quirúrgica.
- Ignorar las quejas de dolor de un paciente durante demasiado tiempo.
- No informar al paciente o hacerlo de manera insuficiente.
- No dar lugar o entorpecer la toma de decisiones del paciente.
- No respetar las decisiones del paciente sin razones sólidas para no hacerlo.
- Manipular o instrumentalizar al paciente en beneficio del profesional sanitario.
- Proceder de manera ofensiva o con diversas formas de discriminación a causa del género, la etnia o la religión del paciente.
- Insultar o agredir al personal sanitario por impaciencia o por exigencias no atendidas porque no se pueden satisfacer.

- Difundir informaciones falsas sobre la conducta o la manera de ser de los sanitarios.

Podemos también referirnos más concretamente a los aspectos relacionados con nuestra área de investigación:

- Programar la asistencia al parto en función de los intereses de los sanitarios y no por las necesidades de la parturienta.
- Desatender las necesidades de la mujer que quiere interrumpir el embarazo.
- No atender las decisiones que la mujer ha dejado estipuladas en su plan de parto sin una justificación suficiente.
- No facilitar la toma de decisiones sobre el proceso de gestación y parto.
- No prestar la debida atención a la mujer que sufre una pérdida perinatal. Esto comprende un amplio abanico de acciones: cómo se dan las noticias, cómo se respeta el duelo, cómo se tratan los restos mortuorios, qué ayudas se ponen a disposición de los progenitores...

En estos ejemplos ya vemos que el trato que no respeta la dignidad de las mujeres en muchos casos tampoco respeta su autonomía ni su integridad física ni su situación emocional ni su vinculación con la pérdida. El respeto a la dignidad de la persona está íntimamente ligado al respeto y fomento de su autonomía, al cuidado de su integridad física y moral, a la protección de su inviolabilidad y a un trato justo.

Por ello en este trabajo se pretende determinar las obligaciones morales que se derivan del principio de respeto a la dignidad humana en el ámbito de la práctica profesional de las pérdidas perinatales, así como mostrar la relación que existe entre los conceptos de dignidad, autonomía, integridad (física y moral) e inviolabilidad.

Además se pretende analizar y dar a conocer las obligaciones legales establecidas en algunos países e informar sobre algunas guías de prácticas profesionales existentes en España sobre esta materia.

MATERIAL Y MÉTODO

Tras una amplia búsqueda bibliográfica, se ha procedido a la descripción y al análisis hermenéutico de textos filosóficos, legales y deontológico-profesionales relativos a los problemas relacionados con la pérdida perinatal.

1. EL SIGNIFICADO DE «DIGNIDAD». DIGNIDAD Y AUTONOMÍA

La palabra latina «*dignitas*» se refiere al valor personal, el mérito, la virtud, la consideración, condición social o rango (honor). También implica el respeto hacia uno mismo, la autoestima, y el respeto hacia el valor personal de los demás. Por ello tiene que ver con la identidad personal y el respeto a las diferentes maneras de ser de las personas.

Kant, en su *Metafísica de las costumbres*, afirma que «[...] el respeto que tengo por otros o que otro puede exigirme (*observantia aliis praestanda*) es el reconocimiento de una dignidad (*dignitas*) en otros hombres, es decir, el reconocimiento de un valor que carece de precio, de equivalente, por el que el objeto valorado (*aestimii*) pudiera intercambiarse. Despreciar consiste en juzgar que una cosa carece de valor» (Kant, 1989, p. 335). Se trata, pues, de un derecho y de un deber personal de todo ser humano como miembro de la humanidad; y esta misma «es una dignidad»: «Todo hombre tiene un legítimo derecho al respeto de sus semejantes y también él está obligado a lo mismo, recíprocamente, con respecto a cada uno de ellos. La humanidad misma es una dignidad; porque el hombre no puede ser utilizado únicamente como medio por ningún hombre (ni por otros, ni siquiera por sí mismo), sino siempre a la vez como fin, y en esto consiste precisamente su dignidad (la personalidad)» (Kant, 1989, p. 335-336).

Esto es ser moral, la moralidad del ser humano tiene ahí su fundamento. El deber de respetar la dignidad de toda persona proviene del sentido de pertenencia a una comunidad humana (Humanidad) que requiere para su existencia del respeto de todos y cada uno entre sí y de cada uno consigo mismo. Por eso son aspectos esenciales la autoestima (defensa de los valores propios y de la autonomía personal) i el reconocimiento del otro (respeto a la diversidad y a la igualdad de cada una de las personas).

Carlos Santiago Nino en su libro *Ética y derechos humanos* (1989)³ dedica un capítulo al principio de dignidad de la persona y considera que este principio «prescribe que los hombres deben ser tratados según sus decisiones, intenciones o manifestaciones de consentimiento» (Nino, 1989, p. 287), aunque sean contrarias o no se correspondan con las nuestras. Esta posible disparidad de criterios no puede ser motivo de discriminación o descalificación personal (que no se debe confundir con la discusión y la *discrepancia* respecto de planteamientos o prácticas que se consideran incorrectos). El

³ Este autor considera que los derechos morales fundamentales son el principio de autonomía de la persona, el principio de inviolabilidad de la persona y el principio de dignidad de la persona.

significado de dicha expresión muestra bien la relación de este principio con el de la autonomía: reconocer la dignidad de una persona consiste en respetar sus creencias y decisiones, sin intentar cambiarlos con coacciones o manipulaciones fraudulentas de su voluntad, y actuar de acuerdo con sus determinaciones en aquellas cuestiones que le conciernen; ello implica el respeto a su autonomía.

