2025

GUÍA PARA EL CUIDADO Y ACOMPAÑAMIENTO DEL **DUELO GESTACIONAL Y PERINATAL**

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Agradecemos a las personas que atravesaron duelos gestacionales y perinatales y que, con generosidad, compartieron sus experiencias y sugerencias; a los colectivos que las reúnen y promueven iniciativas para mejorar la atención de estas situaciones.
Reconocemos a los trabajadores y las trabajadoras de los equipos de salud de la PBA que vienen abordando este tema y, desde su tarea diaria, aportan saberes y contribuyen a transformar las prácticas de cuidado en consonancia con los objetivos de la Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud de la Provincia de Buenos Aires.
Esta Guía se desarrolló entre los años 2023 y 2025 y se presenta como respuesta a una necesidad, tanto de los equipos de salud como de las personas y familias que atravesaron y atraviesan el duelo por la muerte de sus hijos e hijas durante el periodo gestacional y perinatal.

Cómo citar este documento: Guía para el cuidado y acompañamiento del duelo gestacional y perinatal. Dirección Provincial de Equidad de Género, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, 2025.

Autoridades

Axel Kicillof

Gobernador de la Provincia de Buenos Aires

Nicolás Kreplak

Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Alexia Navarro

Subsecretaria de Atención de la Salud y Articulación Territorial

Jonatan Konfino

Subsecretario de Políticas de Cuidados en Salud

María Carlota Ramírez

Directora Provincial de Equidad de Género en Salud

Delia Zanlungo Ponce

Directora de Maternidad y Salud Perinatal

Matías Ignacio Darguibel

Director Provincial de Comunicación y Prensa en Salud

Catalina Arrien

Directora de Políticas de Comunicación en Salud

Milton Kapetanich

Director de Prensa

Equipo responsable del desarrollo de contenidos: Alejandra Contreras, Florencia Fraga, Karina Felitti, Mariana Specogna, Silvia Marzo, Sofía Azcúa, Yanina Azás.

Agradecimiento especial por aportes: Rut Kiman.

Áreas y Direcciones involucradas: Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud, Dirección Maternidad y Salud Perinatal, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud, Programa Qunita Bonaerense, Programa Infancias y Juventudes: Cuidados y Asistencias en Salud Mental, Dirección Provincial de Prensa y Comunicación.

Equipos de Hospitales que formaron parte del proceso: Hospital Interzonal General de Agudos Luisa Cravenna de Gandulfo, Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil Ana Goitía, Hospital Zonal General de Agudos Dr. Ricardo Gutierrez, Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo Varela, Hospital Zonal General de Agudos Narciso López.

Equipo de la Dirección de Maternidad y Salud Perinatal: Alejandra Bustos, Alejandra Contreras, Ana María Pitto, Anahí Molina, Analía de Simón, Andrea Das Neves, Carlos Sereno, Daiana Muñoz, Eduardo Pucci, Fabián Tomasoni, Fernanda Martínez, Julia Britos, Laura Cicocciopo, Luciana Kanterewicz, María Emilia San Martín, Martín Luna, María Laura Molina, Mariana Specogna, Melina Mosquera, Nadia Cirer Chicchi, Paola Saracco, Perla Farinatto, Patricia Barros Skrok, Silvia Marzo, Silvina González, Sofía Azcua, Vanesa Zanca, Yanina Azás.

Índice

Introducción 4
El duelo gestacional/perinatal como tema de salud pública 5
Propósitos y objetivos 5
Marco normativo y de implementación 6
Estructura del documento y fundamentación de las elecciones de redacción 7
PARTE I 10
La muerte gestacional y perinatal: un tema aún tabú **10**
Mitos y creencias en torno a los duelos 11
Mitos frecuentes en torno a los duelos 12
PARTE II **13**
Organización de los equipos y redes de abordaje 13
Redes de atención y continuidad del cuidado al egreso hospitalario 15
Espacio físico para la comunicación de noticias 16
Disposición de los espacios y señalética 16
Recomendaciones para una comunicación adecuada y respetuosa 16
Qué no debe ocurrir al momento de transmitir la noticia 18
Situaciones específicas 18
Rituales de despedida y construcción de memorias 20
Contenido sugerido para la caja de recuerdos 20
Procedimientos y cuidado del cuerpo posteriores a la muerte 21
Trámites registrales y gestiones administrativas 22
Lactancias en contextos de duelo 23
Estrategias para los equipos de salud: cuidar a quienes cuidan 25
Algunas reflexiones finales 26
Bibliografía 28
Anexo I - Plan de parto y cuidados paliativos perinatales 31
Anexo II - Modelo de consentimiento informado para entrega de placenta 33
Anexo III - Recuerdos y recursos para la familia y el establecimiento de salud 36
Archivos para descargar e imprimir 37

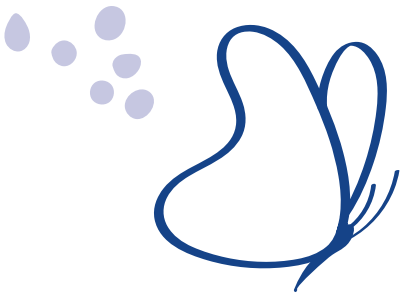
Introducción

Con esta Guía buscamos facilitar a los equipos de salud lineamientos para construir procesos de acompañamiento y cuidado que permitan la atención amorosa, respetuosa y empática de las personas y familias que afrontan un duelo gestacional/perinatal, reconociendo la complejidad de estas situaciones y sus consecuencias disruptivas para los propios equipos de salud, tomando como eje la garantía de los derechos humanos y la soberanía del cuerpo de la persona gestante durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Es importante resaltar que esta herramienta se implementará en aquellas situaciones en las que exista un deseo de atención y asistencia para quienes hayan atravesado una vivencia de estas características.

