

**NORMA GENERAL TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA
DE LA LEY 21.371 PARA EL
ACOMPañAMIENTO INTEGRAL DE LAS
PERSONAS EN DUELO GESTACIONAL
Y PERINATAL**

2022

Subsecretaría de Salud Pública
Subsecretaría de Redes Asistenciales



Ministerio de Salud. “Norma General Técnica y Administrativa de la Ley 21.371 para el Acompañamiento Integral de las personas en Duelo Gestacional y Perinatal”.

Primera Edición - 2022

Todos los derechos reservados.

Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

EDITOR (ES)

Laysa González Orroño, Profesional de la Oficina Nacional de Salud de la Mujer, Ciclo Vital, DIPRECE.

María Alicia Ribes Langevin Profesional del Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, DIGERA.

RESPONSABLE TÉCNICO DEL DOCUMENTO

Fernando González Escalona, Jefatura División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE).

Patricia Cabezas Olivares Jefatura Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE.

AUTORES Y COLABORADORES

Sylvia Santander Rigollet, Jefatura División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), período 2018-2021.

Bárbara Leyton Cárdenas, Jefatura Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE, período 2019-2021.

Jorge Neira Miranda, Encargado Oficina Nacional de Salud de la Mujer, Ciclo Vital, DIPRECE.

Christian Figueroa Lassalle, Profesional Oficina Nacional de la Mujer, Ciclo Vital, DIPRECE.

Rodrigo Neira Contreras, Profesional Oficina Nacional de la Mujer, Ciclo Vital, DIPRECE.

Cynthia Zavala Gaete, Jefatura de Departamento Salud Mental, DIPRECE.

Francesca Borghero Lasagna, Profesional Departamento Salud Mental, DIPRECE.

Adriana Tapia Cifuentes, Jefatura de División de Atención Primaria (DIVAP), período 2019-2021.

Soledad Ishihara Zúñiga, Jefatura de Departamento de Gestión del Cuidado (DIVAP).

Claudia Lara De La Fuente, Encargada Chile Crece Contigo (DIVAP).

Cecilia Moraga Gutiérrez, Asesora Técnica Chile Crece Contigo (DIVAP).

Felipe Calderón Canales, Asesor Técnica Chile Crece Contigo (DIVAP).

Juan Herrera Burott, Profesional Departamento de Gestión de Cuidados (DIVAP).

Verónica Veliz Rojas, Asesora de Salud Mental (DIVAP).

Pablo Norambuena Mateluna, Jefatura Unidad de coordinación y Planificación (DIGERA).

Mauro Orsini Brignole, Jefatura de Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención (DIGERA).

Claudio Torres Salazar, Profesional Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria (DIGERA).

Daniela Vargas Guzmán, Profesional Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria (DIGERA).

Ana Jara Rojas, Profesional Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria (DIGERA).

Jorge Hubner Garretón, Jefatura de División Jurídica, Período 2018-2021.

Yasmina Viera Bernal, Jefatura de División Jurídica (2022).

Nelly Alvarado Aguilar, Jefatura Departamento de Derechos Humanos y Género en Salud, Gabinete Ministra.

Daniela Navarrete Heckersdorf, Profesional Departamento de Derechos Humanos y Género, Gabinete Ministra.

Valeria Díaz Camus, Profesional Gabinete Ministra.

Giorgia Cartes Bravo, Directora Nacional de Matronería.

María Paz Grandón Sandoval, Jefatura de División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, período (2019-2021).

Orlando Negrón Hekima, Profesional Departamento de Salud Ambiental.

Gonzalo Aguilar Madaune, Profesional Departamento de Salud Ambiental.

Lorena Velozo Veloso, Profesional Departamento de Estadísticas e Información en Salud.

Francisco Guerra Bellone, Profesor Titular de la Universidad Austral.

Carmen Naranjo Carvacho, Profesional Departamento Contencioso, Superintendencia de Seguridad Social.

Edmundo Piffre de Voban Barrón, Asesor Gabinete Directora del Trabajo, Dirección del Trabajo.

Juan David Terrazas, Jefatura del Departamento Jurídico, Dirección del Trabajo.

Comité Nacional de Estadísticas Vitales, Asesora y Representantes del Servicio de Registro Civil e Identificación e Instituto Nacional de Estadísticas.

COLABORADORES VÍA CONSULTA PÚBLICA

Aracelly Brito, Presidenta Fundación Ley Dominga.

Yaritza Ross, Encargada de Comunicaciones.

Valentina Pérez, Encargada de Relaciones Corporativas e Institucionales.

María Paz Aguilera, Coordinadora grupo de trabajo Salud Mental Perinatal SONEPSYN.

Pamela Labatut, Directorio Red Chilena de Salud Mental Perinatal

Andrea Von Hoveling, Directorio Ginecólogas Chile.

Fernanda Hansen, Periodista.

Raiyen Rozzi, Doula de duelo.

Natalia Arce, Médica Pediatra.

Blanca Prat, Directora Ejecutiva Fundación Amparos.

Stefanía Cornejo, Encargada Área de Acompañamiento Fundación Amparos.

Paulina Melo, Encargada de Formación y Promoción del Buen Trato, Fundación Amparos.

Sandra Ramírez, Hospital Sótero del Río.

Karen Rumante, Hospital de Rengo RVS.

Yoconda Ramírez, Hospital de Rengo RVS.

Constanza Alviña, Hospital de Rengo RVS.

Constanza Bustamante, Hospital de Rengo RVS.

Javiera Ortiz, Hospital de Curicó.

Jeannette Cárcamo, Hospital Regional Coyhaique.

Margareth García, CESFAM Dr. Miguel Solar, Paine.

Nathalie Ruiz, Hospital Regional de Rancagua.

Mariana Hepp, Psiquiatra Perinatal y Adultos.

Yanira Madariaga, Psicóloga Clínica Perinatal.

SOCHIPAR, Sociedad Chilena de Parto y Nacimiento.

Jessica Rojas, Presidenta Nacional Colegio de Matronas y Matrones de Chile A.G.

CONTENIDO

1. GLOSARIO	9
2. ABREVIATURAS.....	11
3. PRESENTACIÓN.....	12
4. INTRODUCCIÓN.....	13
5. OBJETIVOS Y ALCANCES.....	14
5.1. Objetivo General.....	14
5.2. Objetivos Específicos.....	14
5.3. Alcance.....	15
6. MAGNITUD DEL PROBLEMA.....	16
6.1. Mortalidad perinatal e infantil.....	16
7. MARCO CONCEPTUAL.....	19
7.1. Conceptualizaciones del duelo.....	19
7.2. Sintomatología asociada al duelo gestacional y perinatal.....	21
8. MARCO NORMATIVO Y LEGAL.....	23
8.1. Marco Legal:.....	23
8.2. Marco Normativo:.....	24
9. PRINCIPIOS RECTORES PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL DUELO GESTACIONAL Y PERINATAL.....	27
9.1. Respeto a la autonomía de la mujer o persona gestante para decidir en torno a una muerte gestacional o perinatal.....	27
9.2. Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad que requiere toda atención clínica.....	27
9.3. Derecho a una atención profesional en que exista competencia técnica de proveedores de servicio.	27
9.4. La atención de mujeres y personas que se enfrentan a una muerte gestacional o perinatal debe ser oportuna, integral y multidisciplinaria.....	28

10. ESTÁNDARES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL DUELO GESTACIONAL Y PERINATAL.....	29
10.1. Niveles de atención en los cuales se debe brindar atención integral al duelo gestacional y perinatal.....	30
10.2. Primera Respuesta integral.....	32
10.2.1. Comunicación de malas noticias: muerte gestacional y perinatal.....	33
10.3. Atención Integral en nivel ambulatorio de especialidad.....	37
10.4. Ruta intrahospitalaria del duelo gestacional o perinatal.....	38
10.4.1. Estándares generales.....	38
10.4.2. Estándares para favorecer la transición sensible de la familia en el establecimiento.....	40
10.4.3. Estándares para favorecer la despedida familiar sensible.....	41
10.4.4. Estándares de comunicación del equipo de salud.....	45
10.4.5. Consideraciones técnicas para el manejo de la lactancia materna en duelo.....	46
11. SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS.....	47
11.1. Seguimiento en nivel ambulatorio de especialidad.....	48
11.1.1. Aspectos de seguimiento psicosocial post alta.....	48
11.1.2. Aspectos de seguimiento de Salud Sexual y Reproductiva post alta.....	48
11.2. Seguimiento en atención ambulatoria.....	48
11.2.1. Seguimiento psicosocial.....	48
11.2.2. Aspectos de seguimiento de Salud Sexual y Reproductiva en atención ambulatoria.....	50
12. AUTOCUIDADO DEL EQUIPO DE SALUD.....	51
12.1. Impacto del duelo perinatal en los equipos de salud e importancia de cuidar al cuidador.....	51
12.2. Medidas de autocuidado para equipos de salud perinatal.....	52
12.2.1. Medidas generales de autocuidado para equipos de salud.....	52
12.2.2. Medidas especiales de autocuidado para equipos de salud perinatal.....	52

13.	RUTA ADMINISTRATIVA DEL DUELO GESTACIONAL O PERINATAL.....	54
	Flujograma 1: Ruta administrativa ante muerte gestacional, a cualquier edad gestacional (abortos y mortinatos).....	55
	Flujograma 2: Ruta administrativa ante muerte neonatal.....	56
14.	DESCANSOS Y/O PERMISOS LABORALES VINCULADOS A LA LEY.....	57
15.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA NORMA.....	59
15.1.	Implementación y evaluación de la Norma.....	59
15.1.1.	Preparación.....	59
15.1.2.	Puesta en marcha.....	59
15.1.3.	Proceso de evaluación.....	60
16.	ANEXOS.....	62
	Anexo 1: Señalética para familias que sufren duelo gestacional o perinatal en el establecimiento.....	62
	Anexo 2: Caja de recuerdos de Chile Crece Contigo.....	65
	Anexo 3: Información técnica para consensuar el plan de cuidados sensibles de la lactancia materna en duelo gestacional o perinatal.....	66
	Anexo 4: Pauta de Cotejo – Supervisión de cumplimiento Ley 21.371.....	69
17.	Bibliografía.....	71

1. GLOSARIO

- **Muerte gestacional:** Muerte embrionaria o fetal durante cualquier semana de la gestación. Considera todos los tipos de abortos, tanto en embarazos normotópicos (dentro del útero) como embarazos ectópicos inviables (fuera del útero). También considera casos de muerte asociada a enfermedad trofoblástica gestacional.
- **Muerte Neonatal o Mortineonato:** Muerte del recién nacido ocurrida hasta los 28 días de vida.
- **Mortinato:** Todo producto de la concepción, identificable o diferenciable de las membranas ovulares o del tejido placentario o materno en general, que cese en sus funciones vitales antes del alumbramiento o bien antes de encontrarse completamente separado de la persona gestante, muriendo y que no ha sobrevivido a la separación un instante siquiera¹.
- **Parto:** Proceso por medio del cual termina una gestación, desde las 22 semanas en adelante y/o peso igual o superior a 500 gramos; con la salida del feto y su separación del cuerpo de la mujer o persona gestante^{2,3} (El peso solo se considerará cuando no exista edad gestacional segura).
- **Aborto:** Interrupción del embarazo, antes de viabilidad fetal o antes de las 22 semanas de gestación y/o un peso menor a 500 gramos, espontáneo o inducido^{2,3} (El peso solo se considerará cuando no exista edad gestacional segura). Considera los siguientes diagnósticos: aborto completo, aborto incompleto, aborto inevitable y aborto retenido⁴ (incluido el huevo anembrionado).
- **Viabilidad fetal:** Potencial de vivir, crecer y desarrollarse fuera del útero, en función de las capacidades biomédicas y tecnológicas existentes.
- **Enfermedad trofoblástica gestacional:** Gestación inviable producto de la proliferación trofoblástica anormal de la placenta.
- **Duelo:** El duelo es la reacción normal ante la pérdida ya sea la pérdida de una persona querida, etapa o evento significativo⁵.
- **Duelo gestacional:** Reacción desencadenada por una muerte embrionaria o fetal a cualquier edad gestacional.
- **Duelo perinatal:** Reacción desencadenada por la muerte de un hijo o hija durante el embarazo o momentos previos o posteriores al parto⁶.
- **Contacto de despedida:** Corresponde al último contacto que tiene la familia con su hijo o hija antes de la entrega de su cuerpo al servicio fúnebre.

- **Gestación arcoíris:** Se entiende como aquel embarazo que ocurre poco tiempo después de una muerte gestacional o perinatal.
- **Derivación gestionada:** Proceso que lleva a cabo el equipo tratante donde realiza todas las gestiones para dar cumplimiento a la derivación oportuna y pertinente de la persona usuaria, siguiendo el protocolo establecido para la referencia y contrareferencia en la red local resguardando, en todo momento, la confidencialidad de la atención. Esta derivación incorpora las gestiones de envío de información necesaria, coordinación de horas, agendamiento e información a la persona usuaria sobre la cita (horario, lugar y profesional que realizará la atención).

2. ABREVIATURAS

- APS: Atención Primaria de Salud.
- CAPNV: Comprobante de atención del parto con nacido vivo.
- ChCC: Subsistema de Protección a la Infancia, Chile Crece Contigo.
- FONASA: Fondo Nacional de Salud.
- ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional
- IVE: Interrupción voluntaria del embarazo.
- OMS: Organización mundial de la Salud.
- REAS: Residuos generados en establecimientos de atención de Salud.
- SRCel: Servicio de Registro Civil e Identificación.

3. PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud presenta, y pone a disposición de los profesionales de salud, la **“Norma General Técnica y Administrativa Para el Acompañamiento Integral del Duelo Gestacional Y Perinatal”**.

El presente documento se elabora en el contexto de la promulgación de la Ley 21.371, que establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal, también conocida como “Ley Dominga”, publicada el 29 de septiembre del 2021 y que tuvo sus orígenes como una demanda ciudadana impulsada por un grupo organizado de profesionales y Aracelly Brito, quien en 2019 sufrió la muerte de su hijo Julián a las nueve semanas de gestación y el año 2020 tuvo que enfrentar 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.

Considerando que los padres y familias que experimentan una muerte gestacional o perinatal no necesariamente olvidan la muerte ocurrida, sino, más bien, aprenden a vivir con ella, gracias a la elaboración del duelo y la reconstrucción de significados que ocurren tanto a nivel individual, familiar y social, es que resulta muy relevante el apoyo y contención del entorno que rodea a las personas que viven esta experiencia.

Este proceso de acompañamiento debe iniciarse en el dispositivo de salud donde se informa sobre la muerte. Por tanto, el equipo de salud está llamado a desempeñar un rol protector y de acompañamiento, ofreciendo contención, bienestar tanto inmediato como a largo plazo y propiciar la elaboración del duelo en forma compasiva y humanizada.

Es importante destacar que el Subsistema Chile Crece Contigo fomenta (ChCC), desde el año 2007, el acompañamiento al control de salud de la gestante y durante el trabajo de parto. Asimismo, en el año 2021, antes de la publicación de la Ley, implementó el piloto de fortalecimiento de la atención del duelo perinatal - primera respuesta en hospitales de la red pública de salud - en 40 hospitales de la Red Pública de Salud, el cual contó con un proceso de capacitación para el manejo sensible del duelo y para el uso de la caja de recuerdos de maternidad y paternidad, instrumento de apoyo que fue trabajado con Fundación Amparos y entregado a los establecimientos que participaron en el piloto.

En nombre del Ministerio de Salud vaya nuestro reconocimiento para quienes han trabajado y colaborado en la elaboración de esta Norma, y a los equipos que la implementarán en la red público-privada, quienes, sin duda, contribuirán a la salud integral de las mujeres, personas gestantes y sus familias.

4. INTRODUCCIÓN

La muerte de un hijo o una hija es considerada una de las situaciones más estresantes a las que puede enfrentarse una persona, ya que es una experiencia emocionalmente devastadora para los padres, independientemente de la edad de su hijo o hija, en qué momento haya ocurrido la muerte y las causas de la misma.

Habitualmente, este hecho es considerado prematuro, sin lógica y sin sentido. En el caso de ser el primer embarazo, los progenitores pierden el tan ansiado rol de madre o padre, así como la composición familiar que imaginaban. Además, es una experiencia especialmente intensa por la proximidad que existe entre el nacimiento y la muerte, lo que hace que resulte aún más difícil aceptar la muerte.

En el abordaje habitual del duelo gestacional y perinatal ha existido una minimización y desautorización de este hecho, tanto en el entorno sanitario como en el social⁷, lo que ha provocado que muchas personas que sufren una muerte gestacional o perinatal lo vivan en soledad al no sentirse “autorizados” para expresar lo que sienten o no ser acogidos adecuadamente durante este proceso.

Paradójicamente, esta es probablemente una de las situaciones más complejas de comprender y aceptar. Los cuidados no pueden eliminar el dolor y la devastación que los padres sienten, pero la insensibilidad y la mala atención pueden empeorarlos. De esta manera, posturas de incomprensión por parte de quienes rodean a las personas que viven el duelo agudiza la experiencia de dolor debido al no reconocimiento, deslegitimación social y del entorno.

Así también, en estos casos es usual que los espacios de despedida no se den, ya sea por la desautorización o minimización mencionada anteriormente, porque todo sucede de modo tan repentino que no da tiempo para elaborar rito alguno o porque no se tiene la posibilidad de enterrar a ese hijo/a. A ello se suma la creencia cultural de que “dar vuelta la página” es la solución al sufrimiento; esto es, intentar superar la experiencia dolorosa evadiéndola u olvidándola. Esto, en vez de ayudar, complejiza el duelo porque, en vez de que los padres logren integrar en su vida esta vivencia tan relevante, aprendiendo a vivir con ella, intentan en vano dejar atrás lo ocurrido, no pudiendo resolver de manera adecuada la elaboración de su duelo.

Un aspecto esencial del abordaje del duelo gestacional y perinatal se relaciona con la experiencia de atención de salud recibida, junto a la relación y vinculación de la familia con el equipo de salud. Es así como este documento establece estándares técnicos y administrativos por medio de los cuales se permita mejorar la experiencia de las familias que viven el duelo gestacional o perinatal por medio del fortalecimiento del rol protector del equipo de salud. Se espera que este rol protector ofrezca contención y bienestar, tanto inmediato como a largo plazo, para así propiciar la elaboración del duelo.