A la luz de esta definición del principio de dignidad podemos preguntarnos cómo define Nino el principio de autonomía. Escribe lo siguiente: el principio de autonomía de la persona «prescribe que siendo valiosa la libre elección individual de planes de vida y la adopción de ideales de excelencia humana, el Estado (y los demás individuos) no debe interferir en esa elección o adopción, limitándose a diseñar instituciones que faciliten la persecución individual de esos planes de vida y la satisfacción de los ideales de virtud que cada uno sustente e impidiendo la interferencia mutua en el curso de tal persecución» (Nino, 1989, p. 204).

Nino subraya las exigencias inherentes al principio de dignidad. «Nuestra dignidad como personas se ve menoscabada no sólo cuando nuestras decisiones son asimiladas, por ejemplo, a enfermedades, sino también cuando lo mismo ocurre con nuestras creencias y las opiniones que las expresan» (Nino, 1989, p. 289). Esta formulación trae inevitablemente el recuerdo de conocidas situaciones de desprecio o de represión hacia personas individuales o grupos, por su estilo de vida y sus formas de comprender el mundo. Por desgracia, podemos detectarlas en el pasado y en el presente, a veces en manifestaciones estridentes o brutales, otras veces de manera encubierta. Actualmente, las responsabilidades morales y penales vienen definidas y fundamentadas en los términos de respeto a la dignidad y autonomía de las personas, y en los límites que imponen las leyes democráticamente instituidas. Las conductas pueden transgredir las leyes, el individuo puede ser imputado de responsabilidades penales y puede ser castigado según establece la ley por haberlas realizado; pero todo ser humano debe ser respetado en su integridad física y moral, en su capacidad de rehacer su existencia y de modificar su proyección de futuro.

2. DIGNIDAD, INVOLABILIDAD E INTEGRIDAD

La Constitución Española de 1978 en su artículo 10 indica: «1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la

paz social.» Todos los seres humanos deben ser respetados en su dignidad, permitiendo el libre desarrollo de su personalidad en sus diversas facetas, y pueden reclamar cualquier violación de sus derechos. La inviolabilidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad alcanza cuestiones muy concretas como la inviolabilidad del domicilio, de la correspondencia, de la intimidad personal y familiar, etcétera (artículo 18 de la Constitución Española).

El artículo 15 de la Constitución explicita el derecho a la integridad física y moral. Es un derecho fundamental que tiene muchas y variadas implicaciones, de manera que el desglose de la posible conculcación de las obligaciones que comporta constituye un capítulo muy amplio. Para referirse a él se utilizan también las expresiones «integridad física y psicológica» o «integridad personal». Es evidente que si respetamos la dignidad de las personas no podemos maltratarlas física o moralmente y debemos actuar positivamente para propiciar su desarrollo, pero la determinación explícita del derecho de toda persona a no sufrir menoscabo o violencia por parte de nadie (ya sea el Estado o los individuos) refuerza la prohibición fundamental de las acciones involucradas en ello.

Tan necesario es insistir en esta cuestión, que son muchos los instrumentos jurídicos de protección existentes:

- Convención de Naciones Unidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (1984)
- Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura (1985)
- Convenio Europeo para la prevención de la tortura y de los tratos o penas inhumanos o degradantes (1987)
- Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (1997).
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2006)
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000 reformulada en 2007). En el artículo primero establece: «La dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida» y en el artículo tres encontramos referencias explícitas a cuestiones bioéticas: «Artículo 3 Derecho a la integridad de la persona: 1. Toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica. 2. En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular: a) el consentimiento libre e

informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas por la ley; b) la prohibición de las prácticas eugenésicas, en particular las que tienen como finalidad la selección de las personas; c) la prohibición de que el cuerpo humano o partes del mismo en cuanto tales se conviertan en objeto de lucro; d) la prohibición de la clonación reproductora de seres humanos.»

- Otras disposiciones de protección de la integridad y la inviolabilidad de las personas se encuentran en diversas Directivas de la UE.

Cabe destacar el reciente acuerdo entre el Consejo y el Parlamento Europeo para añadir nuevos tipos de explotación cubiertos por la normativa europea de la Directiva contra la trata: los negociadores del Consejo y del Parlamento Europeo acordaron el 23 de enero de 2024 mencionar explícitamente en esta directiva que la explotación de la gestación subrogada, el matrimonio forzado y la adopción ilegal son tipos de explotación que entran dentro del ámbito de la definición de trata. La trata para la explotación de la gestación subrogada, que consiste en que una mujer acepta dar a luz a un niño en nombre de otra persona o pareja para convertirse en padre o madre del niño después del nacimiento, se centrará en quienes coaccionen o engañen a las mujeres para que actúen como madres sustitutas. Como ocurre en la directiva actual, los nuevos tipos de explotación serán castigados con una pena máxima de cinco años de prisión, o de al menos diez años de prisión en caso de explotación agravada. El presente acuerdo provisional se presentará a los representantes de los Estados miembros en el Consejo (Coreper) para su confirmación. También tendrá que ser adoptado formalmente por ambas instituciones (Fernández Rozas, 2024).