Esta Guía no se pretende como un único instrumento inequívoco o acabado, sino como un punto de partida que habilite la construcción de políticas equitativas que garanticen cuidados y derechos a aquellas mujeres, personas gestantes y familias que transitan la muerte de un hijo o hija, incluso antes de nacer y a cualquier edad gestacional.

El desafío, entonces, presenta múltiples aristas, que interpela a los equipos de salud a repensar su rol a la hora de atender procesos de duelos complejos y únicos, de acuerdo al gobierno del deseo, necesidades y decisiones de cada persona y familia.



"(...) hay dos momentos en la vida de los seres humanos, cuando nacemos y cuando morimos, que son momentos de una fragilidad inaudita y donde necesitamos toda la dulzura del mundo, todo el acompañamiento, toda la humanidad del mundo" Guadalupe Nettel (en Viñes, Viñes, 2021).

En este sentido, proponemos pensar en la ternura no solamente como una respuesta amorosa, sino como una categoría política que nos posiciona frente a lógicas crueles, rígidas y ásperas. La ternura abre la posibilidad de acompañar desde una disposición sensible y abierta, reconociendo que la realidad del otro nos afecta, nos incomoda y nos moviliza, y que precisamente en esa vulnerabilidad compartida se sostiene el cuidado.

El duelo gestacional/perinatal como tema de salud pública

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la legislación vigente en Argentina, se considera muerte perinatal a aquella que ocurre entre la semana 22 de gestación y los primeros 7 días de vida. Sin embargo, existen otras definiciones que amplían tanto el inicio como el final de este período. En conjunto, estas situaciones incluyen abortos espontáneos, embarazos ectópicos, muertes fetales y neonatales, entre otras, y generan experiencias que requieren cuidados y acompañamientos específicos para la persona gestante, su pareja y/o su entorno familiar/afectivo, así como también estrategias de apoyo dirigidas a los equipos de salud que brindan esa atención.
Según estimaciones de UNICEF, la OMS, el Grupo Banco Mundial y la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, publicadas en 2020, cerca de dos millones de bebés nacen muertos cada año. Si bien la inmensa mayoría de estas muertes, un 84%, se produce en países de ingresos bajos y medios bajos, los países más desarrollados también tienen indicadores de muertes fetales críticos. En la Provincia de Buenos Aires, en 2023, según la Dirección de Estadísticas e Información en Salud de la PBA (DEISBA)[1] , se registraron 1.004 muertes fetales y 808 muertes neonatales. Estos números confirman la importancia de la muerte gestacional/perinatal como tema de salud pública, como también lo hacen los testimonios de las personas que atravesaron estas muertes y los/as profesionales y equipos que las acompañaron (Martos-López, et al 2016).
La falta de atención adecuada está documentada en estudios académicos, relatos biográficos, experiencias de los equipos de salud e intervenciones públicas de asociaciones y redes de personas que transitaron la muerte de sus hijos/as. Una investigación realizada en España documentó que algunas mujeres que atravesaban estos duelos fueron consideradas como excesivamente emocionales, sufrieron violencia obstétrica y hubo una disonancia importante en la forma en que ellas posicionaron a sus "bebés" como "personas", "hijos", y los modos de referirse a ellos por parte del personal sanitario. Además, el hecho de no poder ver y/o tocar al bebé les generó remordimientos e hizo que algunas se considerasen "malas madres" o que el personal de salud lo hiciera (Cassidy, 2020). Otros testimonios relatan lo difícil que resultó para las madres y los padres de bebés fallecidos permanecer cerca de otras familias que estaban internadas con sus hijos/as y no disponer de espacios privados. En otros casos, hemos leído y escuchado testimonios de mujeres gestantes que oyeron al personal de salud referirse a sus hijos/as como "productos" o "fetos" y el dolor que les causó que fueran considerados "residuos patológicos" y entregados en bolsas (Felitti & Irrazábal, 2018).

Propósitos y objetivos

Desde un marco teórico y político basado en el respeto y promoción de los derechos humanos, la equidad de género y la diversidad, esta guía tiene como objetivo principal brindar herramientas de reflexión y estrategias de trabajo a los trabajadoras/es y equipos de salud que abordan situaciones de muerte gestacional/perinatal –desde médicos/as, enfermeras/as, cuidadores hospitalarios, personal de limpieza, trabajadores/as del registro civil hasta el personal directivo, administrativo y de apoyo, de instituciones de salud de la PBA– con el fin de garantizar los cuidados necesarios a las personas y familias que transitan estos duelos. De forma específica este documento propone:

1 Datos disponibles en: https://tablerodis.ms.gba.gov.ar/dashboard.php?q=mortalidad_materno_infantil_fetal

- Delinear intervenciones institucionales que mejoren los cuidados de las personas que atraviesan estos procesos de duelo.
- Fortalecer las competencias comunicacionales de las y los trabajadoras/es de la salud, especialmente para transmitir noticias inesperadas y/o dolorosas y evitar errores asociados a esa comunicación.
- Generar redes institucionales e intersectoriales para dar respuestas claras, efectivas y acordes a las necesidades de las personas que transitan estos duelos; incentivar la formación de equipos integrados por personas con distintas formaciones y saberes, para facilitar la coordinación de tareas y mejorar la atención perinatal en situación de duelo.
- Promover la reflexión, el intercambio y el acompañamiento de los equipos que atienden situaciones de muerte y duelo gestacional/perinatal.