5. OBJETIVOS Y ALCANCES

5.1. Objetivo General

Establecer los estándares para el cumplimiento de la Ley 21.371, por medio de lineamientos técnicos y administrativos para la implementación de medidas concretas de contención, empatía y respeto por el duelo de la mujer o persona gestante, que viven una muerte gestacional o perinatal; así como también, para el padre y/o madre o aquella persona significativa que la acompañe en el proceso.

5.2. Objetivos Específicos

- 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.

5.3. Alcance

La presente norma contribuirá al cumplimiento de la modificación legal introducida por la Ley 21.371, en el marco de la ley 20.584. Rige para todos aquellos prestadores de salud que atienden a mujeres o personas gestantes y a sus familias durante el proceso reproductivo, tanto en prestaciones de atención abierta como cerrada, incluyendo:

- a. Prestadores de salud individuales e institucionales
- b. Prestadores de salud públicos y/o privados que suscriban convenio con los Servicios de Salud.
- c. Prestadores de salud de Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública.
- d. Prestadores de salud privados.

A su vez, todos los miembros del equipo del establecimiento que se vean involucrados directa o indirectamente con la ruta del duelo tienen la obligación de conocer y aplicar lo indicado en esta normativa y en los protocolos locales, cada uno/a desde sus funciones. Se debe considerar al equipo que participa en la atención a la familia desde la primera respuesta hasta el egreso hospitalario y cuidados respetuosos del cuerpo en sala de transición (Anatomía Patológica), tanto clínicos, como administrativos y de apoyo.

6. MAGNITUD DEL PROBLEMA

Aunque se ha reducido considerablemente la mortalidad neonatal durante los dos últimos decenios, se calcula que todavía se producen unos 2,7 millones de muertes neonatales y 2,6 millones de muertes gestacionales cada año en el mundo, según la OMS⁸. Es decir, la muerte gestacional y perinatal es una realidad frecuente en la vida de las mujeres y personas que tienen la capacidad de gestar.

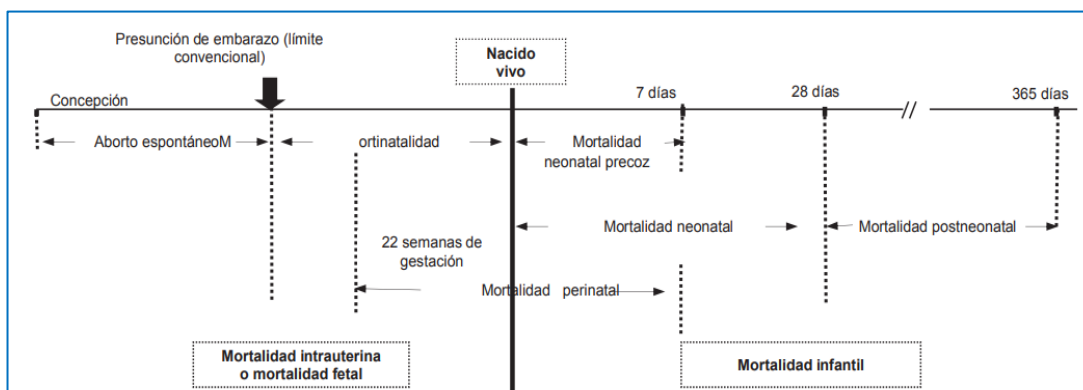
De esta manera, el duelo gestacional o perinatal se releva como un problema frecuente que suele ser silenciado e invisibilizado y que la mujer o persona gestante y su familia habitualmente vive en soledad, a pesar de que se encuentre en un estado de alta vulnerabilidad y fragilidad.

6.1. Mortalidad perinatal e infantil

Aunque para la OMS el período perinatal se extiende desde las 22 semanas de gestación (154 días) hasta una semana de vida independiente, en la práctica y en la literatura sobre el tema, este período se amplía. Kowalski lo prolonga **desde la concepción hasta el final del primer año de vida**, lo que convierte en muerte gestacional al embarazo ectópico, al aborto espontáneo o inducido, a la muerte de un gemelo en gestación, al feto muerto intraútero o intraparto, a la muerte del prematuro, a la del neonato, y también a los recién nacidos con anomalías congénitas.

El concepto de muerte perinatal sobrepasa el encuadre del periodo perinatal de la OMS e incluso de la pérdida por muerte. Es así como lo viven las mujeres y sus familias, **la muerte de un hijo incluye las muertes desde la concepción**. No hay que subestimar una muerte y no hay relación entre la magnitud del duelo y la edad gestacional.

Figura 1: Componentes de mortalidad según OMS



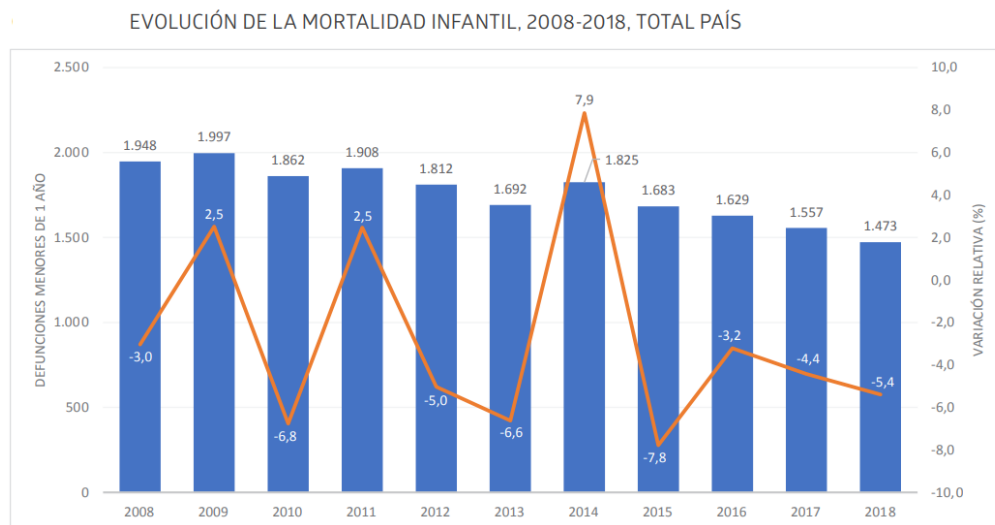
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Es difícil tener estadísticas considerando el concepto de muerte desde la concepción. La muerte gestacional y perinatal es una ocurrencia relativamente frecuente, estimándose una prevalencia general entre un 15 a 27% para personas gestantes entre 25 y 29 años y aumentan a casi el 75% de aquellas personas gestantes mayores de 45 años, siendo un riesgo más

elevado al existir antecedentes de una muerte gestacional o perinatal y patologías concomitantes.⁹

La mortalidad infantil ha presentado una tendencia hacia la baja en los últimos diez años, reduciéndose un 24,4% en el período 2008-2018, pasando de 1.948 defunciones de menores de un año en 2008 a un total de 1.473 en el año 2018, lo que representa un 1,4% del total de defunciones (mortalidad general) registrados para este último año. Durante el período se observan ligeras oscilaciones, puesto que solamente en tres años se visualizan incrementos de las defunciones de menores de un año, siendo el más relevante el registrado en 2014, donde la variación relativa de la mortalidad infantil presentó un incremento de 7,9% respecto del año anterior, para volver a estabilizarse en 2015, con una disminución del 7,8%.

Gráfico 1:

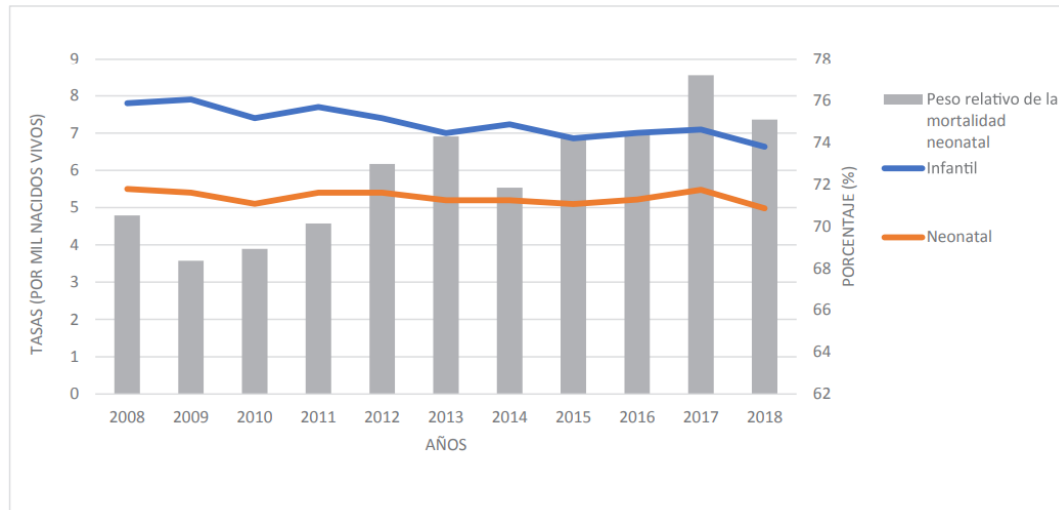


FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Con respecto a la **mortalidad perinatal** (según definición OMS) Chile tiene una tasa muy cercana a la de los países desarrollados de la región (4,8 x 1000 nacidos vivos). La tasa de mortalidad neonatal 2010, pasó de 5,5 muertes de menores de 28 días por cada mil nacidos vivos, a 4,8 en el año 2019, siendo esta una de las menores tasas a nivel latinoamericano. La reducción de las probabilidades de muerte para los menores de un año ha sido mayor que las observadas en las neonatales, en tanto pasan de una tasa de 7,8 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos, a una tasa de 6,6 defunciones infantiles, presentando así una reducción de 1,2 muertes por cada mil nacimientos en los últimos diez años¹⁰.

Gráfico 2:

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS (X 1.000) DE MORTALIDAD INFANTIL Y NEONATAL, 2008-2018



FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas (INE), estimaciones y proyecciones de la población 2018.

Esta reducción ha sido producto de las políticas de salud implementadas, de los diferentes gobiernos, para reducir las tasas de mortalidad dependientes del proceso reproductivo. Dentro de estas políticas preventivas se encuentran: regulación de la fertilidad, control preconcepcional, amplia cobertura del control prenatal, atención profesional del parto, la alimentación suplementaria de la embarazada, la fortificación de las harinas con ácido fólico, posibilidad creciente de cirugías intrauterinas, el tratamiento quirúrgico de las cardiopatías congénitas y la prevención del parto prematuro y de sus complicaciones y establecimiento de protocolos y normativas de atención. Además, se ha fortalecido la red de medicina materna fetal y neonatal. Esto, además, debería contribuir a un mayor descenso de las tasas de mortalidad perinatal e infantil a futuro¹¹.

Estos indicadores, que pueden parecer muy bajos, no minimizan el gran problema que existe en la atención de las mujeres y sus pérdidas reproductivas. Pues detrás de cada muerte de un hijo o hija existe todo un contexto personal y familiar que agudiza esta temática.

7. MARCO CONCEPTUAL

El duelo puede ser definido como una reacción normal ante la pérdida, ya sea la pérdida de una persona querida, etapa o evento significativo. Al ser una reacción, éste no constituye una enfermedad o patología, pero si resulta ser un acontecimiento altamente estresante de una relevancia enorme para la vida de las personas, y en el caso del duelo gestacional o perinatal lo es independientemente de la edad gestacional del hijo o hija¹².

Cuando se produce la muerte de un hijo(a) durante la gestación o en el periodo perinatal, tal hecho es reconocido como una experiencia difícil, incluso traumática, que frecuentemente puede causar reacciones complicadas de duelo, afectando negativamente la salud general, esto es, la salud mental y física de la persona gestante, su familia y/o entorno de personas significativas.

El acompañamiento inadecuado o insuficiente del duelo gestacional y/o perinatal y la falta de información anticipatoria sobre los procesos fisiológicos post parto o post aborto puede ser una fuente de estrés significativa para los padres y para la familia, exacerbando el dolor emocional del duelo^{13,14,15}. Esto se relaciona con mayor presencia de problemas de salud mental o enfermedades mentales, muchas veces asociadas a aislamiento social, desconexión de las personas de su entorno, entre otros aspectos. Tales problemas pueden aparecer incluso varios años después de ocurrida la muerte e impactar en los embarazos posteriores.

La forma de afrontar este proceso dependerá de varios aspectos, tanto de recursos personales de quienes se ven enfrentados a ello, como de las circunstancias que rodean este hecho. El reconocimiento del dolor por parte del entorno y las formas de acoger a las personas afectadas es un aspecto fundamental para mantener esta reacción dentro de límites esperables en intensidad y duración, siendo esencial para la resignificación de esta experiencia.

La trayectoria del duelo puede verse afectada por distintos factores. La falta de legitimación del duelo, insensibilidad y atención de salud centrada exclusivamente en cuidados físicos son algunos de los aspectos que promueven una complicación en el curso de este hecho. También si la experiencia con el equipo de atención de salud no es satisfactoria puede intensificar y prolongar la sintomatología asociada al duelo gestacional y perinatal.

7.1. Conceptualizaciones del duelo

Existen diversas conceptualizaciones acerca del duelo, tanto en enfoques como según diversos autores que lo describen. Freud¹⁶, lo plantea como un proceso privado e intrapsíquico de desvinculación con el “objeto” amado, lo cual ocurre de manera pausada y lenta. Centrado en poder diferenciarlo de la melancolía donde la sintomatología esperable para el duelo iría en la línea de la inhibición y falta de interés por el mundo. También existen conceptualizaciones más bien centradas en el duelo como etapas o fases, como lo plantea Lindemann¹⁷, quien describe al duelo como un proceso universal en el cual las personas experimentan fases de conmoción e incredulidad, duelo agudo y resolución del duelo.

Kübler-Ross¹⁸ describe el duelo como un proceso que ocurre en etapas donde las personas transitan por la negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Esta descripción surge

desde personas con enfermedades terminales quienes transitan emocionalmente por estas etapas hasta la muerte.

Bowlby¹⁹ describe las fases en concordancia con su teoría del apego, estableciendo que los mecanismos para procesar el duelo serían similares a los plantados frente a la separación de figuras de apego. Así, describe etapas como la pérdida de sensibilidad temporal/ embotamiento afectos o shock; melancolía, anhelo y búsqueda de la persona perdida; fase de desesperanza, depresión, desorganización y desesperación y fase de aceptación y superación de la pérdida y/o reorganización.

Para Worden W²⁰, el duelo no se trata únicamente de un estado en el que se sumerge una persona tras la pérdida, sino que implica un proceso activo. Se trata de un tiempo en el que la persona ha de realizar diferentes tareas a través de las cuales poder ir elaborando la pérdida. Para este autor existen cuatro tareas básicas que la persona en duelo ha de realizar tras la pérdida:

- Tarea 1: Aceptar la realidad de la pérdida.
- Tarea 2: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida
- Tarea 3: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.
- Tarea 4: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

El duelo también se comprende como un proceso dinámico que se construye activamente en la relación con uno mismo y los demás. R. Neimeyer (2012)²¹ lo comprende como un proceso de resignificación y reconfiguración de la propia identidad, caracterizado por los desafíos de aceptar la realidad de la pérdida, abrirse y salir del dolor, la revisión del mundo de significados, la reconstrucción de la relación con lo que se ha perdido y la reinención de uno mismo. Postula que a estos desafíos se vuelven una y otra vez en distintas etapas de la vida y que estos no seguirían ningún orden predeterminado, ni es necesario darles fin o superarlos de manera definitiva. Estos desafíos se enfrentan de una manera particular, de acuerdo a los recursos de cada persona y a la naturaleza de la pérdida que se enfrenta. De esta manera, la elaboración del duelo se comprendería como un proceso personal, continuo, que se interpela y resignifica cotidianamente.

Es importante considerar también que el duelo y su construcción se relacionan con cada cultura. En todas las sociedades y culturas se realizan ritos y ceremonias para relevar los hitos más importantes de la vida. Ante la muerte de un ser querido, los diferentes rituales y ceremonias ayudan a entender lo que está pasando, comenzar a aceptar la muerte, además de otorgar un espacio para expresar el dolor.

El acompañamiento terapéutico o psicosocial a la madre y/o padres en duelo, debiera ser una opción que esté disponible desde un comienzo, de manera que en el caso de que lo estimen pertinente puedan sentirse apoyados y acompañados en este proceso que en ocasiones puede ser largo y extremadamente complejo. De igual forma, las instancias de seguimiento

y evaluación resultan importantes para ir monitoreando la evolución de las necesidades en distintos momentos.

7.2. Sintomatología asociada al duelo gestacional y perinatal

El duelo gestacional o perinatal puede manifestarse como:

- Perturbación.
- Añoranza, irritabilidad, debilidad y sentimiento de culpa.
- Labilidad emocional, embotamiento emocional, ansiedad, angustia, alteraciones del sueño y/o del apetito, pensamientos rumiantes e ideas intrusivas y/o desmotivación.
- En algunos casos aparecen alteraciones sensorio-perceptuales como oír el llanto del bebé o sentirlo moverse en el vientre.
- Posteriormente aparece la desorganización de la vida cotidiana y la desorientación, ya que la vida que esperaban llevar ha desaparecido.
- Sentimiento de vacío y de desamparo, que algunas mujeres llegan a comparar con la amputación de un miembro.
- Transcurrido algunos meses, pueden llegar a sentir la presión de la sociedad, que se sorprende de que la pareja no haya superado aún la muerte. En este momento aparece la preocupación por enfermar o tener depresión, junto con la sensación de estar viviendo un duelo desautorizado.
- Finalmente, la pareja reorganiza su vida, pero sin llegar a olvidar la muerte.