3. DIGNIDAD: RECONOCIMIENTO DEL OTRO

En noviembre de 1998 se celebraron en Barcelona, en la sede del Instituto Borja de Bioética de Sant Cugat del Vallés, unas Jornadas de debate sobre «Principios Éticos Básicos y Bioderecho», en la que participaron 17 investigadores de 14 países europeos, que habían trabajado asociados en un proyecto del Consejo de Europa sobre investigación bioética.⁴ Además de las distintas ponencias que dieron lugar a un libro sobre *Autonomía*,

⁴ Los participantes españoles explican su aportación específica de este modo: «El Instituto Borja y la Universidad de Comillas nos habíamos comprometido a aportar dimensiones prácticas del respeto a las personas con autonomía limitada o inexistente, tratando las áreas de la discapacidad mental, de la enfermedad mental y de los recién nacidos muy prematuros o con patología severa. En concreto, hemos

dignidad, integridad y vulnerabilidad (VV. AA., 2000), se llevó a cabo la llamada «Declaración de Barcelona». En ella se presenta la articulación de los principios éticos de la autonomía, la dignidad, la integridad y la vulnerabilidad; la integridad se reivindica en los términos siguientes:

Integridad. El respeto inmanente a nuestra cultura de los derechos humanos hace de la integridad la condición de la expresión de una vida digna, en su dimensión mental y física, sin que esta se encuentre sometida a una intervención exterior. Así, el respeto a la integridad es un respeto al derecho subjetivo y en particular de la percepción singular que tiene cada paciente de su enfermedad y de la pertinencia de los cuidados que se le proponen, siendo el único juez de su «calidad de vida» y de la eventual retirada del tratamiento terapéutico. La integridad se refiere a la coherencia de la vida de seres a quienes se reconoce una dignidad irreductible a la que no se puede lesionar ni menoscabar. Cuando consideramos a las personas humanas, debemos referirnos al conjunto de su vida guardada en la memoria y narrada. Es a la biografía de una persona tal como ella se ha integrado o se integrará en el cuerpo social a la que debemos referirnos y no solo al tiempo de la enfermedad (VV. AA., 2000, p. 406.)

Se conculca el derecho a la integridad cuando se produce daño, sufrimiento o padecimiento físico o psicológico, o cualquier menoscabo moral que agrede a la persona en algún sentido. Algunos bioeticistas participantes en las Jornadas, como Jacob Dahl Rendtorff, Peter Kemp, Francesc Abel y Núria Terribas, hacen hincapié en el respeto a las experiencias y narrativas del propio sujeto, en su forma de concebirse y de expresar sus vivencias. Su historia de vida debe tratarse con mucho respeto, sin simplificaciones estereotipadas ni sesgos distorsionantes. Los historiales médicos pueden ser un instrumento de menoscabo moral.

El filósofo Paul Ricoeur también ha desarrollado ampliamente la idea de que «un hombre, un ser humano, es su propia historia. [...] la gestión de la propia vida, como la historia susceptible de coherencia narrativa, representa una competencia de alto nivel que

aportado ejemplos de que la discapacidad mental es compatible con la posibilidad de trabajar dignamente; de que los enfermos mentales tienen que poder ejercer su autonomía limitada y hemos presentado la Carta de los Derechos y Deberes de los Enfermos Mentales, redactada con la colaboración de los propios enfermos —en la medida de lo posible— y con sus familias, aprobada por el Comité de Ética Asistencial, Hospital Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental. Finalmente, en el campo de la neonatología se han presentado ejemplos de los difíciles equilibrios que hay que hacer para determinar desde el diálogo con los padres, lo que más conviene al niño con un pronóstico incierto en cuanto a supervivencia o en relación a complicaciones neurológicas severas. Aunque muchas de las discusiones fueron, a menudo, muy teóricas, se intentó consensuar las aplicaciones prácticas de los principios, y formular unas recomendaciones que puedan servir de fundamentación para una posible legislación europea» («Jornadas Europeas de Bioética en Sant Cugat», revista *Bioètica & Debat*, 1999, Vol. 5, Núm. 15, p. 2).

debe ser considerada como un componente fundamental de la autonomía del sujeto de derecho» (2008, p. 77). Asimismo, recoge ideas de Axel Honneth y Charles Taylor sobre la importancia decisiva del reconocimiento para el desarrollo de las personas. De Taylor destaca que el reconocimiento o no reconocimiento de los otros respecto de la situación de una persona afecta y tiene consecuencias para su identidad: «nuestra identidad se moldea en parte por el reconocimiento o por su ausencia, o también por la mala percepción que de ella tienen los demás» (Ricoeur, 2008, p. 271). Cualquier trato contrario o indiferente al reconocimiento es un desprecio al ser de la persona, que causa daño porque ataca a su dignidad.