El proceso de producción de este documento fue iniciado en 2023 por la Dirección de Maternidad y Salud Perinatal del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. A partir de ese momento, relevamos y sistematizamos bibliografía académica, nacional e internacional sobre duelo gestacional/perinatal, priorizando abordajes sociales, culturales y psicológicos con perspectiva de género, diversidad y derechos humanos.
En paralelo, entre agosto y septiembre de ese año organizamos rondas de intercambio con equipos de primer y segundo nivel de atención[2] y diferentes organizaciones, integrantes del Registro Civil de la PBA, de la Comisión nacional coordinadora de acciones para la elaboración de sanciones de violencia de género (CONSAVIG), profesionales e integrantes de asociaciones de la sociedad civil especializadas en la temática, y personas y familias que transitaron situaciones de muerte de sus hijos/hijas durante el período gestacional/perinatal. En estos encuentros nos nutrimos de sus experiencias, miradas, críticas y recomendaciones, y procuramos incorporarlas a este documento.

Marco normativo y de implementación

A partir de la reforma constitucional de 1994 que incorporó tratados internacionales de protección en derechos humanos, se sancionaron leyes que protegen los derechos de la salud, los derechos sexuales y reproductivos y de niños y niñas. Entre las normas que se relacionan con el tema de esta guía, podemos mencionar la Ley Nacional N° 25.929, conocida como "Ley de parto respetado", sancionada en 2004 y reglamentada en 2015, cuyo objetivo principal es garantizar los derechos de las personas gestantes, las personas recién nacidas y sus familias durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio. La provincia de Buenos Aires, en 2020, se adhirió a esta norma mediante la Ley N° 15.188 y en 2021, se presentó la Guía de implementación del parto respetado en la PBA. En 2022 se publicó la Guía de implementación del parto respetado en contextos de encierro en la PBA y se sancionó la Ley N° 15.399 que creó el Plan estratégico provincial de parto respetado en el ámbito del Ministerio de Salud de la PBA.
La norma específica que orienta los contenidos de este documento es la Ley Nacional N° 27.733 sobre procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal, sancionada el 28 de septiembre de 2023[3]. Esta ley, de aplicación en

2 Para la definición sobre los niveles de atención en salud remitimos a la Guía "De la categorización del riesgo obstétrico a la evaluación integral de situaciones de vulnerabilidad sociosanitaria para la atención oportuna de mujeres y personas gestantes" (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2024).
https://nc.ms.gba.gov.ar/index.php/s/x8zinMz8jerjHok
3 Esta norma también es conocida como "Ley Johanna", en reconocimiento a Johanna Piferrer, una de sus princi-

el ámbito público y privado de atención de la salud en todo el país, fue resultado de la acción colectiva de personas que transitaron situaciones de muerte gestacional/perinatal sin recibir la atención adecuada –o incluso violenta–, personal de salud, representantes políticos y otras personas comprometidas con esta temática (Irrazábal, et al, 2024).

La Ley estipula que las mujeres y otras personas gestantes tienen derecho a:

- Recibir información adecuada sobre las distintas intervenciones médicas y terapéuticas que se pueden hacer durante esos procesos. La información permite que las mujeres y otras personas gestantes puedan elegir libremente cuando existen diferentes alternativas.
- Recibir un trato respetuoso, individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso. El trato debe considerar sus pautas culturales, a tomar contacto con el cuerpo sin vida, durante el tiempo que demande en acuerdo con el equipo que la asiste. La madre puede elegir hacerlo acompañada por un profesional de salud mental.
- Elegir una persona que la acompañe en cualquier momento del proceso, y a decidir no ser acompañada.
- Conocer las causas que originaron la muerte, si se las conoce.
- Pedir que se realice la autopsia o estudio anatomopatológico del cuerpo o asesoramiento genético.
- Ser internadas en un servicio que garantice un espacio individualizado y adecuado para la persona y su entorno familiar y afectivo.
- Recibir información sobre lactancia, métodos de inhibición de la lactancia o donación de leche.
- Recibir tratamientos médicos y psicológicos luego de la internación, para reducir la posibilidad de sufrir trastornos por duelos crónicos y para hacer el seguimiento de los posibles trastornos. Los tratamientos se adecuan a la especialidad de la salud mental perinatal.
- No hacer ningún examen o intervención para investigación, salvo que la mujer o la persona gestante esté de acuerdo y dé su consentimiento por escrito utilizando un protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

Otras leyes en las que se apoya esta guía son (por orden de aprobación): la Ley Nacional N° 26.061 sobre Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (2005) y la Ley Provincial N° 13.298 sobre Promoción y protección integral de los derechos de los niños (2005); la Ley Nacional N° 26.529 sobre Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (2009); la Ley Nacional N° 26.485 sobre Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009); la Ley Nacional N° 26.657 sobre derecho a la protección de la salud mental (2010), la Ley nacional N° 26.742 sobre Muerte digna (2012) y la Ley nacional N° 27.678 sobre Cuidados paliativos (2022).