Fuente: Elaboración propia, Programa de Salud Mental. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

Otras manifestaciones son:

- Físicas: Vacío en el estómago, opresión en el pecho y garganta, ahogo, palpitaciones, astenia, alteraciones en la libido, alteraciones en ciclos vitales (sueño, alimentación), boca seca, indigestión, cefaleas, sensibilidad al ruido, otras quejas somáticas.
- Afectivas- cognitivas: aturdimiento, tristeza, culpa, reproche, rabia, desesperación, irritabilidad, anhedonia, soledad, vacío, desamparo, añoranza, negación, rumiaciones e imágenes recurrentes de la muerte, confusión, irrealidad, ideas de muerte/sustitución, sensación de presencia, idealización, alucinaciones y/o replanteamiento de creencias.
- Conductuales: funcionamiento automático, mente ausente, aislamiento social, conductas de búsqueda o evitación, consumo de tóxicos o sustancias, hiper o hipoactividad.

Fuente: Elaboración propia, Programa de Salud Mental. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

En las diversas formas de presentación del duelo, este puede complicarse con síntomas de mayor severidad, intensidad y/o duración. Algunos de los factores de riesgo de duelo gestacional y perinatal complicado se exponen en la siguiente figura:

Figura 2: Factores de riesgo de duelo gestacional y perinatal complicado

Factores de riesgo de duelo gestacional y perinatal complicado

- Antecedentes de enfermedad de salud mental
- Historia actual de episodio depresivo
- Duelo en el primer embarazo (primer hijo(a))
- Escasa información acerca de pérdidas durante la gestación y perinatales
- Mal manejo en la comunicación de la muerte gestacional o perinatal
- No contar con información acerca de lo sucedido o espacios para resolver estos aspectos con el equipo de atención
- Pérdidas o muertes recurrentes
- Escaso apoyo de pareja o acompañante significativo, familia, entorno familiar y/o ambiente laboral
- Duelo coincide con otras crisis vitales

Extraído y adaptado de López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio.

8. MARCO NORMATIVO Y LEGAL

La ley N° 21.371, que establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal, vino a modificar la ley N° 20.584²², que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, agregando a su artículo 5 letra b), la realización de 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 al padre o aquella persona significativa que la acompañe. Junto con esto, modifica el artículo 66 del Código del Trabajo, en sus incisos primero y segundo, en lo que a permisos laborales se refiere.

Con el fin de implementar óptimamente las medidas de contención, empatía y respeto mencionadas en la ley, es relevante contemplar lo indicado en el marco normativo y legal vinculado, el cual se resume a continuación:

8.1. Marco Legal:

a. **Ley N° 20.584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud:**

Dentro de los derechos que establece esta ley, la ley N° 21.371 vino a agregar aquellos relativos a los que asisten a las personas en caso de muerte gestacional o perinatal.

b. **Ley N° 21.171 Modifica la ley N° 4.808, sobre registro civil, y crea un catastro nacional de mortinatos, facilitando su individualización y sepultación:**

Modifica la Ley sobre Registro Civil, creando un catastro nacional de mortinatos que da la opción a las familias de inscribir a sus mortinatos con la exclusiva finalidad de permitir su individualización, inhumación o la disposición de sus restos, agregando la ley que aquello no implica reconocer estatuto jurídico o derecho alguno al mortinato y no produce ninguna otra clase de efectos jurídicos en ningún ámbito. Esta inscripción tiene las siguientes características:

- **Tiene carácter de voluntaria.**
- **Requiere contar con el certificado médico de defunción y estadística de mortalidad fetal para su tramitación.**
- **Debe contener** la individualización del mortinato mediante la asignación de un nombre propio, seguido del o los apellidos que el solicitante señale, y del sexo, si éste fuere determinado o determinable.
- **Podrá contener** la individualización de la persona gestante, y del progenitor, si éste lo autoriza.
- La información contenida en este catastro, según la ley, tiene el carácter de reservada respecto de terceros, considerándose como **dato sensible de acuerdo a la ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada.**
- Esta ley tiene carácter retroactivo; es decir, que las familias que hayan sufrido una muerte gestacional o perinatal con anterioridad a su publicación podrán solicitar la inscripción en el catastro de mortinatos presentando cualquier otro documento extendido por un profesional de la salud que acredite la muerte del hijo/a, o por medio de una declaración simple ante el Servicio de Registro Civil e Identificación.

c. **Ley N° 4.808 sobre Registro Civil, refundida por el DFL 1 del 2000 del Ministerio de Justicia.**

Menciona en el inciso segundo del numeral 1° del artículo 3.º que “...El padre o la madre, al requerir esta inscripción, **podrá solicitar que, junto con anotarse la comuna en que nació su hijo, se registre, en la misma partida, la comuna o localidad en la que estuviere avecindada la madre del recién nacido, la que deberá consignarse como lugar de origen de éste**”.

d. **Decreto 357 de 1970 del Ministerio de Salud - Reglamento General de cementerios**

- Artículo 29° literal f): Los cementerios deben tener nichos perpetuos y temporales para párvulos y para cadáveres reducidos.
- Artículo 49° inciso segundo: Los cementerios **no pueden rechazar la inhumación o incineración del producto de la concepción que no alcanza a nacer**, respecto del cual se ha extendido un certificado médico de defunción y estadística de mortalidad fetal, **en los casos en que se cuente con el correspondiente pase de sepultación.**
- Todo cuerpo o restos que no sean retirados para su sepultación, deben ser manejados en virtud de lo indicado en el Decreto N°6 de 2009 (REAS).

8.2. Marco Normativo:

a. **Norma general técnica N° 86: Normas y procedimientos para el registro de las defunciones fetales y de recién nacidos**

Los Prestadores Institucionales e Individuales que atienden partos o abortos en cualquier lugar del país deben:

- Emitir el **comprobante de atención de parto** para **TODOS los partos o abortos** que asistan **y de los cuales emane un producto de la concepción** (identificable o diferenciable de las membranas ovulares y del tejido placentario o materno en general), **que presente signos de vida, independientemente de su edad gestacional y de su peso al nacer.**
- Emitir el **certificado de defunción y estadística de mortalidad fetal en TODOS los casos donde el producto de la concepción** (identificable o diferenciable de las membranas ovulares y del tejido placentario o materno en general), **nazca muerto, independientemente de su edad gestacional y de su peso al nacer.**
- Entregar el **certificado de defunción y estadística de mortalidad fetal** a todos los deudos que soliciten los restos de su hijo/a, para su inscripción en la Oficina de Registro Civil, la cual debe atenderse necesariamente al plazo de las 72 horas posteriores a la defunción, en virtud del artículo 181 del DFL 2128 que aprueba reglamento orgánico del SRCel, que establece que “pasados tres días desde la fecha de una defunción, no se podrá proceder a inscribirla sin decreto de la justicia ordinaria”.
- Informar a las familias que pueden retirar el cuerpo o restos de su hijo/a si así lo desean. Importante destacar que, en el caso de que la familia quiera retirar, debe realizar los trámites administrativos correspondientes y **retirar en un plazo no mayor a 72 horas posterior al parto/aborto. Este plazo también se debe difundir ampliamente, mediante avisos visibles en los establecimientos.**

- En el caso de que la familia no lograre tramitar la inscripción, pase de sepultación y retiro de los restos de su hijo/a en el plazo establecido, deberá recurrir a la justicia ordinaria para obtener una autorización especial.
- Si la familia decide no retirar el cuerpo o los restos de su hijo/a, el establecimiento debe remitir el certificado de defunción o estadística de mortalidad fetal al departamento o unidad de estadística de la Dirección de Servicio de Salud o SEREMI, según corresponda, **cumplidas las 72 horas posteriores al parto**.
 - Establecimiento dependiente SS: enviar a Dirección de Servicio
 - Establecimiento privado o público no dependiente SS: enviar a SEREMI de Salud.

Importante señalar que, si la familia cambiase de opinión respecto al retiro del cuerpo o restos de su hijo, podrá hacerlo en el plazo de 72 horas indicado anteriormente. Si retira posterior a ese plazo, deberá recurrir a la justicia ordinaria para su autorización.

De acuerdo a la recientemente publicada ley N° 21.334, sobre determinación del orden de los apellidos por acuerdo de los padres, toda inscripción de nacimiento debe ser solicitada presentando en las oficinas de SRCel el comprobante de parto, las cédulas de identidad de los padres y/o libreta de matrimonio, y el Formulario C9 (cuando corresponda). Formulario disponible en: <https://www.registrocivil.cl/principal/canal-tramites/solicitud-cambio-apellidos>.

b. Norma 160, Norma y procedimientos para el registro del formulario: Comprobante de atención del parto con nacido vivo (CAPNV), aprobada por resolución exenta N° 913 de 2013, del Ministerio de Salud²³:

- El CAPNV es un formulario oficial, impreso y distribuido a los establecimientos de salud por el SRCel, constituye documento público, contiene datos sensibles y está sujeto a las disposiciones que regulan tales documentos.
- Debe ser llenado por el/la profesional que **certifique un nacimiento con recién nacido vivo, ocurrido dentro o fuera de los establecimientos de salud**.
- Certifica individualmente la filiación biológica entre una madre y su hijo/a, por tanto, en caso de partos múltiples, se requiere emitir un CAPNV por cada uno de los recién nacidos vivos.

c. Norma General Técnica N° 100 “Norma y Procedimientos para el registro de las auditorías de muertes maternas, fetales e infantiles” aprobada por resolución exenta N° 470 de 2012, del Ministerio de Salud²⁴:

- Indica que se deben constituir comités de auditoría a nivel de establecimientos, nivel regional y nacional.
- Cada establecimiento debe efectuar la notificación inmediata obligatoria de casos de muerte fetal y neonatal precoz con un plazo no superior a las 24 horas hábiles desde ocurrida la muerte, por medio del documento dispuesto para este fin:

- i. Establecimientos dependientes SS: Notificar a Dirección de Servicio de Salud y a auditoriasdeis@minsal.cl.

ii. Establecimientos del extrasistema y SML: Notificar a SEREMI correspondiente y a auditoriasdeis@minsal.cl.

d. **Norma General Técnica N° 189 para la entrega de placenta, aprobada por decreto exento N° 208 de 2017 del Ministerio de Salud²⁵:**

- La solicitud de la entrega de la placenta debe ser voluntaria y realizada a requerimiento de la mujer o persona gestante, lo cual también es válido para aquellas que se enfrenten a la muerte de su hijo/a.
- Si la mujer o persona gestante solicita la entrega de su placenta, debe seguir el proceso indicado en la norma técnica, y la entrega también debe estar sujeta a los requisitos y exclusiones que en ella se mencionan.

Todo lo indicado anteriormente entrega orientaciones básicas para los procesos administrativos y clínicos anexos a la atención biopsicosocial que se otorga al momento de enfrentar la muerte gestacional o perinatal. En lo que respecta a la atención clínica a las personas que viven el duelo en este contexto, se deberán considerar los aspectos que se mencionan en esta normativa, los cuales complementan o actualizan lo indicado en la Norma General Técnica N° 179 para la Atención Integral en el Puerperio, aprobada por resolución exenta N° 558 de 2015, del Ministerio de Salud²⁶, Norma General Técnica N° 194 para la Atención Integral del Recién Nacido en la Unidad de Puerperio en Servicios de Obstetricia y Ginecología, aprobada por resolución exenta N° 1452 de 2017, del Ministerio de Salud²⁷ y las Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas, aprobadas por resolución exenta N°...²⁸.

9. PRINCIPIOS RECTORES PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL DUELO GESTACIONAL Y PERINATAL

Estos principios se basan en el reconocimiento de los derechos, creencias, valores, percepciones, actitudes individuales y las características propias de la cultura a la que pertenecen las personas que viven una muerte gestacional o perinatal; así como también, a su acompañante significativo y su familia, entorno social y laboral.

9.1. Respeto a la autonomía de la mujer o persona gestante para decidir en torno a una muerte gestacional o perinatal

Esto implica, por parte del equipo de salud, no emitir juicios ni opiniones valóricas sobre las creencias de la mujer o persona gestante y entregar toda la información, actualizada e imparcial, que le permita tomar las mejores decisiones para su vida y su salud. La persona debe percibirse y ser percibida como sujeto de derechos y protagonista del proceso de atención.

Se debe asegurar que la mujer o persona gestante tome una decisión informada y reciba apoyo continuo durante el trabajo de parto, parto y puerperio de una muerte gestacional o neonatal. Así también se debe considerar que las decisiones que se deben tomar requieren de tiempo para procesar la información recibida y tomar determinaciones. Por lo tanto, el equipo de salud debe considerar este factor en el acompañamiento integral.

9.2. Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad que requiere toda atención clínica

Asumir que los datos solicitados por los equipos médicos sólo pueden tener como fin una adecuada atención de salud, respetando que la entrega de información por parte de la mujer o persona gestante atendida es siempre voluntaria y confidencial.

Se debe ofrecer una atención respetuosa orientada a la protección de la dignidad, privacidad y que asegure tanto la integridad física y como el trato adecuado.

9.3. Derecho a una atención profesional en que exista competencia técnica de proveedores de servicio.

Quienes prestan atención deben tener los conocimientos, habilidades, destrezas y competencias necesarias, así como manejar técnicas adecuadas y actualizadas relacionadas con los procedimientos e intervenciones que se incluyen en la atención integral. Deben conocer y manejar técnicas de comunicación que les permitan entregar en forma óptima la información, asegurando la comprensión clara por parte de las personas que atienden. De no haber dichas competencias en algunas áreas, se deberá solicitar la concurrencia de personas con más conocimiento y habilidades, considerando un trabajo en equipo, amable, acogedor y contenedor.

9.4. La atención de mujeres y personas que se enfrentan a una muerte gestacional o perinatal debe ser oportuna, integral y multidisciplinaria.

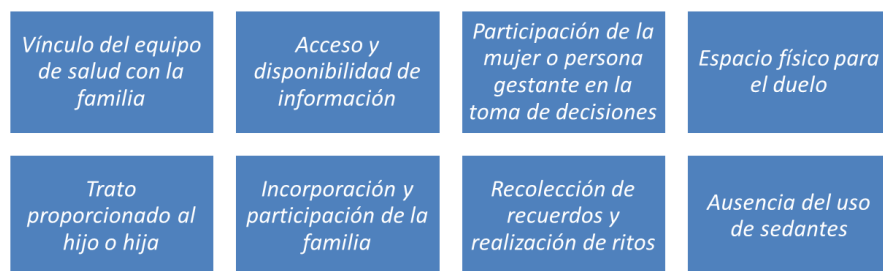
La oportunidad hace referencia a la celeridad en la respuesta del equipo de salud, sobre todo cuando se requiere acceder a la interrupción del embarazo.

En el acompañamiento biopsicosocial las personas que lo requieran tendrán acceso a consultas con psicólogo y trabajador social, visitas domiciliarias y consultas de especialidad de salud mental de acuerdo a la necesidad, según su red de derivación.

10. ESTÁNDARES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL DUELO GESTACIONAL Y PERINATAL

La atención integral a las personas que viven un duelo gestacional o perinatal se entenderá como el acompañamiento integral a la mujer o persona gestante y el padre o su acompañante significativo, ante una muerte o una potencial muerte gestacional o perinatal, otorgada por prestadores de salud según su nivel de complejidad, considerando los siguientes aspectos centrales:

Figura 3: Aspectos centrales de la atención integral al duelo perinatal o gestacional



Elaboración propia. Programa de Salud de la Mujer, Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. 2022

Los prestadores de salud deben garantizar, durante todo el proceso de atención y en los distintos niveles de complejidad, que este acompañamiento se base en la autonomía de las personas, validando sus decisiones en torno a su proceso, respetando sus tiempos y la forma en la que afrontan la situación que viven. Así también, la comunicación empática y centrada en las necesidades de quien vive el duelo gestacional o perinatal junto con la entrega de información oportuna y completa son fundamentales. De esta manera, la atención integral que las instituciones de salud deberán poner a disposición de las familias considerará los siguientes componentes:

Figura 4: Componentes del acompañamiento integral al duelo gestacional y perinatal



Elaboración propia. Programa de Salud de la Mujer, Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. 2022

10.1. Niveles de atención en los cuales se debe brindar atención integral al duelo gestacional y perinatal

La atención integral de duelo gestacional y perinatal debe ser brindada en todos los establecimientos de salud que atienden a mujeres o personas gestantes, puérperas, recién nacidos y a sus acompañantes significativos, en todos los niveles de atención; es decir, están incorporados los prestadores públicos y privados que otorguen atención ambulatoria y cerrada a estos grupos de personas, cada uno de ellos de acuerdo a su capacidad resolutive. Esta capacidad resolutive se define de acuerdo con la complejidad y tipo de prestaciones expresadas en su cartera de servicio, que dan cuenta del recurso humano, infraestructura y equipamiento con que cuenta la institución para realizar las atenciones de salud.²⁹

Tabla 1: Niveles de atención donde se debe brindar atención integral al duelo gestacional y perinatal.

Nivel de atención	Características	Establecimientos
Atención ambulatoria general	La atención en este nivel es exclusivamente ambulatoria, siendo esta de menor complejidad biomédica. Se realiza atención de salud perinatal integral, periódica y multidisciplinaria, con enfoque biopsicosocial, integrando a la pareja o persona significativa y familia. Además, se realizan controles post parto o post aborto/muerte gestacional/perinatal, control preconcepcional y de regulación de fertilidad.	Sistema Público de Salud (APS): - Centros de atención primaria (CESFAM y CECOSF) - Posta de salud rural - Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) - Servicios de Urgencia Rural (SUR) - Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR).
		Sistema privado: - Consultas ambulatorias, ya sea en centros médicos o consultas particulares (Presenciales o por telemedicina). - Servicios de urgencia de baja complejidad de adultos o pediátricos. - Atención domiciliaria general.
Atención ambulatoria de especialidad	Atención abierta de mayor complejidad en cuanto al recurso humano e infraestructura. Cuenta con: - Gineco-obstetras especialistas - Subespecialista en medicina	- Sistema Público de Salud: - Centros de Referencia de Salud (CRS). - Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) - Consultorios Adosados de Especialidades (CAE) integrados o

	materno fetal • Ecografistas • Neonatólogos • Otras especialidades que se requieren para el proceso diagnóstico y terapéutico (anestesiistas, anatomopatólogos, genetistas y otros). También cuenta con profesionales no médicos altamente capacitados: • Matró(a) • Psicólogo(a) • Trabajador(a) Social En estos centros se cuenta con acceso a exámenes y equipamiento tecnológico de alta capacidad diagnóstica.	anexos a hospitales (Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico).
		Sistema Privado: • Centros médicos de red de salud privada. • Consultas privadas • Consultas adosadas a las clínicas privadas.
Atención Cerrada	Es el nivel de mayor complejidad y el más completo con respecto a la cartera de prestaciones que ofrece, dado a su alta capacidad resolutoria. Atiende a: • Quienes consultan espontáneamente en los Servicios de Urgencia y/o aquellas que han sido derivadas desde otros niveles de atención. • Quienes se encuentran hospitalizadas en cualquier cama hospitalaria.	Sistema Público y Privado: Hospitales y clínicas de mediana y alta complejidad con atención de especialidad por medio de equipos clínicos gineco-obstétricos, otros especialistas médicos y profesionales no médicos.