Este reconocimiento del ser del otro en esta dimensión de historia de vida, de respeto a una situación presente que viene de lejos con experiencias y características propias, es fundamental en el ámbito general de la medicina y, muy especialmente, en el campo de trabajo de la muerte perinatal. Porque la situación tan paradójica de querer concebir la vida, amar a un ser que vive en ti y que, de repente, es algo muerto, supone una experiencia radicalmente antihumana que requiere un trato muy especial. No se trata de un acontecer puntual de carácter meramente biológico, sino la ruptura brutal de un proyecto de vida de varias personas, el fin de una historia que daba un nuevo sentido a la vida.

El reconocimiento de esta situación, la atención al dolor de los afectados y el cuidado de todo lo que tiene que ver con la pérdida son imprescindibles en el acompañamiento de estas personas, para hacer efectivo el respeto debido a su dignidad.

4. PROPUESTAS DE ATENCIÓN ESPECÍFICA

En España, la nueva *Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* encontramos una disposición para los casos de muerte perinatal:

Art. 7 bis: g) La provisión de asistencia, apoyo emocional y acompañamiento de la salud mental a las mujeres que lo requieran durante el postparto o en el caso de muerte perinatal.

Este texto tan escueto contrasta con las leyes específicas que se han promulgado en otros países como Argentina, Chile y Colombia. Sí podemos añadir una referencia interesante que se encuentra en el régimen de prestaciones de la Seguridad Social española: el *Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, que regula las prestaciones*

económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y durante la lactancia natural establece que las gestantes con defunción del hijo después de la permanencia en el seno materno al menos durante 180 días pueden solicitar la prestación por nacimiento y cuidado del menor en todos los supuestos, haya nacido con vida o no; el tiempo para la prestación por nacimiento y cuidado del menor será de 16 semanas, excepto en un parto múltiple en el que será de 18 semanas, independientemente del número de fallecidos.

En Argentina se aprobó en 2023 la *Ley de procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal* (publicada en el Boletín Nacional del 12 de octubre de 2023). Se detalla el conjunto de cuidados que deben desplegarse en estas situaciones como derechos de las gestantes:

Artículo 5º- Las mujeres y otras personas gestantes, frente a la situación de muerte perinatal, tienen los siguientes derechos:

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;

A un trato respetuoso, individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso y tenga en consideración sus pautas culturales;

A tomar contacto con el cuerpo sin vida, durante el tiempo que la madre demande en acuerdo con el equipo que la asiste, teniendo la opción de hacerlo acompañadas por un/a psicólogo/a;

A designar un/a acompañante en cualquier momento del proceso, y deberá ser respetada la decisión de no ser acompañadas;

A tomar conocimiento fehaciente de las causas que originaron el deceso, si se las conociese, y a solicitar la realización de la autopsia y/o estudio anatomopatológico del cuerpo y/o asesoramiento genético en caso que lo requieran;

A ser internadas en un servicio que garantice un espacio individualizado y adecuado para la persona y su entorno familiar y/o afectivo;

A recibir información sobre lactancia, métodos de inhibición y/o donación de esta;

A recibir tratamientos médicos y psicológicos postinternación 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;

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.

Esta ley establece asimismo que los profesionales sanitarios deberán disponer de los medios necesarios para llevar a cabo su labor y que se les proporcionará la formación adecuada a las exigencias de la misma. También indica que hay que fomentar la inclusión de la temática de muerte perinatal en los currícula de la educación superior vinculados a salud, tanto en las carreras de grado como de posgrado.

En el caso de Chile, la legislación es anterior, de septiembre de 2021, *Ley 21371, que establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal*, para lo cual modifica la *Ley 20584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*. Los profesionales sanitarios deberán

Realizar acciones concretas de contención, empatía y respeto por el duelo de cada madre, u otra persona gestante, que hayan sufrido la muerte gestacional o perinatal, así como también para el padre o aquella persona significativa que la acompañe. El Ministerio de Salud dictará una norma técnica que establecerá los mecanismos o acciones concretas que deberán realizar los establecimientos de salud para resguardar este derecho.

También modifica el artículo 66 del *Código de Trabajo* de la siguiente manera:

Artículo 66.- En caso de muerte de un hijo, todo trabajador tendrá derecho a diez días corridos de permiso pagado. En caso de la muerte del cónyuge o conviviente civil, todo trabajador tendrá derecho a un permiso similar, por siete días corridos. En ambos casos, este permiso será adicional al feriado anual, independientemente del tiempo de servicio.

Igual permiso se aplicará, por siete días hábiles, en el caso de muerte de un hijo en período de gestación, y por tres días hábiles, en caso de la muerte del padre o de la madre del trabajador.

Al año siguiente se publicó la *Norma General Técnica y Administrativa* que había anunciado la ley, un documento de 74 páginas, que aborda ampliamente todos los aspectos relevantes de este tema, gracias a la colaboración de muchos especialistas de distintas materias. En la presentación de esta norma podemos leer que la ley fue promovida por la indignación que suscitó el caso de una mujer que tuvo dos muertes fetales y que se sintió maltratada en ambos casos por el sistema sanitario. Aracelly Brito sufrió la muerte de su hijo Julián a las nueve semanas de gestación en 2019 y al año

siguiente tuvo que enfrentarse a la muerte de su hija Dominga a las 36 semanas de embarazo. Aracelly declaró haber sufrido un trato deshumanizado en ambas experiencias, sintiéndose vulnerada e invisibilizada por el sistema de salud.