Estructura del documento y fundamentación de las elecciones de redacción

La primera parte presenta datos y resultados de investigaciones que contextualizan diferentes modalidades de abordaje a la muerte gestacional/perinatal y los duelos que le siguen. Al revi-

pales impulsoras. En 2014, Johanna cursaba un embarazo de 33 semanas cuando su hijo Ciro falleció. La forma en que fue atendida por el sistema de salud fue considerada por la Justicia como un caso de violencia obstétrica, según lo establecido en la Ley 26.485 de Protección Integral contra la Violencia hacia las Mujeres. Su experiencia sumó argumentos y visibilidad a las demandas ya existentes por una normativa que garantizara derechos y cuidados adecuados a las personas que atraviesan la muerte gestacional o perinatal de sus hijos e hijas.

sar algunos mitos asociados a estas situaciones, visibilizamos dinámicas de género, donde por ejemplo se piensa que los hombres/padres son más fuertes, poco sensibles y por eso, con mayor capacidad para superar la muerte de su hijo/a, con respecto a la mujer/madre. Asimismo, estos imaginarios suelen crear sentimientos de falla, inadecuación, culpa y vergüenza, de haber sido "malas madres" y colaboran con la construcción de la muerte como un tabú.

> Los duelos no son solamente emociones privadas que deben manejarse individualmente, sino fenómenos sociales que deben formar parte de la agenda de la salud pública y los derechos reproductivos.

Vistos de esta forma, los duelos afectan a las personas directamente involucradas y también a toda la sociedad, en tanto expresan imaginarios y emociones en torno a los embarazos, las maternidades/paternidades, los vínculos filiales/familiares, la vida, la muerte y las prácticas de cuidado en torno a ella.

En la segunda parte presentamos orientaciones y recomendaciones prácticas que trazan una hoja de ruta hacia la atención integral de estos duelos. Cada equipo, en cada establecimiento de salud, de acuerdo a sus recursos y posibilidades, podrá diseñar e implementar la mejor adaptación posible, respetando el marco normativo vigente y una concepción de la salud basada en el cuidado, la promoción de la equidad y el respeto a la diversidad y los derechos humanos. Algunas estrategias son sugerencias cuya puesta en práctica dependerá de los deseos de las personas que transitan el duelo.

Asimismo, si bien todas las personas y familias vivimos bajo un mismo marco normativo y hoy se evidencian nuevas necesidades y escuchas para hablar de estos temas, cada persona, estará atravesada y construida de acuerdo a sus propias vivencias, historias, creencias, condiciones materiales de vida, relaciones interpersonales, proyectos y deseos, entre otras.

Las orientaciones que presentamos tienen en cuenta que la muerte gestacional/perinatal y sus duelos afectan a personas de distintas edades, identidades de género, clase social, etnicidad, religión, orientación sexual, capacidades, situaciones sexo afectivas. Esto implica, por ejemplo, que la muerte de un/a hijo/a puede darse en una pareja heterosexual o del mismo sexo o por personas que gestaron sin estar en una relación. A su vez, ellas pueden o no reconocerse en el género asignado al nacer. Cabe también aclarar que la bibliografía sobre este tema se concentra en las experiencias de personas cisgénero –personas que se identifican con el género asignado al nacer– y heterosexuales, mayormente mujeres.

Al momento de redactar este texto, prestamos especial atención a las palabras que elegimos, reconociendo su rol como constructoras de realidad y porque las formas de enunciar y comunicar las muertes gestacionales/perinatales son un tema de reflexión importante en esta guía. Partimos de considerar que existen palabras para nombrar a una mujer o un hombre cuya pareja murió (viuda o viudo) o a una persona cuyos padres fallecieron (huérfana o huérfano) pero no contamos en español con una palabra para nombrar a alguien cuyo hijo o hija murió. Esta imposibilidad colabora con el silencio que proponemos romper.

Procurando evitar fórmulas moralizantes o prejuiciosas, y poder dar cuenta de diferentes situaciones, utilizamos "persona gestante", "mujer embarazada", "madre", "puérpera", "padre", "pareja",

"familia", "co-gestante" y "referentes afectivos", algunas veces de forma específica y otras de manera intercambiable.
Consideramos que el embarazo no es neutral en términos de género y que la capacidad de gestar ha estado constantemente vinculada a la condición de mujer, dentro del modelo binario de sexo/género, y que esto ha determinado la regulación y las expectativas sociales sobre el embarazo (Briggs, 2017). Por eso, si bien desnaturalizar el vínculo circular entre "embarazo" y "mujeres" es esencial para desarticular modelos cis sexistas y discriminatorios, no abandonamos la categoría de "mujeres" dado que sobre sus cuerpos se han inscripto mandatos y violencias.
En varias secciones nos referimos a los varones padres, reconociéndolos como sujetos destinatarios de los cuidados asociados al duelo gestacional/perinatal y de otras políticas de salud sexual y reproductiva que impulsa la Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud de la PBA. Al incluirlos, buscamos desarmar estereotipos de género ya mencionados, promoviendo una distribución más equitativa de las tareas de cuidados, y garantizando su derecho a la información, atención y acompañamientos.
Escribimos "feto", "persona recién nacida", "bebé" e "hija/o" reconociendo las dificultades que implica usar palabras que cobran diferentes significados según su contexto y que son parte de discusiones académicas y políticas polarizadas en el campo de los derechos reproductivos. Siguiendo a la bibliografía especializada sobre este tema y los testimonios de quienes atravesaron la muerte gestacional de sus hijos/as, consideramos que la noción de persona surge de una práctica social. Como analizamos más adelante, lo que para la biomedicina es un "feto sin vida" para muchas familias se trata de un/a hijo/a que, en muchos casos, ya tenía un nombre propio. Asimismo, es necesario no generalizar esta respuesta, ya que la gestante puede no haberse reconocido como madre, prefiera un distanciamiento con la situación y usar ella misma la palabra "feto".
Decidimos utilizar el término baja expectativa de vida extrauterina para desarraigar el concepto médico de "incompatibilidad con la vida", debido a que madres y familias en el transcurso de las rondas, sugirieron que este término hace referencia a la probabilidad de muerte, pero desconociéndose el momento, y esto genera un aumento de ansiedad y angustia.