Elaboración propia. Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria.
División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. 2022

Las instituciones de salud deberán elaborar, socializar e implementar protocolos locales de atención integral a mujeres o personas gestantes, al padre y/o acompañante significativo que viven una muerte gestacional o perinatal, el cual se debe regir por los siguientes estándares:

10.2. Primera Respuesta integral

La primera respuesta integral se entiende como la primera acogida que debe realizar el equipo de salud a la mujer o persona gestante y a su acompañante, la cual se debe basar en la entrega de información oportuna y suficiente junto con asegurar la contención emocional que las personas que viven el duelo gestacional o perinatal requieren y debe darse en un contexto controlado para la entrega de malas noticias en salud. Junto con esto, considera la vinculación de la mujer o persona gestante con el nivel de atención que corresponda para la resolución clínica del caso.

Esta primera respuesta deberá otorgarse en cualquier nivel de atención donde se diagnostique la muerte gestacional o perinatal. Desde la perspectiva psicosocial, el acompañamiento a la mujer o persona gestante y al padre o acompañante significativo se debe iniciar desde el diagnóstico ominoso o de mal pronóstico de viabilidad, por lo que también será aplicable para las situaciones donde se diagnostican patologías del feto que se relacionan directamente con un resultado de muerte gestacional o perinatal.

Las acciones que los prestadores deben garantizar para una primera respuesta adecuada son:

- Entregar la primera acogida a la mujer o persona gestante y a su acompañante significativo si, al momento de la atención, por hallazgo clínico o ecográfico se confirma la muerte gestacional y/o situaciones clínicas que puedan desencadenar la muerte gestacional o neonatal.
 - a. La comunicación de la muerte se debe llevar a cabo cuando termine el procedimiento que entrega el diagnóstico, cuando la mujer o persona gestante esté cómoda y se encuentre acompañada, si así ella lo requiere.
 - b. Primera respuesta de intervención en crisis: primeros auxilios psicológicos, análisis de las dimensiones del problema y análisis de posibles soluciones. Lo anterior, resguardando el espacio de privacidad, respetando los silencios, utilizando el lenguaje adecuado y pertinente por medio de comunicación no verbal acogedora y contenedora.
 - c. En este proceso, el profesional que realiza la atención debe resguardar la presencia de una figura de apoyo que pueda brindar contención emocional a las personas que reciben la mala noticia, quién acompañará hasta el momento de la derivación o traslado de la persona gestante a otro nivel de atención según se requiera, disponiendo de un espacio físico que resguarde la privacidad requerida para estos casos.

En el caso de no contar con esta persona de apoyo, un miembro del equipo de salud debe asumir este rol de contención, brindando acompañamiento compasivo y sensible, desplegando diversas actitudes y habilidades comunicativas.

- d. Realizar la referencia coordinada y/o asistida o traslado (según se requiera) al nivel secundario de especialidades (específicamente a los Policlínicos de Alto riesgo Obstétrico-ARO) o el nivel de especialidad obstétrica acorde a su seguro de salud o las Urgencias Gineco-Obstétricas, según corresponda por condición clínica.
- e. Entregar oportunamente información verbal y escrita de fácil comprensión, a la mujer o persona gestante y/o al acompañante que ésta haya designado, sobre la situación clínica de la misma. **Esta actividad se realizará todas las veces que sea necesario para resguardar la correcta comprensión de la información entregada, considerando el contexto de lo que está viviendo la familia.**
- f. Proceder conforme lo dispone el artículo 15 letra b) y c) de la Ley N° 20.584 si la mujer o persona gestante se encontrase en riesgo vital o se encuentra sin poder expresar su voluntad y no ha dejado su consentimiento escrito en forma anticipada.
- g. Velar por la continuidad de atención ginecológica y obstétrica, psicológica y social, según requiera cada caso.
- h. Registrar las prestaciones otorgadas en la ficha clínica y en cualquier otro sistema de información establecido a modo de favorecer el monitoreo y seguimiento de estos casos.

10.2.1. Comunicación de malas noticias: muerte gestacional y perinatal

La comunicación de malas noticias, en especial la de una muerte gestacional o perinatal, representa un espacio relacional de gran relevancia por el impacto que produce a las personas que la reciben. La muerte que se comunica altera negativamente sus expectativas acerca del presente y del futuro. También la comunicación de una muerte gestacional y perinatal tiene efectos a largo plazo en la relación entre la mujer o persona gestante, familiares o personas significativas acompañantes y el equipo tratante o de atención.

Es importante considerar que para la medicina occidental actual su énfasis se encuentra muchas veces en sanar, desde aquí, cuando no se puede evitar el sufrimiento y la muerte, los equipos de salud sienten que han fallado y el costo emocional de tal experiencia puede ser determinante en el desarrollo de sus labores de atención en el futuro.

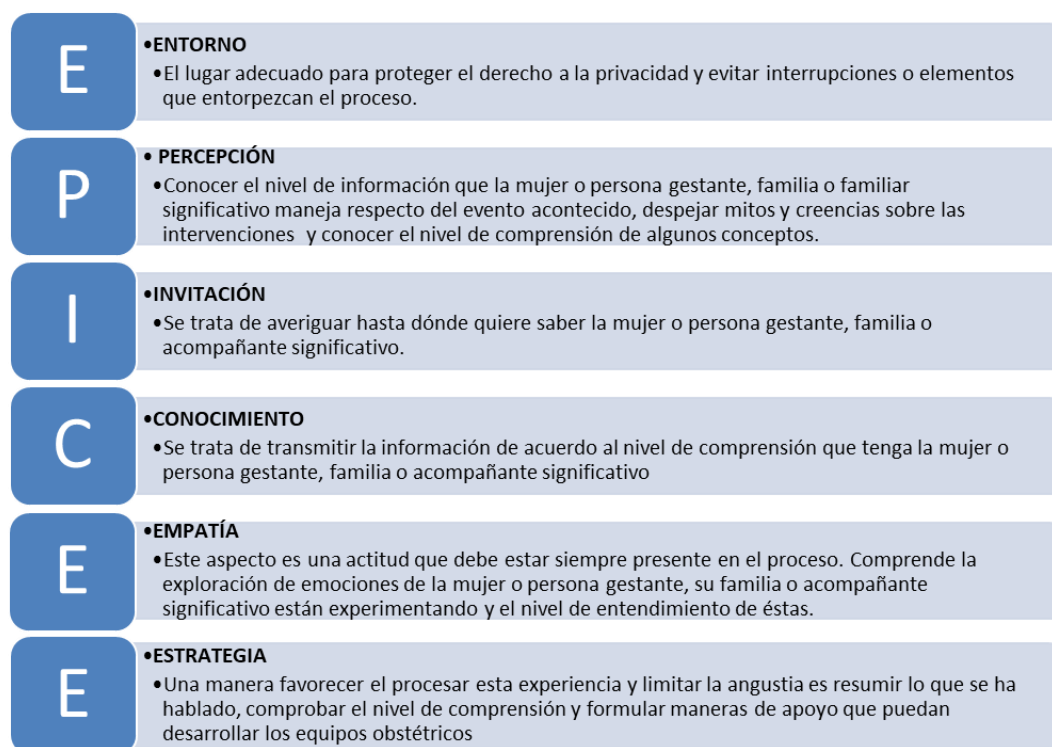
Del mismo modo, desde la perspectiva de quienes comunican, es posible aseverar que aquel momento es estresante para el equipo tratante o de atención. Quienes han vivido esta experiencia reportan que el estrés se presenta antes de comunicar la información a la persona gestante, familiares o acompañante significativo, y perdura incluso después del encuentro con éstos, a pesar de que hayan percibido un buen manejo comunicacional durante este proceso.

Un aspecto esencial para afrontar la comunicación de una muerte gestacional y perinatal es mediante la escucha activa, conocerlos y comenzar por entender qué es lo que más les importa. Estos aspectos los ha ido desarrollando su equipo obstétrico durante el proceso de atención. Este hecho determina la importancia de que sea su equipo tratante o de atención de tal momento quienes deben realizar el acto de comunicar. Siendo relevante que todos los integrantes del equipo de atención o tratantes desarrollen y tengan las habilidades para este proceso, evitando así la sobrecarga de algún profesional en particular.

Estrategias y obstaculizadores para comunicar una mala noticia frente a una muerte gestacional o perinatal

Para afrontar el proceso de comunicar una muerte gestacional o perinatal es necesario desarrollar habilidades y actitudes comunicacionales que aporten a la humanización de las relaciones entre equipos de atención o tratantes y las familias. En esta línea es posible ejemplificar el proceso mediante las siglas EPICEE expuesto en la siguiente figura³⁰:

Figura 5: Proceso de entrega de malas noticias para una comunicación humanizada.

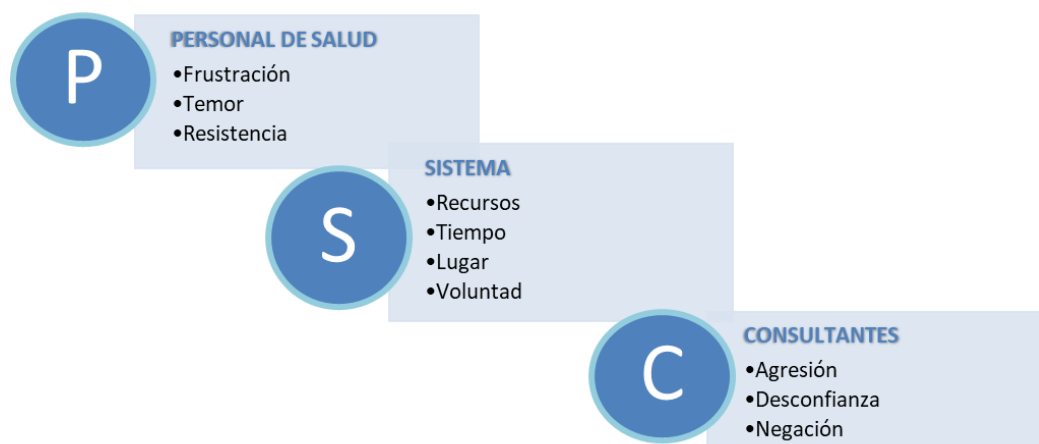


Extraído y adaptado por Programa de Salud Mental desde la Guía Práctica de Comunicación de Malas Noticias Propuestas para una comunicación humanizada. 2017

Por otro lado, una muerte gestacional o perinatal es un acontecimiento que se vive con exigencia y temor, sobre todo si ha estado presente la percepción o el hecho de una mala praxis dentro del equipo de atención. El personal de salud se implica personal y profesionalmente, pudiendo estar presentes una serie de obstaculizadores, los cuales generan resistencias ante la muerte y el

proceso de comunicar este hecho. A continuación, la triada de obstáculos para la comunicación de una mala noticia como es una muerte gestacional o perinatal:

Figura 6: Triada de obstáculos para la comunicación de una mala noticia

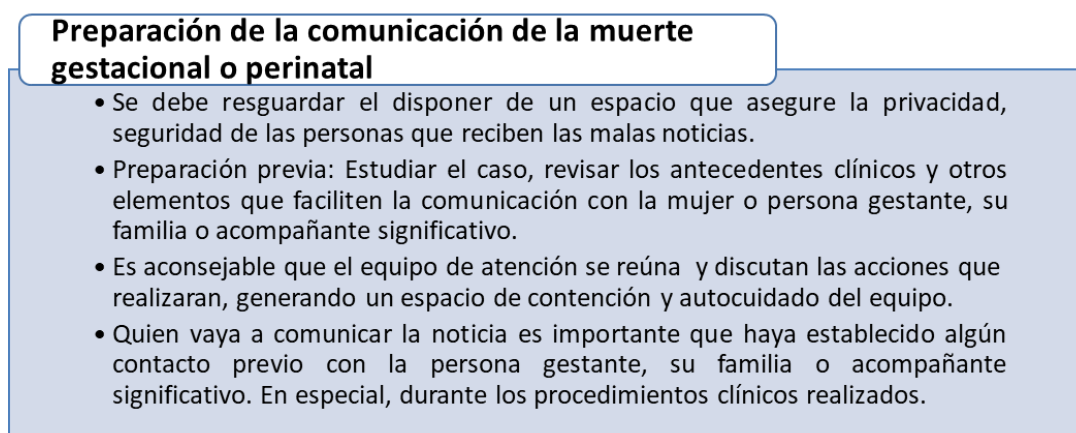


Extraído y adaptado por Programa de Salud Mental desde la Guía Práctica de Comunicación de Malas Noticias Propuestas para una comunicación humanizada. 2017

Proceso de comunicación de una mala noticia: muerte gestacional o perinatal

A continuación, se expone un esquema para el proceso de comunicación, el cual consta de tres fases: 1) Preparación de la comunicación, 2) Comunicación de la muerte perinatal y 3) Post-comunicación de la muerte perinatal.

Figura 7: Preparación de la comunicación.



Elaborado por Programa de Salud Mental. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

Figura 8: Comunicación de la muerte gestacional o perinatal.

Comunicación de la muerte gestacional o perinatal

- En el lugar preparado para la comunicación de muerte gestacional o perinatal es relevante la presencia de la persona gestante, algún familiar o acompañante significativo.
- Es de suma relevancia que quien comunique la noticia debe presentarse, usando nombre y cargo para orientar a la mujer o persona gestante y su acompañante.
- Quien comunique la noticia debe indagar el nivel de conocimiento que las personas tienen acerca de lo que está ocurriendo. Esto permite dar cuenta de la capacidad de comprensión, nivel de angustia, emociones presentes y si existe coherencia entre lo que dicen y expresan afectivamente. Asimismo, es relevante para poder detectar necesidades de apoyo posterior de otros profesionales (salud mental, trabajador social, religioso en caso de ser solicitado, etc.).
- Será importante que quien comunique la noticia, indague en cuánto y cómo desean informarse, ya sea nivel de detalle, contenido directo, etc. Esto permite que el diálogo se establezca considerando las necesidades de personas gestantes, sus familias o acompañante significativo, su nivel de comprensión y adecuar lo que se está comunicando de acuerdo al estado emocional que se vaya desarrollando.
- Posterior a la comunicación de la noticia, es relevante conservar y propiciar una actitud de empatía, enfocándose en la necesidad de una relación de apoyo por sobre un encuentro centrado en una comunicación de información. Así, el cuidar el lenguaje no verbal (postura, mirada, tono de voz, entre otros) será fundamental para ser coherente con el mensaje de apoyo que se quiere expresar.
- Al momento de comunicar, use pausas para la procesar la información y expresión emocional de la mujer o persona gestante, su familia o acompañante significativo. El uso de silencios es importante que sea respetado y evite "llenar" estos espacios con información que no se ha solicitado. Las pausas pueden ser de utilidad para reconocer quien comunica la noticia impacto negativo (por ejemplo: evitación) generado por las emociones desplegadas por las personas presentes.
- Quien comunica la noticia debe posibilitar un espacio para que la mujer o persona gestante, su familia o acompañante significativo resuelvan sus dudas, las cuales deben ser aclaradas con veracidad
- Evite un uso excesivo de lenguaje técnico, juicios de valor y eufemismos.

Elaborado por Programa de Salud Mental. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

Figura 9: Post Comunicación

Post-comunicación de la muerte gestacional o perinatal

- Quien comunique la noticia es importante verificar el nivel de comprensión de lo informado. Resolver eventuales dudas y mitos en torno a lo acontecido.
- Derivar a otros especialistas o personal de salud en caso de ser requerido.
- Orientar e informar sobre los pasos a seguir, explicar las opciones que tiene la paciente y su familia en cada proceso.
- Asegurar la continuidad de la atención y el seguimiento de la mujer o persona gestante, su familia o acompañante significativo por parte del equipo de atención.
- Desplegar estrategias de autocuidado en el equipo, luego de evaluar su estado emocional y sus necesidades que surgieron a partir de la comunicación de la noticia. Propiciar espacios de contención en el equipo.
- Comentar y evaluar el proceso junto a su equipo, con el objetivo de revisar el impacto emocional y las prácticas que se desplegaron.

Elaborado por Programa de Salud Mental. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

10.3. Atención Integral en nivel ambulatorio de especialidad:

En este nivel de atención, las mujeres o personas gestantes podrán ingresar derivadas desde la atención ambulatoria general o bien posterior a una consulta realizada en el servicio de urgencia. El nivel ambulatorio de especialidad se considera como la principal puerta de entrada para las mujeres o personas gestantes que viven una muerte gestacional o perinatal, por lo que los prestadores de salud deben incorporar como parte de su cartera de atención integral los siguientes estándares:

- Cuando el caso es ya conocido, la atención se debe considerar como prioritaria.
- Realizar acciones de primera respuesta de acuerdo a las necesidades de cada familia.
- La confirmación diagnóstica debe realizarse a través de evaluación de especialistas y exámenes generales y/o específicos, de acuerdo con la situación clínica de la persona gestante.
- Entregar oportunamente información verbal y escrita de fácil comprensión, a la mujer o persona gestante y/o al acompañante que ésta haya designado, sobre posibles escenarios de evolución del caso, alternativas para su resolución y riesgos asociados.
- Esta actividad se realizará todas las veces que sea necesario para resguardar la correcta comprensión de la información entregada, considerando el contexto de lo que está viviendo la familia.
- Consensuar plan de acompañamiento con la mujer o persona gestante, respetando sus decisiones y las de su acompañante significativo.
- Informar a la mujer o persona gestante sobre el plan de cuidados consensuado, entregando información anticipatoria que facilite el tránsito de la familia por las etapas del mismo.
- Frente a la decisión de interrumpir el embarazo, ya sea a través de mecanismos observacionales o manejo activo de la evacuación uterina, la decisión debe ser

consensuada con la mujer o persona gestante. El equipo de salud debe solicitar el consentimiento informado y debe quedar registrada en el formulario de entrega de información. (ver anexo).