Los objetivos específicos explicitados en la Norma son:

- **Describir el marco conceptual básico** requerido para la implementación del acompañamiento integral al duelo gestacional o perinatal en establecimientos de salud.
- **Sensibilizar a los prestadores** respecto a la relevancia del acompañamiento integral del duelo gestacional y perinatal.
- **Establecer lineamientos técnicos para la implementación de protocolos locales** que permitan implementar medidas de contención, empatía y respeto por el duelo de las personas que se enfrentan a una muerte gestacional o perinatal.
- **Fortalecer las acciones de seguimiento** y derivación para la atención integral de las familias que viven duelo gestacional o perinatal.
- **Definir criterios básicos sobre autocuidado de los equipos de salud** que acompañan a las familias que viven el duelo gestacional o perinatal.
- Establecer lineamientos técnicos y administrativos básicos para la capacitación de equipos de salud en el marco de la atención integral al duelo gestacional y perinatal.
- Establecer lineamientos administrativos e indicadores que faciliten el **proceso de supervisión y fiscalización del cumplimiento** de la *Ley 21.371* en los establecimientos de salud.

El documento hace hincapié en la necesidad de que todos los equipos que han de intervenir en estos casos respondan a las exigencias de respeto y de cuidado integral que requieren los afectados. Y esto no se improvisa ni depende solo de la responsabilidad individual de los profesionales, sino que hay que incentivarlos, darles la formación adecuada, proporcionarles medios materiales y organizativos, así como el apoyo institucional a todos los niveles. Y muy importante: el Estado debe revisar el proceso de implementación de la norma y detectar las necesidades.

Esta respuesta colectiva es necesaria porque el respeto y el reconocimiento de una persona individual hacia los padres que sufren la pérdida, aun siendo muy importante, no evita la herida física y moral que puede provocar el quehacer irresponsable de otros sanitarios del entorno. Las instituciones deben velar por que ella sea posible, ya que forma parte de sus obligaciones implantar las condiciones necesarias para que se cumplan los mandatos constitucionales y los principios morales más fundamentales.

En Colombia el congreso aprobó la *Ley 2244 de 2022* (11 de julio), «por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones», o «ley de parto digno, respetado y humanizado», en la que ya se tiene en cuenta el duelo gestacional y perinatal, como se indica en el artículo 4 punto 3. En el artículo 8 se establece que se «deberá promover la formación y actualización de los actores del sistema de la salud» y «un plan estratégico de divulgación», así como (en el artículo 11) reconocer y respetar el pluralismo cultural relacionado con las mujeres y los recién nacidos, garantizando con evidencia científica su vida, dignidad, integridad y salud, antes, durante y después del parto. Al año siguiente se avanzó un paso más aprobando una ley específica para los casos de duelo gestacional o perinatal: la *Ley 2310 de 2023* (2 de agosto) «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 por pérdida gestacional o perinatal, y se dictan otras disposiciones («ley de brazos vacíos»). Se obliga a lo siguiente:

- **Atención integral** del duelo por pérdida gestacional o perinatal centrada en la persona y en la garantía del derecho fundamental a la salud.
- **Atención digna.** Ninguna mujer o persona gestante y/o familia afrontando duelo por pérdida gestacional o perinatal podrá ser objeto de violencia psicológica o física durante la atención hospitalaria.
- **Prevalencia de la autonomía** de la mujer o persona gestante. El talento humano en salud, así como las instituciones públicas, privadas y mixtas del sistema de salud y/o quien haga sus veces y demás intervinientes en la atención materno perinatal, deberán atender siempre la voluntad de la mujer o persona gestante en lo referente a sus derechos frente a la atención del duelo perinatal en todas sus etapas.
- **Información.** La mujer, persona gestante y/o familia que se encuentra afrontando duelo por pérdida gestacional o perinatal, tiene derecho a recibir información veraz, comprensible, oportuna, suficiente, adecuada y basada en evidencia, así como apoyo idóneo e integral en el duelo, durante toda la atención hospitalaria, incluido lo referente al proceso de lactancia en duelo; creación o recolección de recuerdos físicos; información sobre la autopsia o estudio de patología; en ningún caso de duelo perinatal o gestacional se hablará a la madre o familiar del nasciturus muerto como un objeto o desecho biológico; información sobre los aspectos legales, reglamentarios y sanitarios, los requisitos y el procedimiento para solicitar el cuerpo o los restos gestacionales derivados de la pérdida gestacional o perinatal, o pérdida embrionaria, fetal, cuando así lo requiera la mujer o persona gestante. Así mismo, tendrá derecho a que le sea entregado el cuerpo o los restos del nasciturus, para sus honras fúnebres.
- **No divulgación o privacidad.**

- **Respeto a la diversidad y no discriminación.** [...] en virtud de esta disposición se deberán respetar los derechos de las personas con identidad diversa, como las personas trans o personas no binarias. En caso de que la familia requiera atención para el duelo por pérdida gestacional o perinatal, se respetarán los mismos derechos.
- **Promoción y cuidado de la salud mental.**
- **Calidad e idoneidad profesional.** En los casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal los servicios de salud deberán estar centrados en la mujer, persona gestante y/o familia, 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 por pérdida gestacional o 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.
- **Emitir las directrices correspondientes** y realizar el seguimiento, vigilancia y control a las principales causas de pérdidas gestacionales o perinatales, en el país.