Esta Guía propone orientaciones para llevar adelante procesos de reflexión y estrategias de cuidado que permitan la atención amorosa, respetuosa y empática de las personas y familias que afrontan un duelo gestacional/perinatal.

Estas aclaraciones sirven para recordarnos que las relaciones entre embarazo, nacimiento y maternidad son circunstanciales, inciertas y variables (Browe, 2022). Por todas estas razones, proponemos un abanico de palabras que estén disponibles al momento de comunicarnos con la persona/mujer gestante/madre, su pareja/co-gestante/varón padre y familia, y preguntar y escuchar el modo en que ellas y ellos se refieren a sí mismas/os y al producto de esa gestación.

PARTE I - REFLEXIONES NECESARIAS

La muerte gestacional y perinatal: un tema aún tabú

En 2021, la revista médica The Lancet publicó tres artículos en una serie que llamó Miscarriage matters (el aborto espontáneo importa). La nota editorial planteaba que una entre diez mujeres iba a ser afectada por un aborto espontáneo a lo largo de su vida y que, globalmente, se estimaban 23 millones de estos abortos por año. Pese a estos datos, como un gran porcentaje de estas mismas personas llevan a término otros embarazos, estos abortos no suelen plantearse como un problema de salud pública. En general, la recomendación médica ha sido "intentar de nuevo" y solo en casos de abortos espontáneos recurrentes, indicar estudios específicos. Incluso, hasta hace algunas décadas, se sugería olvidar rápidamente lo sucedido y evitar hablar del tema (Martos-López, et al, 2016).

Este llamado al silencio ha hecho que los duelos gestacionales/perinatales no tengan espacios de expresión ni contención y que muchas veces se generen situaciones de violencia y desamparo por acción u omisión de los equipos de salud (Sanabria, 2021).

Las ciencias sociales y humanas han estudiado las distintas formas de pensar, expresar y sentir los duelos, en diferentes épocas, lugares y comunidades. Sus hallazgos nos recuerdan que cuando hablamos de duelo gestacional y perinatal nos referimos a un proceso personal e íntimo y a la vez social. Esto implica reconocer que estamos atravesados por valoraciones y normas sociales, culturales y políticas acerca de la muerte, las infancias, las maternidades y las paternidades (Felitti, 2022).

Si la muerte puede definirse como algo "natural" (entendida como el proceso biológico ineludible),

la forma de posicionarse ante ella es social y cultural. La construcción del sentido de pérdida es elaborado por cada persona y familia, independientemente de la edad gestacional alcanzada, y las manifestaciones para atravesar ese duelo pueden ser múltiples y diversas: habrá quienes se emocionen, se enojen, no quieran hablar del tema, se disculpen por el llanto, transpiren, entre otras infinitas formas. Nuestro desafío será habilitar los espacios e instituciones (hospitales, Registros Civiles de las Personas, entre otros) para acompañar estos procesos de manera empática y respetuosa de los deseos y expectativas.
Ante el duelo, la sociedad presiona para seguir adelante, olvidar rápidamente, pasar de página. Nos proponemos, en cambio, reconocer estos duelos y cuidar de las personas que los viven y también del personal de salud que los aborda.
Desde el campo de la salud mental se han identificado etapas del duelo y sus características aunque también varios estudios señalan que cada proceso es singular y que no tiene una duración fija ni manifestaciones únicas. Por eso, ante la variedad de situaciones posibles tampoco los cuidados pueden ser estandarizados.
No se trata de trabajar para el olvido, ni para que el dolor pase más rápido (Kohan, 2024).

> Cada proceso de duelo se constituye como una vivencia muy íntima, atravesada por la historia personal, especialmente la reproductiva y los contextos sociales, culturales y políticos de las personas.

Esta Guía presenta estrategias de trabajo –como el desarrollo de una comunicación respetuosa– y propone otras para ser ofrecidas y nunca impuestas.

Mitos y creencias en torno a los duelos

Es evidente que no puede haber una manera única y simple de definir al duelo. Podemos afirmar que se trata de un proceso de adaptación que sigue a una pérdida real o simbólica pero cada proceso es único. La manera de atravesarlo dependerá de cada persona y de los cuidados y acompañamientos que se le ofrezcan. Los modos de acercarnos a estos procesos están tramados por experiencias previas y diversas creencias. Presentamos a continuación algunos mitos frecuentes sobre el duelo y las formas de contestarlos, en base a un documento de la organización FUNDASIL y UNICEF (Figueroa, 2020) y nuestros propios aportes.