- Ofrecer evaluación por genetista cuando corresponda.
- Velar por la continuidad de atención gineco-obstétrica, psicológica y social, según requiera cada caso.
- Registrar las prestaciones otorgadas en la ficha clínica y en cualquier otro sistema de información establecido a modo de favorecer el monitoreo y seguimiento de estos casos.
- Disponer material informativo que refuerce la información entregada verbalmente a la mujer o persona gestante y a su acompañante.

10.4. Ruta intrahospitalaria del duelo gestacional o perinatal

Durante el proceso de atención en Servicios de Urgencia y en atención cerrada, considerando el dolor que supone la muerte de un hijo/a y del contexto biopsicosocial de mayor fragilidad y sensibilidad, deberán salvaguardarse los cuidados que permitan que tanto la mujer o persona gestante como su acompañante puedan tener una experiencia positiva.

Los prestadores deben garantizar, como atención integral del duelo en este nivel de complejidad, que las familias transiten por una ruta sensible del duelo, la cual comprende el tránsito que hace la mujer o persona gestante, su acompañante significativo, su hijo o hija y la familia, desde el ingreso hasta el egreso hospitalario.

Así también, los procesos asistenciales que componen la ruta intrahospitalaria sensible del duelo deben ser optimizadas continuamente en base a la percepción de las personas respecto a la atención recibida en el establecimiento durante su experiencia de duelo.

Los estándares clínicos que determinan la ruta intrahospitalaria sensible del duelo son:

10.4.1. Estándares generales:

1. Garantizar una atención segura, privada, empática y compasiva con la familia que vive el duelo gestacional o perinatal.
2. Salvaguardar el acompañamiento continuo de la mujer o persona gestante por su pareja o acompañante significativo a lo largo de todas las etapas de la ruta intrahospitalaria del duelo, respetando siempre su decisión.
3. Disponer, en todas las etapas de la ruta intrahospitalaria del duelo, de un espacio físico que otorgue intimidad para situaciones emocionalmente sensibles. En el caso de no disponer de este, se sugiere ubicar a la familia en una sala aislada para estos efectos.
4. Realizar acciones de primera respuesta de acuerdo a las necesidades de cada familia.

5. Proceder conforme lo dispone el artículo 15 letra b) y c) de la Ley N° 20.584 si la mujer o persona gestante se encontrase en riesgo vital o sin posibilidad de expresar su voluntad y no ha dejado su consentimiento escrito en forma anticipada.
6. Realizar la confirmación diagnóstica a través de evaluación por especialistas y exámenes generales y específicos, de acuerdo con la situación clínica de la mujer o persona gestante.
7. Realizar acciones de rescate y estabilización hemodinámica de la mujer o persona gestante, según se requiera.
8. Consultar a la mujer o persona gestante si desea realizar rito funerario, ya que esta decisión determinará la óptima elección de la técnica de evacuación uterina.
9. Consensuar plan de acompañamiento con la mujer o persona gestante, respetando las decisiones de las personas usuarias.
10. Informar a la mujer o persona gestante sobre el plan de cuidados consensuado, entregando información anticipatoria que facilite el tránsito de la familia por las etapas del mismo.
11. Si la mujer o persona gestante decide interrumpir su embarazo, informarle las características de los métodos de interrupción que el equipo pueda ofrecer.
12. Realizar los procedimientos de evacuación uterina cuando corresponda, en consenso con la mujer o persona gestante, dejándolo por escrito en el consentimiento informado.
13. Mantener la disponibilidad y ofrecer a la mujer o persona gestante medidas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor durante todo el trabajo de parto o de aborto y puerperio. El uso de estas medidas se basará en la solicitud de la persona y en la condición clínica que ésta presente.
14. Permitir ingesta de régimen líquido amplio en mujeres o personas gestantes en trabajo de aborto o parto³¹.
15. Incorporar al equipo de atención a profesionales del ámbito psicosocial, considerando la relevancia del acompañamiento integral, identificación de redes de apoyo disponibles, identificación de factores de riesgo y de factores protectores, necesidad de vinculación con el intersector, entre otros.
16. Garantizar la entrega de placenta, si la persona lo solicita (De acuerdo a lo indicado en la norma de atención integral del puerperio - MINSAL²⁵).
17. Ofrecer y gestionar estudio anatomopatológico y evaluación por genetista, cuando corresponda.
18. Entregar oportunamente información verbal y escrita de fácil comprensión, a la mujer o persona gestante y al acompañante que ésta haya designado, sobre posibles escenarios de

evolución del caso, alternativas para su resolución y riesgos asociados. **Esta actividad se realizará todas las veces que sea necesario para resguardar la correcta comprensión de la información entregada, considerando el contexto de lo que está viviendo la familia.**

19. Velar por la continuidad de atención gineco-obstétrica, psicológica y social, según requiera cada caso, por medio de la referencia y contrareferencia a otros niveles de atención según corresponda.
20. Registrar en la ficha clínica, y en cualquier otro sistema de información establecido por la institución, a modo de favorecer el monitoreo y seguimiento. Se debe registrar:
 - Plan de acompañamiento consensuado con la mujer o persona gestante.
 - Prestaciones otorgadas
 - Medidas de apoyo y contención llevadas a cabo.

10.4.2. Estándares para favorecer la transición sensible de la familia en el establecimiento:

1. Intimidad:

- En la atención en Servicio de Urgencia, asignar espacio diferenciado: box aislado, resguardando la vigilancia de la salud de la mujer o persona gestante, desde el momento en que el equipo de salud sospeche o confirme un mal pronóstico o muerte fetal.
- En Hospitalización: Asignar a la mujer o persona gestante espacio diferenciado, tal como una habitación en la cual no tenga contacto con otras mujeres en trabajo de parto o puerperas ni con recién nacidos (Idealmente en unidades Ginecológicas o de Aislamiento).
- Disponer de espacio cómodo, acogedor y privado para el acompañamiento en situaciones emocionalmente sensibles a lo largo de toda la ruta intrahospitalaria del duelo gestacional o perinatal.

2. Uso de señalética:

- Disponer de señalética en puerta de la habitación, en la cama asignada, en la ficha clínica y/o en la estación de enfermería o matronería para comunicar rápidamente a todo el personal que se está en contacto con una mujer y familia que se enfrenta a una muerte gestacional o perinatal, por lo que se deben desplegar las habilidades de comunicación verbal y no verbal, junto con el cumplimiento a lo dispuesto en el protocolo establecido para el trato sensible y adecuado en estos casos. (Ver ejemplos en anexo 1).
- Será responsabilidad del prestador capacitar a todo el equipo de salud, administrativo y de apoyo con el fin de que conozcan esta señalética y su significado de modo que se eviten errores por desconocimiento, tales como preguntar “¿Dónde está su hijo/a?”, “¿Por qué está tan sola?”, entre otros.

3. Trato delicado y respetuoso del niño o niña:

- Identificar con brazalete de acuerdo a normativa vigente.
- Asegurar la limpieza suave de la piel y el retiro delicado de las vías y telas de fijación, cuando corresponda.
- Vestir con ropa limpia y envolver con un paño o manta limpia.
- Asegurar el acercamiento del niño o niña a su familia de forma solemne y respetuosa.

4. Traslados de la mujer o persona gestante/puérpera:

- Informar a la mujer o persona gestante con anticipación sobre su traslado, su destino y los objetivos terapéuticos del mismo.
- Resguardar que los traslados sean fluidos, realizando la entrega del caso clínico previamente entre el equipo que entrega y el equipo que la recibe.
- Asegurar el ingreso inmediato al box o sala asignada, evitando esperas en pasillos o espacios no preparados para una acogida sensible.
- Asegurar el acompañamiento continuo de acuerdo con la decisión de la mujer o persona gestante/puérpera.
- Toda persona del equipo de salud que tenga contacto con la mujer o persona gestante que vive el duelo gestacional o perinatal debe estar en conocimiento de ello para favorecer la comunicación sensible y respetuosa.

5. Traslado del hijo o hija:

- Los prestadores deben optimizar aspectos de trato, comunicación, calidad y estética en el traslado del cuerpo del hijo o hija.
- Aspectos que deben optimizarse:
 - Traslado del hijo o hija a la sala o cama de su madre: El cuerpo del niño o niña debe ingresar a la habitación de la madre en una cuna, no en una caja.
 - Mejorar la calidad y estética de la camilla, carrito o cuna de traslado.
 - Caja de traslado a sala de transición (Anatomía Patológica) debe ser de uso exclusivo para este objetivo y es deseable que su estética transmita la dignidad y solemnidad que tiene la vida humana y el cuerpo de un hijo o hija, cuya familia pierde con el máximo dolor.
 - No se usarán bolsas de plástico, bolsas de basura ni sabanillas manchadas con sangre.
 - El cuerpo del niño o niña debe estar limpio antes de ponerse en el dispositivo de traslado.
 - El lugar donde quede el cuerpo en espera de la entrega a su familia debe ser digno y asegurar su mantención en frío. **Se considerará como un incumplimiento grave de esta normativa el mantener el cuerpo del hijo o hija en áreas sucias u otro similar.**

Estos estándares deben cumplirse para el tránsito del cuerpo durante toda su estadía en el establecimiento de salud, y en cualquiera de sus dependencias, aun cuando la madre, padre o familia no esté presente.

10.4.3. Estándares para favorecer la despedida familiar sensible:

1. Despedida:

- Preguntar a la persona puérpera y al padre o acompañante significativo sobre su voluntad de conocer y de despedirse de su hijo o hija.
 - a. **Si aceptan el contacto y/o la despedida:** Esta se debe coordinar con el equipo a cargo del cuerpo del hijo o hija en el momento en que la familia solicite el contacto, para que sea una experiencia amorosa y positiva.
Número de contactos: Podrán existir uno o varios momentos de contacto entre el hijo o hija y su familia.

- Contacto inmediato piel con piel, al momento del parto
- Otros contactos durante la hospitalización.
- Se debe entender que la despedida no tiene por qué ser en una sola instancia. La madre y el padre probablemente necesiten ver a su hijo o hija más de una vez para conocerle, tomarle en brazos, acariciarle y hablarle, antes de despedirse definitivamente al entregar el cuerpo al servicio fúnebre.

¿Quiénes pueden acceder a los contactos de despedida?: El equipo de salud debe consultar a la persona puerpera y a su acompañante significativo sobre quiénes desean que estén presentes en la despedida, registrando nombres y RUN para facilitar su acceso al establecimiento. La entrada de hermanos, abuelos(as) y tíos(as) debe facilitarse.

¿Cuánto tiempo debe durar cada contacto?: Estas instancias de despedida deben tener el tiempo suficiente para que cada persona pueda, a voluntad, conectarse con el niño o niña, tomar en brazos, contemplarle, hablarle, compartir en familia, realizar ritos de acuerdo a la creencia familiar, según deseen.

Último contacto de despedida:

- Preparación para el contacto de despedida:
 - Planificar y coordinar oportunamente el último contacto de la familia con su hijo o hija, respetando la decisión de la misma sobre su participación en este proceso.
 - Salvaguardar el acompañamiento continuo y respetuoso a la familia durante la despedida por algún miembro del equipo de salud sensibilizado en el proceso de duelo gestacional/perinatal.

La actitud positiva del personal de salud muchas veces modela y contagia a la familia a tener también una actitud positiva ante una despedida dolorosa. Para la familia será una experiencia nueva y positiva, dentro del dolor que se vive, y para el personal de salud que apoya la despedida será, con el tiempo, una experiencia enriquecedora en humanización.

- Si rechazan las instancias de despedida:** Siempre existe la opción de cambio de voluntad, por lo cual se debiera ofrecer nuevamente, ya que hay familias que necesitan más tiempo para tomar una decisión.
- Si definitivamente rechazan la despedida:** Se puede generar un espacio para explorar las razones de decisión y planificar la despedida sólo con quien acepte.

Es importante que el lenguaje del equipo sea compasivo para no emitir juicios de valor ni intentar convencer a quién no acepta despedirse.

- Se deberá favorecer el uso de instrumentos de apoyo ya que pueden facilitar la despedida amorosa y compasiva. Algunos ejemplos de estos son: una vela, escribir una carta al hijo o hija, vestir al hijo o hija con la ropa elegida por los padres, disponer de flores, guardar recuerdos de maternidad y paternidad, peluche o dibujos de regalo de su hermano(a), la utilización de la caja de recuerdos de Chile Crece Contigo, entre otros.

- También se deberá apoyar la realización de rituales de acuerdo con las creencias de cada familia. Se recomienda tener un catastro de instituciones o personas que realizan este tipo de ceremonias para contactar a solicitud de la familia.

2. Recolección de recuerdos de maternidad y paternidad³²

Los ritos de despedida, así como atesorar objetos y recuerdos del hijo o hija, son acciones muy importantes para poder integrar esta experiencia a la vida, sentir y mostrarle al mundo que esa persona que no todos pudieron conocer sí existió, y que el dolor por su muerte es válido y merece ser reconocido. El rol activo del equipo salud es esencial en esta tarea, considerando que:

- Madres y padres agradecen y valoran el tener la posibilidad de hacer recuerdos de sus hijos o hijas, por ejemplo: fotografías, guardar ciertos elementos de él o ella (brazalete identificador, mechón de pelo), etc³³.
- Recolectar y tener objetos y recuerdos en una caja de memoria puede contribuir a facilitar en varios aspectos la elaboración del duelo de las madres y los padres: les ayuda a aceptar la muerte, les da espacio a expresar su dolor y amor contenidos, a realizar ritos necesarios de despedida significativos para su historia y la de sus familias, a contar con objetos concretos que ayudan a hacer visible el vínculo con el hijo o hija, a sentir que su existencia es reconocida por otros y a ver validados sus sentimientos por esa pérdida.
- Los recuerdos de maternidad/paternidad son también un gran apoyo al equipo de salud al momento de enfrentar el acompañamiento del duelo gestacional o perinatal³⁴.

Los prestadores deben ofrecer la posibilidad de resguardar recuerdos de hijos o hijas y hacer las gestiones necesarias para que se concrete la recolección de estos de acuerdo al deseo de la familia. Ejemplos de estos recuerdos son:

- Fotografías y/o videos
- Impresiones de pies, manos o placenta.
- Mechón de pelo
- Brazalete de identificación
- Clamp de cordón
- Tarjeta de identificación de cuna con datos de nacimiento
- Entre otros

Fotografías en casos de duelo perinatal

- El equipo de salud debe ofrecer esta posibilidad a la familia, y proveer las condiciones óptimas para su realización: Intimidad, disponibilizar una manta, gorro, etc.
- Algunos ejemplos de fotografías: <https://www.nowilaymedowntosleep.org>

3. Aspectos relacionados a Anatomía Patológica:

- Modificar el término Morgue, reemplazándolo por “Sala de Transición”, “Sala de Despedida” u otros que realcen la solemnidad del espacio para las familias que viven el duelo.
- Dar continuidad a los estándares de trato delicado y respetuoso del cuerpo del niño o niña.
- Generar acciones de mejora continua que avancen hacia la optimización de los espacios físicos y del acompañamiento del equipo, para brindar una atención compasiva, respetuosa y sensible con el duelo.

- Asegurar la capacitación del equipo clínico, administrativo y de apoyo para el acompañamiento integral a la familia en este servicio, considerando que las acciones realizadas en él corresponden a una actividad clínica más del proceso asistencial del duelo gestacional o perinatal.

10.4.4. Estándares de comunicación del equipo de salud

1. Revisar y sensibilizar el lenguaje a utilizar:

- Preguntar a la familia el nombre del hijo o hija y referirse a él por su nombre. No utilizar:** “huevo anembrionado”, “restos”, “el óbito”, “el caso de la anencefalia”, “el mortinato”, entre otros.
- Salvaguardar que en los letreros o rótulos que la familia pueda ver a lo largo de la ruta intrahospitalaria del duelo contengan términos respetuosos con el proceso que vive. Por ejemplo, reemplazar el rótulo de la caja que traslada el cuerpo del hijo o hija que indica “restos biológicos” por “Caja o dispositivo de traslado”, o la palabra “Morgue” por “Sala de Transición”.
- La calidad de la interacción que tenga el equipo de salud con la persona que vive el duelo, su hijo o hija y su familia es determinante en la experiencia que ellos perciban en ruta intrahospitalaria del duelo.** Es clave que el equipo tenga una organización al atender estos casos y un entrenamiento en contención efectiva. La o las personas que atiendan a la familia en duelo deben primero chequearse a sí mismas para conocer su propio estado emocional y evaluar si pueden enfrentar esta atención. De no ser así, se debe organizar la atención con otra persona
 - El equipo debe tomar el rol de figura de apego temporal, que contiene con su calma el dolor emocional de la mujer o persona gestante/puérpera.
 - Resguardar el contacto visual.
 - Usar un tono de voz bajo.
 - Hablar lento, entregando información compasivamente, de forma clara y precisa.
 - Mantener la consciencia del lenguaje verbal y no verbal.

¿Qué decir?	¿Qué no decir?
<i>Frases que validen lo que siente la familia, ofrecer apoyo, mostrarse disponible.</i>	<i>Evitar cualquier frase que invalide o minimice lo que está sintiendo la persona afectada y su familia.</i>
• “Siento lo que les ha pasado” • “Me imagino cuánto querían/esperaban a ese hijo(a)” • “Como equipo estamos aquí para apoyarlos”	• “Sé fuerte” • “Es la voluntad de Dios” • “Todo pasa por alguna razón, es el destino” • “No es el fin del mundo” • “Ahora tienes un angelito” • “Ahora está en un lugar mejor” • “Al menos no llegaste a conocerle bien” • “Eres joven, ya tendrás más hijos” • “Debes ser fuerte por tus hijos/ esposo/ familia, etc.” • “El tiempo lo cura todo” • “No llores”

Elaboración Propia. Chile Crece Contigo. Piloto de Fortalecimiento de la atención del duelo perinatal - primera respuesta en hospitales de la red pública de salud.