La ley estipula un plazo de 6 meses para realizar el Lineamiento Técnico que ha de concretar los procedimientos necesarios para desarrollar todas las actuaciones profesionales requeridas por la ley. El Ministerio de Salud y Protección Social tiene la obligación de promover la capacitación de todos los profesionales que intervienen en estas situaciones, así como de introducir los contenidos necesarios en los currícula de pregrados y postgrados en las carreras del sector de la salud.

En España se han elaborado algunas guías de actuación para los casos de muerte perinatal. Me referiré a tres de ellas, la *Guía de asistencia en la muerte perinatal de la sociedad Española de Ginecología y Obstetricia* (2021), la *Guía de atención al duelo gestacional y perinatal* de Asturias (2022) y la *Guia d'acompanyament en el dol perinatal* del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya (2016-1ª ed., 2019-2ª ampliada). Esta guía catalana tiene un carácter eminentemente didáctico y se dirige a las usuarias y a todas las personas involucradas en la atención a la muerte perinatal. La segunda edición tiene 44 páginas. El siguiente esquema puede dar una idea de su contenido:

Diagnóstico obstétrico desfavorable: ámbito hospitalario y ambulatorio	Comunicación con la pareja
Cómo comunicar la noticia	El duelo y los otros hijos
Decisión de interrumpir el embarazo	Volver a ser padres
Cuidados paliativos perinatales	Trámites funerarios y gestiones administrativas
Postparto. Necropsia. Lactancia. Recuperación	Aspectos laborales (referencia al Real Decreto 295/2009)
La vuelta a casa. Aspectos emocionales	Grupos de duelo
Proceso de duelo y recuperación	

La *Guía de asistencia en la muerte perinatal de la sociedad Española de Ginecología y Obstetricia* se publicó en el año 2021. Se trata de un documento de 30 páginas de enfoque eminentemente clínico, aunque dedica varios apartados a las buenas prácticas y conducta del personal sanitario. En él encontramos un amplio recorrido por todos los aspectos relevantes del tema: los estudios, análisis y prácticas que deben realizarse en las distintas fases del embarazo, pérdida y pospérdida. Con relación a las buenas prácticas del personal sanitario encontramos los siguientes esquemas (Tablas VI, VII y VIII del texto citado):

Tabla VI. Comunicación del diagnóstico de pérdida fetal.

	Buenas prácticas del personal sanitario al ingreso
Entorno	Comunicación de la noticia por el médico con mayor experiencia de la unidad en ese momento. Conveniente tener entrenamiento en comunicación de malas noticias. La paciente debe estar acompañada por su pareja o un familiar. Área tranquila con privacidad.
Comunicación del diagnóstico	No retrasar la comunicación de la muerte. Dirigirnos a la pareja como padres. Lenguaje claro y empático, sin tecnicismos. Mostrar nuestro pesar. Ser comprensibles con las posibles reacciones. Resolver sus dudas.
Cuidados	Ofrecerles seguridad en sus cuidados. Hacerles participar en la toma de decisiones. Momento de finalización de embarazo en ausencia de complicaciones. Dar la opción de permanecer en el hospital para inducir el parto, o irse a casa para descansar y volver en un plazo de tiempo. Informar de las investigaciones a realizar para el estudio etiológico de la muerte.

Tabla VII. Comunicación durante el proceso asistencial

	Buenas prácticas del personal sanitario
Comunicación	Lenguaje claro y sencillo. Ofrecer información oral y escrita. Confirmar que han comprendido la información. Respetar los silencios. Aclarar las dudas. Dar información gradualmente.
Qué decir	Lo siento mucho. Me gustaría que las cosas hubieran sido de otra manera. ¿Tienen alguna pregunta? Podemos hablar de nuevo después.
Evitar decir	Es mejor de esta manera. Podría haber sido peor si... El tiempo lo cura todo. Eres aún joven. En nada estás de nuevo embarazada. Tendréis más hijos. Al menos tenéis ya un hijo.
Aconsejable	Utilizar lenguaje respetuoso al referirnos a su hijo. Responder a las preguntas honestamente. Permitir que la pareja exprese sus emociones. Escuchar a los padres y hablar sobre su hijo.
Evitar	Referirnos a su hijo como «feto». Minimizar la pérdida. Utilizar términos médicos de difícil comprensión. Discutir con la pareja.

Tabla VIII. Buenas prácticas del personal sanitario durante parto y puerperio

	Buenas prácticas del personal sanitario
Inducción	Habitación individual, alejada de zonas de monitorización fetal. Seguimiento por el mismo equipo. Acompañamiento por la persona que desee la madre. Informar de la importancia de la autopsia (si no ha sido posible antes). Evitar la sedación. Ofrecer apoyo por psicología durante todo el ingreso.
Posparto inmediato	Favorecer el contacto con su hijo. Si así lo desean, ayudarles en el proceso. Ser respetuoso con el cuerpo. Facilitar objetos de recuerdo si quieren los padres. Permitir realización de fotografías. Personal familiarizado en la documentación a rellenar.
Puerperio	Habitación individual en zona tranquila. Respetar creencias y ritos. Cancelar resto de visitas programadas de la gestación. Explicar seguimiento posterior. Resolver dudas. Comunicación con enfermera de enlace. Ofrecer seguimiento por psicología tras el alta.