Mitos frecuentes en torno a los duelos

Mitos	Análisis
El duelo se resuelve aproximadamente en 1 año.	El duelo es un proceso complejo y muy personal, por lo que el periodo de tiempo para que transcurra varía en función de múltiples factores.
El duelo es "como una depresión".	El duelo no es una enfermedad. Si bien puede compartir algunas manifestaciones (abatimiento, desilusión, tristeza profunda, llanto, desapego de la vida, apatía), la depresión es una enfermedad mental con sus propias causas y criterios diagnósticos. El duelo, en cambio, es una reacción normal y adaptativa ante la pérdida de algo o alguien significativo.
Los hombres lo llevan mejor, para ellos es diferente, se recuperan antes.	Siguiendo estereotipos de género que presentan a los varones como fuertes, poco sensibles y menos involucrados en los embarazos, ellos han sido casi siempre excluidos de los análisis y protocolos de atención del duelo gestacional/perinatal. Más recientemente, se ha comenzado a prestar atención a sus experiencias, indagando en sus necesidades y reconociendo sus derechos al cuidado y acompañamiento.
Quien más llora es quien más dolor tiene.	El duelo es un proceso complejo y misterioso, donde están presentes muchas emociones. No hay que reducirlo a tristeza y llanto; también se manifiestan otras emociones como culpa, rabia, miedo y vergüenza.
Las personas jóvenes lo llevan mejor.	Si bien es cierto que una muerte gestacional/perinatal en personas gestantes jóvenes puede dar la idea de que otros embarazos son posibles, esto no siempre va a ser así y tampoco define cómo se transitará cada duelo. Todas las personas vivimos estas experiencias de manera única.
Lo mejor que puede hacer una persona en duelo (y cuanto antes) es "pasar página".	No hay un momento específico para ponerle fin a un duelo, ni una "receta". Insistir para que las personas que atraviesan estos duelos se olviden y no hablen más del tema, puede hacer que ellas se retraigan y aíslen, por vergüenza o miedo a ser rechazadas, generando efectos negativos en su salud.
El duelo es un proceso lineal de 5 fases* (shock, negación, negociación, depresión y aceptación).	Algunas definiciones del duelo incluyen su división en etapas sucesivas pero su aplicación no encaja siempre en las experiencias concretas. Los duelos son procesos dinámicos, con algunas fases más frecuentes, pero no todas las personas pasan por cada una de ellas, ni en el mismo orden.
Es mejor proteger a los/as niños/as de estas muertes, alejarlos del tema y evitar que sufran traumas.	Muchas muertes gestacionales/perinatales ocurren en familias en donde ya hay otros/as hijos/as. Cada una evaluará que quiere y puede compartir con ellos/as y en qué momentos, considerando que, aunque sean pequeños/as, esos niños/as también están atravesando un duelo y necesitan cuidados. Esto puede implicar ser incluidos/as en conversaciones sobre el tema –habilitar y valorar su palabra, escucharlos, responder a sus preguntas– y la participación en rituales o ceremonias.

Fuente: elaboración propia en base a Figueroa, María José; Cáceres, Rebeca y Torres, Ana Gabriela (2020). Duelo. Manual de capacitación para acompañamiento y abordaje de duelo. San Ramón, El Salvador. FUNDASIL y UNICEF.

* Para ampliar información respecto al tema consultar Kübler-Ross, E. (1969). On death and dying. New York: The Macmillan Company. Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2007). On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss. New York: Scribner

Las creencias y mitos que acabamos de exponer afectan a casi todos los duelos pero ante la muerte gestacional/perinatal hay suposiciones más específicas y frases que las sintetizan. Los equipos de salud, aún con buena intención, intentan consolar a las personas diciéndoles: "esto pasa muy seguido"; "es algo muy común"; "ya vas a volver a embarazarte", sin embargo, entendemos que tales intervenciones no son adecuadas ni necesarias.

PARTE II - ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN, CUIDADOS Y ACOMPAÑAMIENTOS

En esta segunda sección, presentamos orientaciones para la atención de la muerte gestacional/perinatal y orientaciones de cuidado para los duelos que les siguen, junto a más reflexiones sobre las razones y efectos de estas estrategias.

> Estos lineamientos están pensados como un mapa de posibilidades para acompañar las muertes de hijos/as deseadas en cualquier momento de la gestación o primeras semanas de vida.

En situaciones donde el equipo de salud sepa o identifique que la persona gestante atraviesa un proceso de interrupción voluntaria o legal de un embarazo, no se la debe forzar a realizar ninguno de los procesos aquí presentados, salvo que la persona así lo solicite. Podemos encontrarnos con situaciones donde, a pesar de la elección de no maternar, la persona gestante necesite realizar un ritual de despedida.

Organización de los equipos y redes de abordaje

La organización de los equipos va a depender de la estructura y recursos con que cuente el establecimiento asistencial. Aquí se plantean niveles de abordaje, comenzando por lo que se debe garantizar en todas las instituciones, como es la conformación de equipos intervinientes en cada

guardia, el rol de los servicios de salud mental y trabajo social, hasta la posibilidad de conformar un consultorio de duelo.

a) Equipo interviniente

Ante una situación de muerte gestacional/perinatal es necesario que todos/as los/as trabajadores[4] en contacto con la persona gestante, pareja y/o familia cuenten con información sobre cómo cuidar y acompañar estos duelos desde una perspectiva de derechos humanos.