- d. **Entrega de información relevante para la familia:** La información que se entrega a la familia debe ser la necesaria, útil, corta y clara, y debe ser repetida las veces que sea necesario según se observe por medio del chequeo continuo de la comprensión del mensaje por parte de la familia.

10.4.5. Consideraciones técnicas para el manejo de la lactancia materna en duelo:

Para las mujeres que han perdido un hijo/a, el hecho de notar que sus cuerpos producen leche puede tener gran impacto³⁵. Es habitual que se presente goteo de leche, congestión mamaria, dolor y sensibilidad en las mamas, muchas veces después del alta del servicio de gineco-obstetricia y en el momento de la ceremonia de despedida del niño o niña, lo que desafía físicamente a las madres en un momento de alto estrés emocional³⁶. Por tanto, es muy importante que los equipos de salud acompañen de manera adecuada, sensible y basada en evidencia a aquellas mujeres y sus familias que experimentan el doloroso proceso de pérdida de su hijo o hija, considerando tanto el impacto socioemocional como físico.

1. El abordaje de la lactancia en el contexto del duelo gestacional o perinatal debe basarse en la elección libre e informada de la mujer y su familia. El equipo no debe hacer suposiciones sobre las habilidades o preferencias de los padres respecto a la Lactancia Materna.
2. Brindar información anticipatoria sobre lo que se podría esperar en el contexto del inicio normal de la lactancia.
3. Presentar todas las opciones para el manejo de la lactancia en duelo y facilitar la toma de decisiones informada.
4. Respetar el significado único de la lactancia para los padres en duelo.
5. Respetar y facilitar las decisiones, y los cambios sobre las mismas, al respecto de cómo se quiere vivir la lactancia en duelo.

Anexo 3 contiene información relevante para consensuar el plan de cuidados sensibles a la lactancia materna en duelo.

11. SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

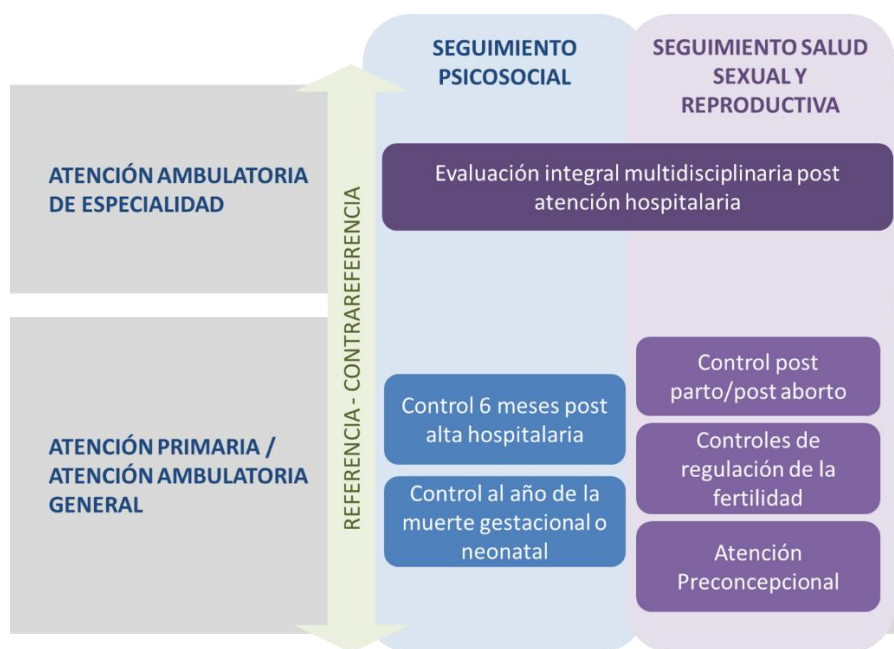
Posterior a la atención integral intrahospitalaria es de suma relevancia que el equipo de salud ofrezca seguimiento a las familias que viven el duelo gestacional o perinatal, ya que se encuentran en un contexto de mayor vulnerabilidad desde el punto de vista psicológico, social y legal. Este acompañamiento, al igual que el vinculado a la ley 21.030, podrá ser aceptado, rechazado, terminado en forma anticipada, decisión que debe ser respetada por el equipo de salud, quedando consignada en ficha clínica. Importante considerar que las personas usuarias pueden cambiar su decisión con posterioridad, para lo cual el equipo de salud deberá estar disponible para realizar las gestiones correspondientes.

Si el acompañamiento es aceptado por la persona usuaria, es necesario que los equipos realicen acciones de coordinación y seguimiento desde todos los niveles de atención para procurar la continuidad de los cuidados para la mujer o persona puerpera, considerando también a su pareja y/o figura(s) de apoyo significativo. Se deberá contar con un sistema de trazabilidad del acompañamiento, el cual dependerá de cada prestador.

En cada una de las instancias de seguimiento, el profesional que entrega la atención debe asegurar la confidencialidad y el trato respetuoso, para analizar en conjunto la situación actual, abordar todos los temas que la mujer y su pareja desean manifestar y orientar el autocuidado y cuidado mutuo.

El modelo de seguimiento y continuidad de cuidados que los prestadores deberán disponer para las familias es el siguiente:

Figura 10: Modelo de seguimiento y continuidad de cuidados del duelo gestacional o perinatal.



Elaboración Propia. Programa Nacional de Salud de la Mujer, Ministerio de Salud. 2022

11.1. Seguimiento en nivel ambulatorio de especialidad

Toda mujer o persona gestante que sea atendida en un establecimiento hospitalario, que haya vivido una muerte gestacional o perinatal, y que acepte el seguimiento, deberá ser citada a evaluación multidisciplinaria posterior a su egreso (Egreso de hospitalización o de Servicio de Urgencia). El equipo de salud que da el alta a la persona puérpera (de parto o aborto) debe realizar la derivación gestionada correspondiente para la realización de este control hasta 15 días después del egreso.

Este control multidisciplinar deberá contemplar la atención por dupla psicosocial, médico gineco-obstetra y matrán/a resguardando que esta atención sea realizada en un espacio físico diferenciado de la atención obstétrica.

11.1.1. Aspectos de seguimiento psicosocial post alta:

- Esta consulta tiene la finalidad de detectar aspectos psicosociales que no estaban presentes al momento del alta y que es esperable que aparezcan con posterioridad, junto con informar y/o vincular a la familia con grupos locales de apoyo para padres en duelo, si estos lo desean.
- Podrá ser realizado por:
 - Dupla psicosocial vinculada a Ley 21.030 – IVE, si corresponde.
 - Dupla vinculada a Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo
 - Otro equipo psicosocial disponible, según oferta local.
- Excepcionalmente, en el caso de que el hospital o clínica donde fue atendida la persona puérpera y su pareja no cuente con acceso a equipo psicosocial, se deberá realizar derivación gestionada según seguro de salud de la persona usuaria.

11.1.2. Aspectos de seguimiento de Salud Sexual y Reproductiva post alta:

- Evaluación clínica integral gineco-obstétrica por médico/a y/o matrán/a, incluyendo aspectos biomédicos y psicosociales.
- Consejería de Regulación de la fertilidad.
- Derivación gestionada a otros especialistas o a atención ambulatoria según se requiera.
- Definir plan de atención y nivel de atención de seguimiento.

11.2. Seguimiento en atención ambulatoria

El equipo que realizó la evaluación multidisciplinaria post alta en el nivel de especialidad debe realizar una derivación gestionada, según el seguro de salud de la persona puérpera, para el seguimiento en atención ambulatoria, el que se registrará por los siguientes lineamientos:

11.2.1. Seguimiento psicosocial:

Se deberá asegurar el acceso y la oportunidad de atención psicosocial a los 6 meses post alta y al año después de ocurrida la muerte gestacional o neonatal.

Figura 11: Aspectos a considerar en el seguimiento psicosocial.

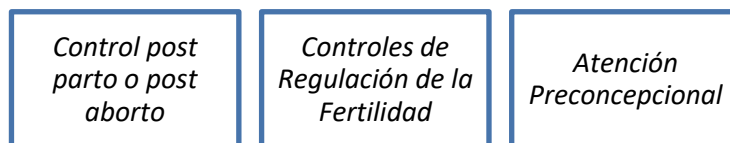
Control a realizar	Aspectos a evaluar y/o considerar
Seguimiento a los 6 meses post alta hospitalaria	- Evolución y elaboración del duelo perinatal. - Otras condiciones emocionales secundarias a una pérdida reproductiva, como la depresión. - Reevaluación de los riesgos psicosociales y los apoyos con los que cuenta la mujer. - Estrategias de autocuidado y/o participación en grupos locales de apoyo para padres en duelo. - Pertinencia del apoyo de otro profesional, como trabajador social, terapeuta ocupacional u otro. A modo de favorecer el autocuidado de la mujer y el apoyo mutuo entre la mujer y su figura significativa, es necesario considerar la participación de esta figura en un próximo control.
Seguimiento al año de la muerte	La consulta psicológica al año de ocurrida la muerte, es un momento sensible para la mujer, por lo cual, dicha consulta es una instancia para evaluar la elaboración del duelo

Figura 12: Aspectos a considerar en todas las instancias de seguimiento psicosocial.

ASPECTOS A CONSIDERAR EN TODAS LAS INSTANCIAS DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL	
1	Al detectar sintomatología depresiva, se deben aplicar los instrumentos de screening vigentes, realizar la evaluación y confirmación diagnóstica, y si efectivamente cursa con una depresión, ingresar al SIGGES para comenzar al tratamiento por GES N°34: depresión en personas de 15 años y más.
2	Si se detecta alguna situación de salud mental de mayor complejidad y que no es posible abordar en el nivel de atención primaria, se debe realizar la derivación al nivel de salud mental de especialidad, según mecanismo vigente.
3	En caso de confirmar la existencia de riesgos psicosociales (nuevos o de continuidad), se deberán realizar las coordinaciones respectivas para disponer de los apoyos necesarios desde la red intersectorial local, según la oferta y necesidad de la mujer, su pareja y familia.
4	Cuando, en el relato de la mujer, aparecen temas a resolver en relación a la planificación familiar, en cualquiera de los controles de seguimiento, se debe realizar la derivación gestionada al profesional correspondiente con el fin de entregar un apoyo integral.

11.2.2. Aspectos de seguimiento de salud sexual y reproductiva en atención ambulatoria

La continuidad de atención en Salud Sexual y Reproductiva en atención ambulatoria contempla las siguientes prestaciones:



En dichas instancias se debería considera lo siguiente:

- Evaluación integral incluyendo aspectos biomédicos y psicosociales.
- Consejería de métodos anticonceptivos o continuidad de método anticonceptivo iniciado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología.
- Rescate de personas en período de puerperio que estén inasistentes a control después del alta.
- Derivación gestionada a profesional que corresponda para dar continuidad al proceso de acompañamiento psicosocial considerando las necesidades y decisión de las personas, integrando a la pareja, o persona significativa, y familia.
- Derivación gestionada a atención de especialidad, según corresponda.
- Programar próximos controles de acuerdo al método anticonceptivo seleccionado o necesidades de atención de la persona usuaria.
- Releva la importancia de la atención preconcepcional ante deseo de un nuevo embarazo, con el fin de realizar el acompañamiento pertinente a una futura gestación arcoíris.

12. AUTOCUIDADO DEL EQUIPO DE SALUD

12.1. Impacto del duelo perinatal en los equipos de salud e importancia de cuidar al cuidador

Existe un alto consenso en que el duelo gestacional impacta emocionalmente también a las personas que conforman el equipo de salud³⁷, quienes manifiestan sentimientos de pena, ansiedad, inseguridad, resentimiento, culpa, rabia, miedo, sensación de fracaso e impotencia; y a veces, esta experiencia se puede extender más allá de la jornada laboral y del hospital³⁸. Estas sensaciones pueden acabar disminuyendo la calidad de las acciones clínicas y en ocasiones generar el “síndrome del quemado” o burn-out.

Cada persona del equipo elabora una forma única y personal de administrar cuidados ante la muerte, mezcla de vivencias propias y meramente laborales. Se ha identificado, como forma de enfrentar la muerte, la tendencia a evadir la situación, a resignarse y a elaborar experiencias de vida a través de estos procesos³⁹. Con frecuencia, esta respuesta emocional de los equipos de salud se expresa en conductas defensivas o protectoras del propio malestar, tales como:

- Evitar el contacto con la familia.
- Mostrar una actitud distante, sin mucha expresión emocional.
- Comunicar con un predominio de información cognitiva por sobre las emociones.
- Minimizar el impacto de la muerte, sobre todo en gestaciones muy tempranas.
- Tener una atención con predominio de la atención física o de intervenciones, más que atención psicoemocional.

Desde la percepción de la mujer y su familia, estas conductas mencionadas son percibidas como una experiencia relacional negativa que podría agravar el curso del duelo perinatal.

Por otro lado, los equipos de salud expresan que contar con conocimientos actualizados y formación sobre la mejor forma de acompañar a los padres en este proceso, les facilitaría poder afrontar estas situaciones y dar respuesta a las demandas de los padres⁴⁰.

Cuidar a los equipos de salud como “segunda víctima” es esencial para la atención integral del duelo gestacional o perinatal porque, precisamente, lo que las personas usuarias valoran positivamente es contar con personas que puedan conectarse compasivamente con su dolor emocional, y entregarles herramientas para enfrentarlo sin aumentar su sufrimiento. Para cumplir este desafío se tiene que velar por el bienestar integral de los equipos de salud y por la capacitación necesaria para desarrollar las habilidades de acompañamiento compasivo y respetuoso.

12.2. Medidas de autocuidado para equipos de salud perinatal

Los prestadores institucionales deben implementar medidas de autocuidado generales, para todo el personal de salud, y medidas especiales individuales y grupales para equipos que trabajan atendiendo casos de duelo perinatal. A continuación, se describen sintéticamente, siendo muy importante a tratar con mayor amplitud en el programa de capacitación institucional:

12.2.1. Medidas generales de autocuidado para equipos de salud⁴¹

El autocuidado consiste en conductas individuales y de práctica diarias integradas a la vida cotidiana que ayudan a mantener un estado de bienestar integral. Las profesiones de salud están orientadas a cuidar a otros, y es esencial que este cuidado empiece por la propia persona que lo ejerce.

Los prestadores deben contar con instancias de promoción en salud dirigida a los equipos que consideren: Hábitos saludables, mantener el bienestar físico, realizar ejercicios o actividad física, cuidar la salud mental y emocional, manejo del estrés, entre otros.

12.2.2. Medidas especiales de autocuidado para equipos de salud perinatal⁴²:

La tarea de acompañar o cuidar a la familia que sufre una muerte, requiere que el personal de salud esté disponible y preparado para acercarse con sus afectos, no sólo con sus conocimientos. Es así como la empatía, la compasión y la autocompasión, se convierten en un importante recurso para lograr un acompañamiento integral, dando pie a actitudes y acciones cuyo fin sea aliviar el sufrimiento, tanto de un otro como el propio^{43,44,45}.

Los protocolos institucionales deben incorporar acciones de autocuidado para equipos que deben atender casos de duelo perinatal, según los siguientes estándares:

Autocuidado de los equipos durante la atención del duelo gestacional o perinatal⁴⁶

- Intencionar la rotación de personas que atiendan a las familias que sufren una muerte gestacional o perinatal.
- Evitar que una misma persona acompañe en un mismo momento un nacimiento y una muerte gestacional o perinatal (Cuidados uno es a uno, promoviendo la continuidad del cuidado).
- Asegurar que haya tiempo de pausa entre la atención a una familia que vive una muerte gestacional o perinatal y a un parto con un recién nacido vivo.

Espacios de autocuidado pre y/o post atención del duelo gestacional o perinatal⁴⁶

- Instalar espacios reflexivos protegidos después de la atención al duelo perinatal o gestacional⁴⁷, el que permita la expresión de emociones en un ambiente seguro, compartir experiencias percibidas como difíciles, resolución de dudas, entre otros. Algunos ejemplos:
 - Grupos de apoyo.
 - Tratar el tema en reuniones clínicas.
 - Feedback en el equipo
 - Espacios de reunión para plantear temáticas a jefaturas.
 - Espacios de apoyo con profesionales de salud mental.
- Espacios de prevención del Síndrome de Burnout o estrés crónico: intervenciones laborales, talleres, medidas de autocuidado, entre otras.
- Mantener capacitación y formación continua en acompañamiento al duelo gestacional o perinatal.

13. RUTA ADMINISTRATIVA DEL DUELO GESTACIONAL O PERINATAL

La ruta administrativa del duelo gestacional o perinatal corresponde a todos los trámites administrativos que se deben realizar para que la familia pueda inscribir a su hijo o hija en Servicio de Registro Civil e Identificación, para el retiro del cuerpo del niño o niña y para la realización de la ceremonia de despedida determinada por ellos.

Para que esta ruta administrativa sea fluida para la familia en duelo, los prestadores deben:

- a. Emitir y entregar a los padres el comprobante de parto de nacido vivo, cuando corresponda.
- b. **Emitir y entregar a los padres el certificado médico de defunción y estadística de mortalidad fetal ante cualquier muerte gestacional, en cualquier edad gestacional (abortos y mortinatos).**
- c. Ofrecer estudio anatomopatológico cuando corresponda, y gestionarlo según la decisión de la familia.
- d. El equipo de salud debe entregar información a la familia, la cual debe otorgarse de forma completa, oportuna y compasiva:

INFORMACIÓN RUTA ADMINISTRATIVA DEL DUELO DIRIGIDA A LAS FAMILIAS

INSCRIPCION EN SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

- **En caso de muerte gestacional (aborto a cualquier edad gestacional y mortinato):**
Inscripción voluntaria del hijo o hija en el Catastro de Mortinatos del Servicio de Registro Civil e Identificación, para lo cual se debe presentar el Certificado de Defunción y Estadística de Mortalidad Fetal.
- **En caso de muerte perinatal (mortineonato):**
 - Se debe inscribir el nacimiento en el Servicio de Registro Civil e Identificación, mediante comprobante de parto entregado en la institución de salud.
 - Luego de la inscripción del nacimiento, se debe realizar la inscripción del fallecimiento, presentando el Certificado de Defunción y Estadística de Mortalidad Fetal.