El documento también dedica dos apartados al apoyo emocional de los padres y al apoyo emocional de los profesionales sanitarios.

Finalmente, la *Guía de atención al duelo gestacional y perinatal* de Asturias (2022), la más reciente, es también la más extensa (104 páginas) y la de contenido más completo. Me han llamado la atención los esquemas siguientes, que pueden ser muy útiles (Tablas 2, 3 y 4 del texto citado):

Tabla 2. Factores de riesgo de desarrollo de duelo complicado

Relacionales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de otro hijo/a, pareja, padre o madre en edad temprana y/o hermano en la adolescencia. 2. Adaptación complicada al cambio de rol. 3. Relación de pareja conflictiva. 4. Sentimientos ambivalentes o de rechazo hacia el embarazo/bebé.
Circunstanciales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Juventud del fallecido (vulnerabilidad perinatal). 2. Pérdida súbita, inesperada, accidental, homicidio, incierta y/o múltiple. 3. Duración de la enfermedad y de la agonía. 4. No recuperación del cadáver. Cadáver con aspecto dañado o deformado. Imposibilidad de ver el cuerpo. 5. Recuerdo doloroso del proceso: relaciones inadecuadas con personal sanitario, dificultades diagnósticas, mal control de síntomas u otros. 6. Muerte estigmatizada (*IVE especial riesgo).
Personales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad de la doliente. 2. Escasez de recursos para el manejo del estrés o expresar el dolor. 3. Problemas de salud física (ej. fertilidad) y/o mental previos. 4. Escasez de aficiones e intereses. 5. Duelos anteriores no resueltos. 6. Reacciones de rabia, desesperanza y culpabilidad muy intensas. 7. Valoración subjetiva de falta de recursos para hacer frente a la situación.
Contextuales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia o gran conflictividad en red de apoyo social/familiar. 2. Recursos socioeconómicos escasos. 3. Tener otros hijos (tener hijos pequeños es protector). 4. Otros factores estresantes: conflictividad laboral, proyecto vital interrumpido, etc. 5. Duelo poco reconocido o invalidado.

Fuente: Adaptado de Santos Redondo, Yañez Otero y Al-Adib Mendiri, 2015. *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Servicio Extremeño de Salud.

Tabla 3. Diferencias entre reacción de duelo normal y episodio depresivo

DIFERENCIAS ENTRE DUELO NORMAL Y EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	
Duelo	Depresión
Evocan tristeza y empatía	Evocan distancia, impaciencia o irritación
Preocupación por el hijo perdido	Aislamiento y autocompasión
Pena al ver bebés y embarazadas	Recuerdos desagradables sobre el embarazo
Crisis de llanto	Idealización del hijo muerto
Deseo de hablar de lo sucedido	Vergüenza y desvalorización
Autorreproche limitado al creer no haber hecho lo suficiente por su hijo	Sensación de haber fracasado como mujer
Ideas de suicidio no frecuentes	Ideas de suicidio frecuentes
Búsqueda de consuelo en otras personas	Abandono de relaciones sociales
Dolor por la pérdida	Desesperanza, desconuelo
Soledad y vacío	Culpabilidad total

Fuente: Santos Redondo, Yañez Otero y Al-Adib Mendiri (2015).

Tabla 4. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de trastorno de duelo complejo persistente

La persona ha experimentado la muerte de alguien con quien tenía una relación cercana	
Desde la muerte, alguno de los siguientes síntomas persiste más de 12 meses con una intensidad elevada:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Añoranza persistente. 2. Pena y malestar emocional intensos. 3. Preocupación por el fallecido. 4. Preocupación por las características de la muerte.
Desde la muerte, al menos seis síntomas persisten más de 12 meses con una intensidad elevada:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad para aceptar la muerte. 2. Anestesia emocional. 3. Dificultades para recordar de forma positiva al fallecido. 4. Rabia por la pérdida. 5. Autovaloraciones desadaptativas. 6. Evitación de los recuerdos de la pérdida. 7. Deseos de morir.

	<ol style="list-style-type: none">8. Dificultad para confiar en otras personas.9. Sentimiento de soledad.10. No encontrar significado a su vida.11. Confusión sobre la propia identidad.12. Dificultad para sentir placer.
Malestar clínicamente significativo	
La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales	

ALGUNAS CONCLUSIONES

Por lo que he expuesto, es evidente que la legislación y la normativa española tiene que dar pasos importantes sin demora; esto es una obligación de los distintos Gobiernos (nacional y autonómicos), que necesitan el asesoramiento de los buenos conocedores del tema y que han de procurar procedimientos similares en las distintas comunidades autónomas. De la normativa depende mejorar el registro de todos los sucesos, su clasificación y análisis, ya que las estadísticas actuales son incompletas y no permiten un estudio riguroso de los distintos tipos de causas que producen estos decesos. Hay que analizar con rigor todo lo ocurrido durante la gestación hasta el desenlace final de muerte para poder mejorar el conocimiento que tenemos de los factores desencadenantes de este tipo de procesos.