> Si bien el equipo de salud ampliado tomará contacto con las personas y sus situaciones particulares, entendemos por "equipo interviniente" aquel conformado por los profesionales que intervienen en el evento obstétrico.

b) Redes de trabajo

En este sentido, es imprescindible que los equipos trabajen en red, identificando los recursos y circuitos disponibles y los que podrían incorporarse. Algunas acciones a considerar dentro de la institución hospitalaria:

- los tiempos de pases de guardia para dar seguimiento a los cuidados.
- Un/a profesional del equipo perinatal debería encargarse de comunicar al equipo de salud mental –idealmente con orientación perinatal– la ocurrencia de una muerte perinatal y convocar al Servicio de Trabajo Social para que participe del diseño e implementación de una estrategia de intervención.
- Es recomendable que la coordinación del proceso sea llevado adelante por un/una profesional de salud mental. En caso de contar con personas especializadas en psicología perinatal y/o duelo perinatal/gestacional se priorizará este perfil.
- Las adaptaciones necesarias para abordar cada caso, por ejemplo: gestantes adolescentes, personas privadas de su libertad, con discapacidad, migrantes sin redes de apoyo o cualquier otro contexto que haga aún más particular situaciones de por sí singulares.
- De ser posible, se deberá contar con una guardia pasiva para atender a la madre/persona gestante/persona puérpera (en duelo o ante diagnósticos inesperados) en el momento que ocurre el hecho y/o crear circuitos de cuidado en horarios nocturnos, los fines de semana o feriados. Estos espacios de contención serán también clave para acompañar a trabajadores/as y equipos de salud.
- Si se cuenta con Consultorio de Duelo Perinatal en la institución, informar los días y horarios de atención y el teléfono para solicitar un turno o directamente brindar un turno programado (de preferencia un turno protegido).

4 En la atención perinatal participan trabajadores/as con distintas formaciones, saberes, experiencias y funciones, desde ecografistas, obstetras, obstétricas, neonatólogo/as, enfermeras/os, administrativos/as, personal de mantenimiento, cocina, seguridad, maestranza, camilleros, personal del Registro civil, entre tantos otros.

Finalmente, es importante generar espacios de reflexión e intercambio con todos/as los/as trabajadores/as de la institución que pueden verse involucrados en la situación de duelo: desde quien comunica la noticia hasta la persona que ingresa a la habitación para llevar la comida. En algunos establecimientos de salud, estos temas son dialogados en las **Mesas de Parto Respetado y Nacimiento Respetado.**

c) Consultorios de Duelo Perinatal

Algunas instituciones de salud han podido crear o adaptar espacios específicos (dentro del establecimiento de salud o en consultorios externos) dedicados al abordaje de estas muertes y el acompañamiento de sus duelos, en formato de los denominados consultorios de duelo perinatal.
Si bien el duelo no es una patología, los y las profesionales de la salud mental tendrán otras herramientas para hacer una lectura de los tiempos subjetivos del usuario/a y funcionar como una especie de "mediador/interlocutor" entre las familias y el personal de salud, pudiendo acompañar a todas las personas involucradas.
El consultorio, si bien puede funcionar con un día y horario fijo, idealmente también debiera contar con una guardia pasiva para atender a la madre/persona gestante (tanto en duelo, como en situaciones de diagnóstico inesperado) en el momento que ocurre el hecho, o al menos contemplar claramente circuitos de contención y acompañamiento para situaciones que se presenten fines de semana, feriados, de noche, o sean producto de derivaciones, etc. También podrá acompañar al equipo de salud en conjunto con el Programa Cuidar a Quienes Cuidan, así como también gestionar la continuidad del acompañamiento en otras instituciones de ser necesario.

Redes de atención y continuidad del cuidado al egreso hospitalario

Este apartado hace referencia no sólo a los procesos de referencia y contrarreferencia entre el primer y segundo nivel, sino también a los aspectos de la esfera emocional y física a tener en cuenta en los cuidados posteriores al egreso de la institución de salud de las personas en duelo. Para ello, recomendamos:

- asignar a la madre/mujer/puérpera en proceso de duelo un día específico para su consulta de puerperio, en lo posible, en un área en donde no concurran madres con sus bebés.
- Brindar la opción de una nueva consulta, cuando lo requiera/n, con los servicios de Neonatología o Tocoginecología para volver a conversar acerca de la muerte de su hijo/a y aclarar dudas.
- Ofrecer un espacio en las consejerías de salud sexual y reproductiva y garantizar el acceso a anticoncepción cuando le resulte oportuno. Los equipos deben respetar las circunstancias –el contexto de duelo gestacional/perinatal puede hacer difícil el interés en métodos anticonceptivos– y a la vez, poder transmitir la importancia de decidir activamente nuevos embarazos y de recibir otras informaciones y cuidados en materia de sexualidad y reproducción.
- Brindar asesoramiento preconcepcional en pos de identificar factores de riesgo y planear posibles tratamientos o derivaciones. Abordar la situación desde un enfoque integral, interdisciplinario y en red, por ejemplo: pautas de alimentación, suplementación y estado emocional.
- Mapear grupos de apoyo u otras organizaciones comunitarias/territoriales que puedan brindar acompañamiento.
- Si las personas que atraviesan el duelo residen lejos del centro de salud que las recibió en primera instancia, se recomienda implementar redes con su lugar de origen o el más cercano a su domicilio para garantizar la continuidad de los cuidados.
- Evaluar si es conveniente colocar una mariposa azul (símbolo que identifica el duelo perinatal)

en la Historia Clínica, formularios, prescripciones u otros documentos sanitarios que se entregan a la persona puérpera, para que el equipo de salud que reciba la contrarreferencia pueda identificar claramente la situación.