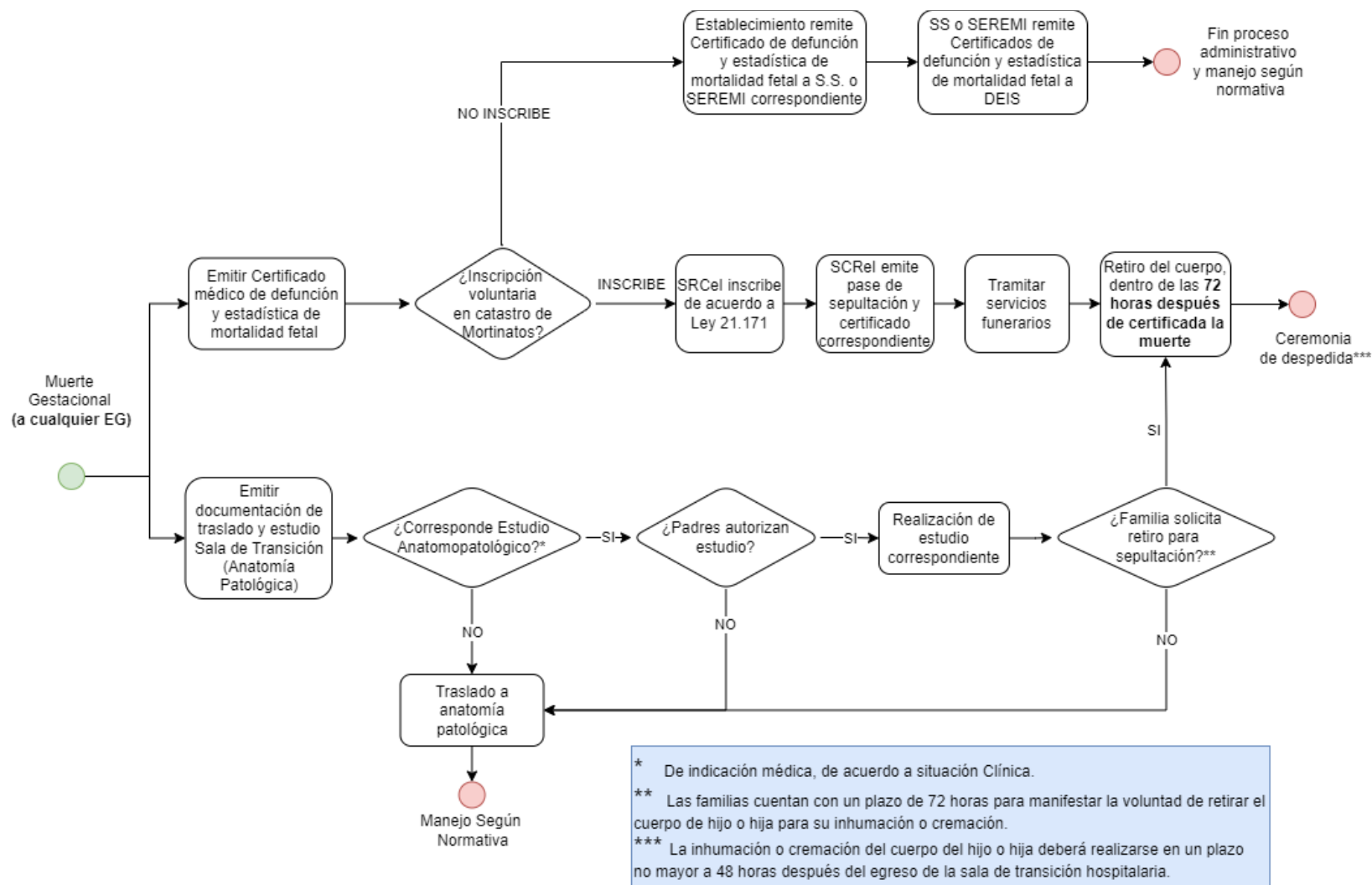
RETIRO DEL CUERPO DEL HIJO O HIJA

- El equipo de salud debe informar a la familia que existe la posibilidad de retirar el cuerpo de su hijo o hija, para lo cual se requiere tramitar un servicio funerario.
- El plazo para manifestar la voluntad de retirar el cuerpo de hijo o hija es de 72 horas luego de certificada la muerte.
- Para poder retirar el cuerpo se debe realizar la inscripción correspondiente en el Servicio de Registro Civil e Identificación, el que estará encargado de emitir el pase de sepultación requerido para la contratación del servicio funerario y posterior inhumación o cremación.
- La inhumación o cremación del cuerpo, según sea la decisión de la familia, se debe llevar a cabo en un plazo no mayor a 48 horas desde la salida de la sala de transición hospitalaria (Anatomía Patológica).

VINCULACION CON PROGRAMAS ESPECIALES O INSTITUCIONES

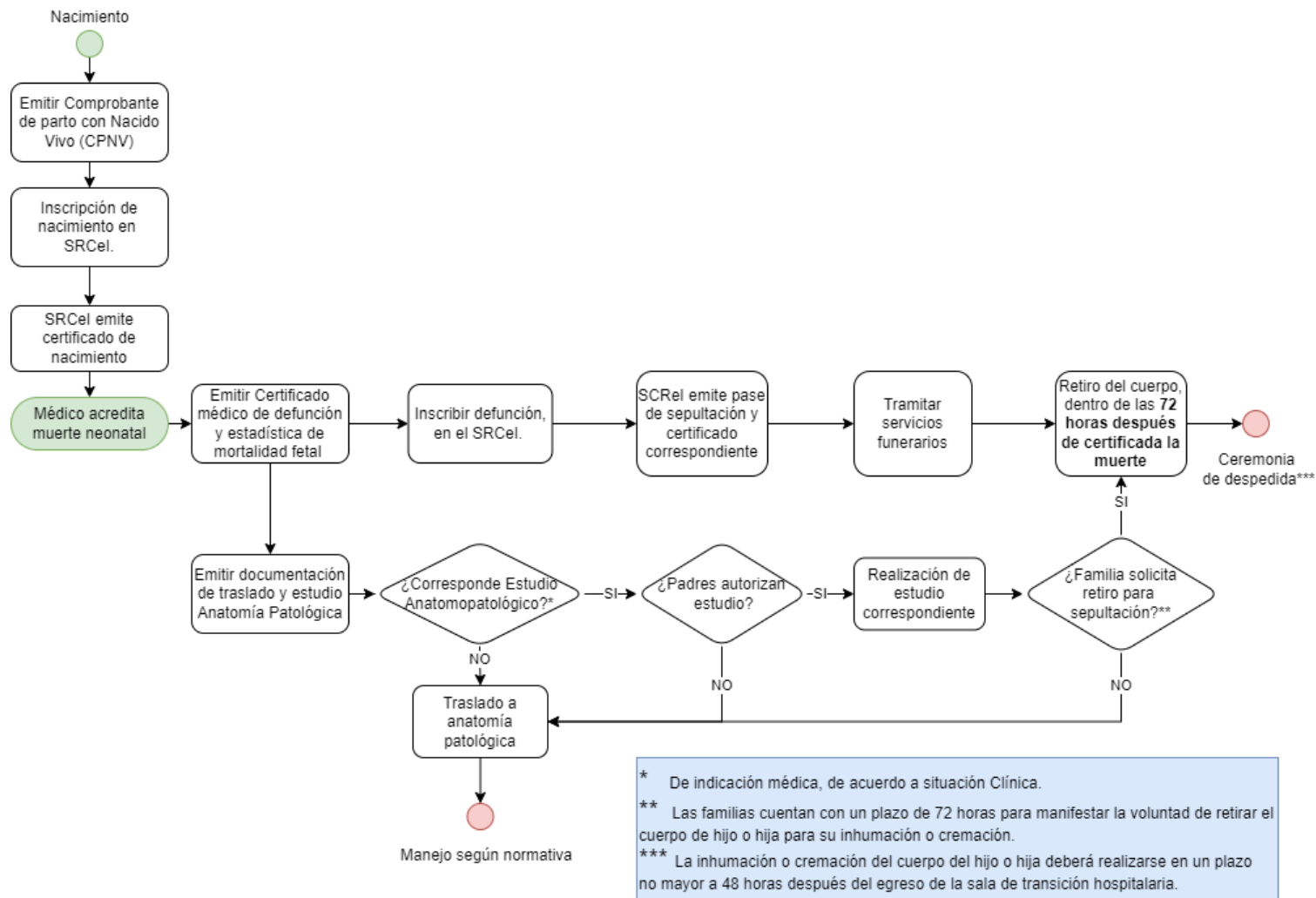
- El equipo de salud debe vincular a la familia con programas o instituciones que estén disponibles en su territorio que puedan facilitar el proceso de despedida digna de un hijo o hija.

Flujograma 1: Ruta administrativa ante muerte gestacional, a cualquier edad gestacional (abortos y mortinatos)



Fuente. Elaboración propia. Programa Nacional de Salud de la Mujer.
DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. 2022.

Flujograma 2: Ruta administrativa ante muerte neonatal



Fuente. Elaboración propia. Programa Nacional de Salud de la Mujer.
DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. 2022.

14. DESCANSOS Y/O PERMISOS LABORALES VINCULADOS A LA LEY

La ley establece descansos y/o permisos para la persona que vive una muerte gestacional o perinatal, independiente del género de ésta. Estos descansos no tienen limitación y se aplicarán en cada evento que pueda ocurrir durante el año. Los días de permiso consagrados en este artículo no podrán ser compensados en dinero.

Es importante destacar que los permisos por muerte de hijo en periodo de gestación y el permiso por muerte de hijo se hacen efectivos desde que se constata el fallecimiento o desde que se acredite la defunción fetal, utilizándose de manera continua y sin fraccionamiento. Por otro lado, la licencia postnatal se hace efectiva desde la fecha del parto.

Figura 13: Permisos laborales y licencias médicas dirigidas a trabajadores que viven una muerte gestacional o perinatal*.

CASOS	CONSIDERA	PROGENITOR	DERECHO A	DOCUMENTOS A PRESENTAR
Por muerte de hijo en periodo gestacional	Considera muertes gestacionales < 22 semanas o 500 gramos	Madre o persona puérpera	7 días hábiles pagados.	Certificado de defunción (emitido por médico) o certificado de registro de mortinato (emitido por SRCel), según corresponda
		Padre o pareja	7 días hábiles pagados.	
	Considera muertes gestacionales >22 semanas o 500 gramos (óbitos fetales)	Madre o persona puérpera	Licencia de reposo postnatal de 84 días	Licencia médica emitida por equipo de salud, de acuerdo a lo indicado en la Ley.
		Padre o pareja	10 días corridos de permiso pagado.	Certificado de defunción (emitido por médico) o certificado de registro de mortinato (emitido por SRCel), según corresponda
Por muerte de un hijo nacido vivo (Mortineonato)	Considera muertes <22 semanas o 500 gramos	Madre o persona puérpera	7 días hábiles pagados.	Certificado de defunción (emitido por médico) o certificado de registro de mortinato (emitido por SRCel), según corresponda
		Padre o pareja	7 días hábiles pagados.	
	Considera muertes > 22 semanas o 500 gramos	Madre o persona puérpera	Licencia de reposo postnatal de 84 días	Licencia médica emitida por equipo de salud, de acuerdo a lo indicado en la Ley.

		Padre o pareja	10 días corridos de permiso pagado.	Certificado de defunción (emitido por médico) o certificado de registro de mortinato (emitido por SRCel), según corresponda
<i>En ambos casos, el permiso será adicional al feriado anual, independientemente del tiempo de servicio.</i>				
<i>Cuando corresponda hacer uso del reposo postnatal, este prevalece por sobre el permiso laboral</i>				
LICENCIAS MÉDICAS EN EL MARCO DE LA MUERTE GESTACIONAL O PERINATAL				
Además de los permisos mencionados anteriormente, los padres podrían requerir una licencia médica, posterior al término de su permiso laboral, para completar su recuperación física y mental. Esta licencia médica debe ser emitida por el médico tratante, a contar del término de sus días de permiso, en los casos que corresponda conforme a la evaluación clínica.				

Elaboración propia. Departamento de Ciclo Vital – DIPRECE y Departamento de Gestión Clínica y Procesos Hospitalarios – DIGERA. Ministerio de Salud, con asesoría de Dirección del Trabajo. 2022.

**Estos beneficios son de responsabilidad de la Dirección del Trabajo y SUSESO.*

15. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA NORMA

15.1. Implementación y evaluación de la Norma

Toda modificación exitosa a los modelos de atención se caracteriza por una implementación gradual planificada, donde las personas del equipo son involucradas activamente en el proceso contando monitorización continua. De esta manera se facilita la incorporación, adaptación y puesta en marcha de los cambios propuestos.

A fin de avanzar gradualmente hacia el cumplimiento de la ley en la red público-privada del país, se definen las siguientes etapas de implementación:

15.1.1. Preparación:

Los equipos de los establecimientos de salud comienzan con la revisión de los procesos de atención actuales en la entrega de cuidados de las mujeres o personas gestantes y a su familia.

PERIODO	ACTIVIDADES
Primer semestre 2022	1. Conformación de equipos de trabajo. – Designación de responsables de la implementación de la Ley en el establecimiento. 2. Análisis del Modelo de Atención al duelo gestacional y perinatal existente en el establecimiento – Elaboración de informe de análisis local. 3. Sociabilización de esta Normativa Técnica con todo el equipo clínico, administrativo y de apoyo que participa en la ruta intrahospitalaria del duelo. 4. Elaboración de protocolos locales, los cuales deben contener los estándares definidos en esta normativa técnica.

15.1.2. Puesta en marcha:

En esta etapa se pondrán en ejecución el protocolo de elaboración local en la ruta del duelo intrahospitalaria.

PERIODO	ACTIVIDADES
Segundo semestre 2022	1. Sociabilización del protocolo local elaborado. 2. Sensibilización de todo el equipo clínico, administrativo y de apoyo que participa en la ruta intrahospitalaria del duelo respecto a las medidas de mejora establecidas en el protocolo local. 3. Implementación de medidas establecidas en el protocolo local. 4. Pesquisas de nodos críticos en la implementación. 5. Proceso de mejora continua 6. Construcción de indicadores

15.1.3. Proceso de evaluación:

PERIODO	ACTIVIDADES
Año 2023	• Monitoreo de indicadores. • Valoración de brechas. • Planes de mejora. • Recurso humano capacitado. • Revisión de reclamos y/o sugerencias. • Revisión de las felicitaciones. • Elaboración de informe anual por establecimiento de la aplicación de la Ley: Este informe deberá ser remitido al Servicio de Salud y SEREMI correspondiente y podrá ser requerido por el Ministerio de Salud.

El cumplimiento gradual de esta normativa se realizará en torno a los siguientes indicadores:

Primera fase de implementación: Preparación

1.1. Nombramiento de responsables:	
Número de establecimientos que cuentan con acto de designación de responsables de la implementación de la norma en el establecimiento.	X 100%
Total de establecimientos que cuentan con atención de partos en su cartera de servicios.	
1.2. Protocolo institucional:	
Número de establecimientos que cuentan con protocolo institucional de acompañamiento integral al duelo gestacional y perinatal.	X 100%
Total de establecimientos que cuentan con atención de partos en su cartera de servicios.	

Segunda fase de implementación: Puesta en Marcha

2.1. Atenciones de mujeres o personas gestantes ante una muerte gestacional o perinatal en espacios diferenciados:	
N° de mujeres o personas gestantes atendidas por muerte gestacional y perinatal en espacios diferenciados.	X 100%
Total de mujeres o personas gestantes atendidas por muerte gestacional y perinatal.	
2.2. Capacitación a Profesionales y Técnicos que atienden a familias que viven el duelo gestacional o perinatal	
N° de profesionales y técnicos capacitados en duelo gestacional y perinatal.	X 100%
Total de profesionales y técnicos que atienden a familias que viven el duelo gestacional y perinatal.	

2.3. Capacitación a administrativos y personal de apoyo clínico del establecimiento	
N° de personas del personal administrativo y apoyo capacitados en duelo gestacional y perinatal.	X 100%
Total de personas que componen el cuerpo administrativo y apoyo capacitados en duelo gestacional y perinatal.	
2.4. Recuerdos significativos para la familia	
Número de establecimientos que cuentan con acciones (Al menos 2) para favorecer la recolección de recuerdos de maternidad y paternidad significativos para las familias que viven el duelo gestacional o perinatal.	X 100%
Total de establecimientos que cuentan con atención de partos en su cartera de servicios.	

Tercera fase de implementación: evaluación

3.1. Informe anual de implementación	
Número de establecimientos que cuentan con mecanismos de evaluación (al menos 2) de la implementación de la ley en el establecimiento	X 100%
Total de establecimientos que cuentan con atención de partos en su cartera de servicios.	
3.2. Informe anual de implementación	
Número de establecimientos que presentan informe anual de implementación de la ley 21.371 entregados a Servicio de Salud y SEREMI correspondiente	X 100%
Total de establecimientos que cuentan con atención de partos en su cartera de servicios.	

16. ANEXOS

Anexo 1: Señalética para familias que sufren duelo gestacional o perinatal en el establecimiento

Se autoriza la impresión, plastificación y uso de estos diseños si los equipos lo desean, notificando al siguiente mail esta iniciativa: chilecrececontigo@minsal.cl.

Figura 14: Señalética para cama, ficha u otro:



Elaboración Propia. Chile Crece Contigo. Piloto de Fortalecimiento de la atención del duelo perinatal - primera respuesta en hospitales de la red pública de salud.



Elaboración Propia. Chile Crece Contigo. Piloto de Fortalecimiento de la atención del duelo perinatal - primera respuesta en hospitales de la red pública de salud.