También está claro que muchas matronas, ginecólogos y obstetras se han preocupado por los problemas generados por estas situaciones y han llevado a cabo actuaciones acertadas y valiosas, con apoyos instituciones o sin ellos y con pocos recursos; esto debe ser reconocido, incentivado y ampliado. Asimismo, se ha de institucionalizar la atención al duelo perinatal en la formación y la actualización profesional y en las enseñanzas de grado y posgrado. Por lo tanto, además de la atención sanitaria a las usuarias y sus familias, hay que trabajar en otros muchos aspectos.

Se ha de atender a las personas afectadas con respeto y reconocimiento, proporcionando ayuda psicológica si la necesitan; pero, además, se deben revisar las actuaciones para ver si es posible mejorarlas. Para ello es importante conocer el grado de satisfacción sobre la atención recibida, siempre que sea posible.

Las reacciones de los afectados pueden ser muy diversas, incluso desconcertantes. El trabajo en equipo de los profesionales es siempre necesario, pero mucho más en los casos

difíciles. El análisis en común de las distintas situaciones que se plantean será una fuente muy útil de conocimiento, comprensión y capacidad de reacción para el desarrollo de la labor profesional.

Actuar desde el respeto a la dignidad no es una carga más, sino el impulso necesario para alcanzar la mejor actuación profesional, aquella que satisface a los usuarios y al propio profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATIENZA, Manuel. *Sobre la dignidad humana*. Madrid: Trotta, 2022.
- BOLADERAS, Margarita. La dignidad humana y los primeros estadios de la vida. En Boladeras, M. (ed.). *¿Qué dignidad? Filosofía, Derecho y práctica sanitaria*. Cánovas. Barcelona: Proteus, 2010, pp. 11-50.
- DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. *Guia d'acompanyament en el dol perinatal*. 2016/2019. [Consulta: 6 de febrero de 2024]. Disponible en: salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol-part-i-puerperi/recursos-relacionats/dol_perinatal_cat.pdf
- FERNÁNDEZ GARCÍA, Eusebio. *Dignidad humana y ciudadanía cosmopolita*. Madrid: Dykinson, 2001.
- FERNÁNDEZ ROZAS, José Carlos. *Acuerdo entre Consejo y el Parlamento Europeo para añadir el matrimonio forzado, la adopción ilegal y la gestación subrogada como tipos de explotación cubiertos por la normativa contra la trata de la UE (23 enero 2024)*. [Consulta: 19 de febrero de 2024]. Disponible en: shorturl.at/i0La5.
- CONSEJERÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. *Guía de atención al duelo gestacional y perinatal de Asturias (2022)*. En línea [Consulta: 5 de febrero de 2024]. Disponible en: shorturl.at/bAPgH.
- INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA. «Jornadas Europeas de Bioética en Sant Cugat». *Revista Bioètica & Debat*, 1999, Vol. 5, Núm. 15, p. 2. [Consulta 7 de febrero de 2024]. Disponible en: https://raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/article/view/260224
- KANT, Immanuel. *Metafísica de las costumbres*. Madrid: Tecnos, 1989.
- MACKLIN, Ruth. Dignity is a useless concept: It means no more than respect for persons or their autonomy. En: *British Medical Journal*. 2003, vol. 7429, pp. 1419-1420.
- MOSTERÍN, Jesús. *La naturaleza humana*. Madrid: Austral, 2006.
- NINO, Carlos Santiago. *Ética y derechos humanos*. Barcelona, Ariel, 1989.
- RICOEUR, Paul. *Lo justo. Vol.2: Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid: Trotta, 2008.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. *Prog Obstet Ginecol*. 2021, vol. 64, pp. 124-154. [Consulta: 4 de febrero de 2024]. Disponible en: shorturl.at/3UpP3.
- VV. AA. *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw. Vol. I: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability*. Copenhagen/Sant Cugat del Vallés: Centre for Ethics and Law/Institut Borja de Bioética, 2000.
- WOLF, Ursula. *Moralische Rechte ohne Würde [Derechos morales sin dignidad]*. En: Wolf, U. *Handlung, Glück, Moral*. Frankfurt: Suhrkamp, 2020, pp. 334-348.

Legislación

Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. [Consulta 2 de febrero 2024]. Disponible en:

www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364

Ley de procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal. Boletín Nacional de Argentina, 12/10/2023. [Consulta: 2 de febrero 2024]. Disponible:

www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27733-391366/texto

Ley 21371 (Chile), que establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal, septiembre 2021. [Consulta: 1 de febrero de 2024]. Disponible:

www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1165684

Norma General Técnica y Administrativa de la Ley 21.371 para el Acompañamiento Integral de las personas en Duelo Gestacional y Perinatal de 2022 (Chile). [Consulta: 1 de febrero de 2024]. Disponible en:

diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/04/decreto-exento-n%c2%b0-32-ssp-2022-mas-norma-tecnica-221.pdf

Ley 2244 de 2022 (11 de julio) (Colombia), que reconoce los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto. En línea [Consulta: 1 de febrero de 2024]. Disponible:

www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347

Ley 2310 de 2023 (2 de agosto) (Colombia), que establece la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer y la familia en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal. [Consulta: 1 de febrero de 2024]. Disponible en:

www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=216370