Figura 15: Señalética para puertas

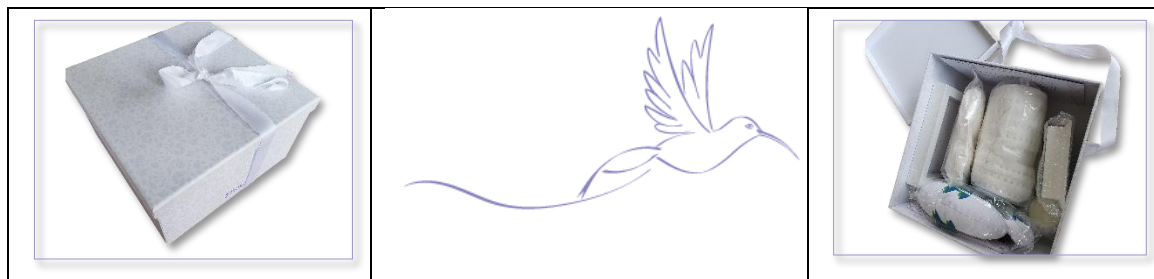


Elaboración Propia. Chile Crece Contigo. Piloto de Fortalecimiento de la atención del duelo perinatal - primera respuesta en hospitales de la red pública de salud.

Anexo 2: Caja de recuerdos de Chile Crece Contigo

Esta caja es un apoyo instrumental financiado por el Programa de Apoyo al Recién Nacido del Subsistema Chile Crece Contigo, que ha sido entregada a los establecimientos que participaron del piloto de Fortalecimiento de la atención del duelo perinatal - primera respuesta en hospitales de la red pública de salud, para su uso en Servicios de Obstetricia y Neonatología.

Figura 16: Modelo caja de recuerdos.



Elaboración Propia. Chile Crece Contigo. Piloto de Fortalecimiento de la atención del duelo perinatal - primera respuesta en hospitales de la red pública de salud.

Chile Crece Contigo pone a disposición de los equipos de los hospitales del extrasistema el acceso a usar este modelo de caja y sus diseños, solicitándolo a través de su jefatura al correo electrónico chilecrececontigo@minsal.cl.

Anexo 3: Información técnica para consensuar el plan de cuidados sensibles de la lactancia materna en duelo gestacional o perinatal

La base de los cuidados sensibles de la lactancia en situación de duelo perinatal está en la provisión de información oportuna y en el respeto. Es importante considerar que la supresión de la lactancia no es la única opción de manejo. En el contexto de lo anterior, la decisión de la madre es fundamental, y el plan de cuidados sensibles que genere el equipo de salud debe salvaguardar dicha decisión, proveyendo el acompañamiento y seguimiento necesario para evitar generar más dolor (emocional y físico) a la mujer y a su familia.

¿Qué puede esperar una madre que ha perdido a su hijo/a en relación a la producción de leche?

Fisiológicamente, al desprenderse la placenta, los niveles de progesterona disminuyen, desapareciendo el factor que bloquea la secreción de leche. Es así como, de la mano del aumento de la prolactina y ante la presencia de la oxitocina se da lugar al aumento en la producción de leche materna y eyección de esta. Al ser una respuesta fisiológica, las madres que pasan por la pérdida de un hijo/a también viven este proceso, situación que muchas de ellas no esperan que ocurra, y que frecuentemente las toma por sorpresa⁴⁸⁻⁴⁹.

¿Que podría observar una mujer en duelo durante las primeras horas/días post parto?

- Puede notar salida de calostro de las mamas, e incluso mojar su sostén o pijama.
- Entre las 24 y 72 horas posteriores al parto puede observar un aumento de tamaño en las mamas, asociado a la Lactogénesis II (comúnmente llamada “bajada o subida de la leche”).
- Puede sentir congestión mamaria, sensación de puntadas o de “agujas” en las mamas.
- Puede sentir las mamas, o sectores de ellas, endurecidas y/o dolorosas.

Es relevante entonces, informar tanto a la mujer como a sus figuras de apoyo sobre este proceso, con el fin de no generar más impacto a la experiencia que están viviendo, y para, además, entregar opciones para el manejo de estos cambios esperados asociados a la producción de leche.

1. Cuidados generales:

- Usar sostén o corpiño cómodo, que entregue soporte adecuado. No fajarse los pechos.
- No restringir la ingesta de agua. Instar a la mujer a tomar agua cuando sienta sed.
- Debido a la salida de calostro/leche durante los primeros días, podría requerir el uso de absorbentes de leche. Procurar cambiarlos frecuentemente.
- Enseñar a todas las mujeres a realizar extracción manual o con sacaleches, de manera de que pueda realizarla cuando los pechos se sientan congestionados, con el fin de disminuir molestias y evitar mastitis u otros cuadros asociados (independientemente de si desea utilizar fármacos para la supresión de la lactancia, o no).
- Enseñar signos de alarma de mastitis y obstrucción de conductos, de manera de fomentar la consulta precoz en caso necesario.

2. Cuidados específicos, según la decisión que tome la madre:

Supresión fisiológica de la producción de leche:	→ Extracción de mínima de leche, es decir, solo extraer para evitar tensión mamaria y molestias asociadas. Con este tipo de extracción, la producción de leche disminuirá paulatinamente, hasta el momento en que no se requiera continuar con la extracción. → Para facilitar la salida de la leche, se puede recomendar el uso de calor húmedo. (Poner paños tibios en la mama, previo a la extracción, o extraer leche durante la ducha). → Si los pechos se congestionan y aumentan de temperatura, se puede aplicar frío en las mamas. Algunas formas de aplicar frío local son: paños húmedos fríos, compresas de gel frío cubiertas con un paño, o usar una compresa de repollo frío. → Considerar la indicación de antiinflamatorios, tales como el Ibuprofeno, por profesional pertinente.
Supresión farmacológica de la producción de leche materna:	→ En general, el manejo farmacológico de la supresión de la lactancia ha sido durante muchos años de primera elección ante el duelo perinatal, y se ha indicado sin siquiera consultar a la madre si es la opción que desea tomar. En este tenor, es de suma importancia presentar todas las opciones de manejo a la madre, para que tome una decisión informada. → Para la supresión farmacológica de la producción de leche se suele utilizar Cabergolina 0,5mg, medio comprimido c/12 horas (Solo dos tomas). → Es importante considerar que la supresión farmacológica no siempre es totalmente efectiva. De esta manera cobra gran relevancia enseñar a la mujer el manejo general de la ingurgitación mamaria, mencionado anteriormente.
Mantención de la lactancia: Deseo de donar o usar leche materna	→ A nivel mundial, las mujeres que han sufrido la pérdida de un hijo o hija están emergiendo como un subgrupo importante de donantes de leche⁵⁰. → Si bien en nuestro país, hasta la fecha, contamos con un Banco de Leche en el Hospital Sótero del Río, es importante reconocer esta opción como una estrategia factible, y no negar esta alternativa a las mujeres que deseen tomarla. → Ante la decisión de donar, el equipo debe entregar información relativa a requerimientos del Banco de Leche para dicha extracción, transporte, mantención y entrega de la leche extraída y vincularla con el equipo del banco de leche. → También hay mujeres que quieren usar su leche como memorial, honrando a su hijo/a. Actualmente existen emprendimientos que fabrican joyas y otros usando leche materna.

Fuente: Elaboración propia Programa de Salud de la Mujer y Programa Nacional de la Infancia. Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

Es importante tener presente que el respeto a la fisiología de la lactancia en el duelo también se vincula a la salud mental. Existe evidencia que sugiere que el aumento de secreción de prolactina y oxitocina asociado al parto y primeras horas/días después del parto pueden tener un rol protector ante depresión post parto y cuadros de ansiedad, junto con disminuir los niveles de irritabilidad y optimizar las respuestas al estrés⁵¹. En este contexto, la lactancia en duelo requiere de acompañamiento basado en evidencia, considerando todas las aristas donde la misma impacta en la salud de la madre, y, como todas las lactancias, merece ser protegida, respetada y acompañada de acuerdo a lo que cada mujer desea.

Figura 17: Resumen del Plan de cuidados sensibles de la lactancia en situación de duelo.



Fuente: Elaboración propia. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Programa Nacional de Salud de la Infancia. Dpto. Ciclo Vital DIPRECE.

Anexo 4: Pauta de Cotejo – Supervisión de cumplimiento Ley 21.371

Primera fase de implementación: Preparación

1.1. Nombramiento de responsables:	
Establecimiento cuenta con acto de designación de responsables de la implementación de la norma en el establecimiento.	SI/NO
1.2. Protocolo institucional:	
Establecimiento cuenta con protocolo institucional de acompañamiento integral al duelo perinatal	SI/NO

Segunda fase de implementación: Puesta en Marcha

2.1. Atenciones de mujeres o personas gestantes ante una muerte gestacional o perinatal en espacios diferenciados:	
El establecimiento cuenta con espacios diferenciados para la atención de mujeres o personas gestantes atendidas por muerte gestacional y perinatal.	SI/NO
El establecimiento atiende en espacios diferenciados para la atención de mujeres o personas gestantes atendidas por muerte gestacional y perinatal.	SI/NO
2.2. Capacitación a Profesionales y Técnicos que atienden a familias que viven el duelo gestacional o perinatal	
Cuenta con actividades de capacitación en atención integral al duelo gestacional y perinatal dirigidas a profesionales y técnicos de atención directa a estas familias.	SI/NO
2.3. Capacitación a administrativos y personal de apoyo clínico del establecimiento	
Cuenta con actividades de capacitación en atención integral al duelo gestacional y perinatal dirigidas a personal administrativo y de apoyo.	SI/NO
2.4. Recuerdos significativos para la familia	
Establecimiento cuenta con, al menos, dos acciones para favorecer la recolección de recuerdos de maternidad y paternidad significativos para las familias que viven el duelo gestacional o perinatal.	SI/NO

Tercera fase de implementación: evaluación

2.5. Informe anual de implementación	
Establecimiento cuenta con, al menos, dos mecanismos de evaluación de la implementación de la ley en el establecimiento.	SI/NO
2.6. Informe anual de implementación	
Establecimiento presenta informe anual de implementación de la ley 21.371 a Servicio de Salud y SEREMI correspondiente	SI/NO

17. Bibliografía

- ¹ Ley 21.171. Modifica la Ley N° 4.808, sobre registro civil, y crea un catastro nacional de mortinatos, facilitando su individualización y sepultación. Disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1135245>.
- ² Cuidados en el Parto Normal. Ginebra: Departamento de investigación y salud reproductiva (1996).
- ³ Organización Mundial de la Salud, (1986): "Having a baby in Europe, report on a study" Public Health Rev. 14(3-4): 255-386.
- ⁴ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Guía Perinatal 2015.
- ⁵ Manual de Capacitación para Acompañamiento y Abordaje de Duelo. Fundasil- UNICEF 2020
- ⁶ KOWALSKI K. Perinatal loss and bereavement. En: Sonstegard L, Kowalski K, Jennings B, eds. Crisis and Illness in Childbearing (Women's Health), vol 3. New York: Grune and Stratton, 1987; pp: 25-42
- ⁷ Melo P. Duelo perinatal: Significados de padres respecto a su proceso de duelo en el contexto de atención del sistema de salud público chileno. :180. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/177132/Duelo%20perinatal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- ⁸ Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales [Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths] ISBN 978-92-4-351122-1 OMS
- ⁹ Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. Dialogues Clin Neurosci. junio de 2012;14(2):187-94.
- ¹⁰ Anuario de estadísticas vitales, 2018 Período de información: INE 2018
- ¹¹ Donoso. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.76 no.6 Santiago 2011 <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000600001> REV CHIL OBSTET GINECOL 2011; 76(6): 377 - 379
- ¹² Ortega A. Abordaje del duelo. Revista AOSMA N° 27- Noviembre 2019- ISSN-e: 1887-3952. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7326651.pdf>
- ¹³ Cole, M. Lactation after perinatal, neonatal or infant loss. Clin Lact. 2012;3(3):94-99.
- ¹⁴ Carroll, K., Noble- Carr, D., Sweeney, L., Waldby, C. 2020. Journal of Human Lactation. Vol 36(3) 480-491.DOI: 10. 1177/ 0890 3344 20926946

-
- ¹⁵ McGuinness D, Coughlan B, Butler M. (2014) An exploration of the experiences of mothers as they suppress lactation following late miscarriage, stillbirth or neonatal death. Evidence Based Midwifery 12(2): 65-70
- ¹⁶ Freud S. "Mourning and melancholia" (1917). En: Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (Vol. 14). London: Hogarth Press, 1957.
- ¹⁷ Lindemann E. "Symptomatology and management of acute grief". American Journal of Psychiatry, 1944, 101:141-148.
- ¹⁸ Kübler-Ross E. On Death and Dying. New York: Macmillan Pub. Co, 1969.
- ¹⁹ Bowlby J. El Apego y la Pérdida: La pérdida. Barcelona: Paidós Psicología Profunda, 1997. (Publicado originalmente en Inglés en 1980).
- ²⁰ Worden J. W. Grief. "Counseling and grief therapy": A handbook for the mental health practitioner. New York: Springer, 1982.
- ²¹ Niemeyer A. "Lessons of Loss". Psychoeducational Resources, Inc., Florida: Keystone Heights, 2000.
- ²² Ley 20584 - Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>.
- ²³ Norma 160 "Norma y procedimientos para el registro del formulario: Comprobante de atención del parto con nacido vivo (CAPNV)" – 2013. Disponible en: https://estadisticas.ssosorno.cl/mortalidad_natalidad/archivos/Norma-160-registro-CAPNV.pdf.
- ²⁴ Norma General Técnica 100, RE 470 Julio 2012: "Norma y Procedimientos para el registro de las auditorías de muertes maternas, fetales e infantiles". Disponible en: https://degi.saludoriente.cl/degidssmo/documentos/normas/NORMA_100.pdf.
- ²⁵ Ministerio de Salud. Norma General Técnica para la entrega de placenta (2017). Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/NT-ENTREGA-DE-PLACENTA_01.pdf.
- ²⁶ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf.
- ²⁷ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Norma General Técnica para la Atención Integral del Recién Nacido en la Unidad de Puerperio en Servicios de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Norma-194-Atenci%c3%b3n-del-Recien-Nacido.Versi%c3%b3n-WEB.pdf>.

-
- ²⁸ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Orientaciones Técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas (2011). Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>.
- ²⁹ Ministerio de Salud. Norma Técnica Nacional Acompañamiento y Atención Integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030. Año 2018.
- ³⁰ Ministerio de Salud de Chile. Guía Práctica de Comunicación de Malas Noticias Propuestas para una comunicación humanizada. 2017
- ³¹ Vico Arias P, Ruiz Garrido E, Iglesias Moya J. Servicio Andaluz de Salud (SAS) (Granada, España). Parainfo Digital, 2018; XII(28): e010 <http://www.index-f.com/para/n28/e010.php>.
- ³² Este subcapítulo fue elaborado por Blanca Prat y Paulina Melo, Fundación Amparos (2021).
- ³³ Gold, KJ., 2007; Montero P., 2011 y Cassidy PR., 2018
- ³⁴ Informe Final de la implementación piloto: Fortalecimiento de la atención integral del duelo perinatal en hospitales de la red pública de salud. Chile Crece Contigo, MINSAL, 2022.
- ³⁵ Cole, M. Lactation after perinatal, neonatal or infant loss. Clin Lact. 2012;3(3):94-99.
- ³⁶ McGuinness D, Coughlan B, Butler M. (2014) An exploration of the experiences of mothers as they suppress lactation following late miscarriage, stillbirth or neonatal death. Evidence Based Midwifery 12(2): 65-70
- ³⁷ Gold, 2007; Pastor, 2016; Flenady et al., 2014, Nuzum et al., 2014; Huertas Fernández, 2017) en Melo P. 2020. Tesis de magister
- ³⁸ Nuzum et al., 2014) en Melo P. 2020. Tesis de magister
- ³⁹ López García A. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Revista. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.31 (109) 53-70. Madrid, 2011.
- ⁴⁰ Pastor et al., 2011; Nuzum et al., 2014; Flenady et al., 2014) en Melo P. 2020. Tesis de magister
- ⁴¹ Extraído del Módulo de Autocuidado de equipos de salud, de la Dra. Mónica Galanti, Implementación piloto de Fortalecimiento de la atención integral del duelo perinatal en hospitales de la red pública de salud. Año 2021.
- ⁴² Umamanita y El Parto es Nuestro. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal y Santos P, Yáñez A. y Al-Adib M. (2015) Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad.
- ⁴³ Klimecki, O. (2019). The Role of Empathy and Compassion in Conflict Resolution. Emotion Review. <https://doi.org/10.1177/1754073919838609>

-
- ⁴⁴ Goetz, J., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychol Bull*, 136 (3): 351-374. doi: 10.1037/a0018807
- ⁴⁵ Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 1, 6-41.
- ⁴⁶ Umamanita y El Parto es Nuestro. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal y Santos P, Yáñez A. y Al-Adib M. (2015) Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad.
- ⁴⁷ Pi-Sunyer M.T., Camba F., López O. y Gregoraci A. (2018) Grupos Interdisciplinarios de Reflexión ante la pérdida en el Hospital Vall d'Hebron: Apoyo entre profesionales sanitarios en el ámbito materno-infantil. *Revista Muerte y Duelo Perinatal*, Número 4.
- ⁴⁸ Chen FH, Chen SL, Hu WY. Taiwanese Women's Experiences of Lactation Suppression After Stillbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015 Jul-Aug;44(4):510-517. doi: 10.1111/1552-6909.12724. Epub 2015 Jun 8. PMID: 26058707.
- ⁴⁹ Sereshti, M., Nahidi, F., Simbar, M., Bakhtiari, M., & Zayeri, F. (2016). An exploration of the maternal experiences of breast engorgement and milk leakage after perinatal loss. *Global Journal of Health Science*, 8(9), 234–244.
- ⁵⁰ Cole JCM, Schwarz J, Farmer MC, Coursey AL, Duren S, Rowson M, Prince J, Oser M, Spatz DL. Facilitating Milk Donation in the Context of Perinatal Palliative Care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2018 Jul;47(4):564-570. doi: 10.1016/j.jogn.2017.11.002. Epub 2017 Nov 24. PMID: 29179003.
- ⁵¹ Gust, K., Caccese, C., Larosa, A. et al. Neuroendocrine Effects of Lactation and Hormone-Gene-Environment Interactions. *Mol Neurobiol* 57, 2074–2084 (2020). <https://doi.org/10.1007/s12035-019-01855-8>.