Espacio físico para la comunicación de noticias

Es importante que toda institución hospitalaria cuente con un espacio de estas características. Puede no ser un espacio exclusivo, pero sí se deben garantizar ciertas condiciones. Debe ser un lugar tranquilo, íntimo, donde no ocurran interrupciones y haya un espacio para estar sentados cómodamente y con una decoración sobria: sin imágenes, ni frases alusivas, etc. Se pueden considerar otros detalles como dejar pañuelos o agua.
No es recomendable tampoco que ese espacio lleve un cartel que indique su función por ejemplo "espacio de despedida", "de noticias inesperadas", etc.

Disposición de los espacios y señalética

Durante la internación y al momento de transmitir la noticia de muerte gestacional/perinatal, es recomendable designar una habitación para que la persona gestante/madre/padre/familia pueda despedirse de su hijo/a y/o recuperarse, física y emocionalmente, antes de dejar la institución.
Este espacio, en lo posible, se deberá ubicar en una zona tranquila y alejada de otras personas embarazadas y bebés recién nacidos/as. El piso de "Maternidad" no es el lugar recomendable para alojar a una mujer/madre cuyo bebé acaba de morir. Muchas de las personas que participaron en las rondas ya mencionadas, recordaron con dolor escuchar el llanto de otros bebés u observar la alegría de amistades y familiares que llegaban a conocerlos.
Por ello, es necesario designar un lugar privado, adecuado para tal fin (cuidando la decoración, mobiliario y distancias entre servicios, para mencionar algunas consideraciones a tener en cuenta), e identificado en su puerta exterior con un símbolo que los distinga para evitar interrupciones y equivocaciones. En general, una mariposa azul es la imagen que internacionalmente se utiliza en estos casos, dado que hace referencia a procesos de transformación y renacimiento.

Recomendaciones para una comunicación adecuada y respetuosa

Comunicar a la persona gestante/puérpera, su pareja y/o familia que un embarazo se ha interrumpido, que existen anomalías fetales con baja expectativa de vida o que su hijo/a falleció, es doloroso para quien escucha estas noticias y también difícil para quien las comunica.
En las rondas de intercambio con personas que pasaron por situaciones de duelo gestacional/perinatal y los equipos con experiencia en esta atención, propusieron caracterizar a éstas como **noticias inesperadas** y no atribuirles las adjetivaciones de "malas noticias" o "trágicas" para no recargarlas de más significaciones.

En estas conversaciones, las palabras y el tono que empleamos y los gestos y posiciones corporales que adoptamos son muy importantes. El uso del lenguaje técnico o médico puede referir a fallas o inadecuación para la existencia o continuidad de la vida, pero estas palabras probablemente sumen inquietud y dolor a las personas en duelo.
En otro sentido, la noción de "pérdida de un embarazo" históricamente ha sido asociada a la idea de fracaso y puede causar sentimiento de culpa. En las rondas de intercambio, quienes transitaron muertes gestacionales/perinatales, enfatizaron en no hablar ya de "perdidas", pues no existe posibilidad de recuperar o encontrar "aquello perdido", y en cambio, hablar de muerte de sus hijas/os.
Cuando la muerte se produce en casos de embarazos múltiples, como equipo de salud tenemos que contemplar que existe la posibilidad de transitar un duelo perinatal al mismo tiempo que se continúa con una gestación o puerperio del otro hijo/a que continúa con vida.
El o la profesional que realice el diagnóstico, cualquiera sea su rol en el equipo de salud –médico ecografista, obstetra, obstétrica, neonatólogo–, en general, será quien transmita la noticia a la gestante/co-gestante/familia. Si por escasez de experiencia, capacitación u otras razones personales este profesional no pudiera hacerlo, el equipo de salud designará a otro que considere más adecuado para esta tarea. Para esta conversación es importante que podamos:

- Contar con un espacio privado en donde no haya interrupciones.
- Presentarnos por nombre y rol dentro de la institución.
- Procurar que la persona gestante/puérpera esté acompañada y en una posición corporal cómoda (por ejemplo, evitar comunicar una noticia inesperada sobre la gestación mientras esté acostada en medio de una ecografía).
- Indagar qué saben y qué quieren saber, y responder a sus preguntas con honestidad.
- Preguntar, escuchar, qué palabras utilizan para referirse a este embarazo (feto, bebé, hijo/a, por el nombre elegido) y procurar usarlas también.
- Hablar pausado y utilizar un vocabulario claro y adecuado, de preferencia sin tecnicismos ni conceptos difíciles.
- Considerar si es oportuno/conveniente el contacto físico para demostrar la presencia (una palmada en la espalda, un abrazo, apretón de manos), según las posibilidades de cada profesional y las necesidades de cada persona en duelo.
- Observar nuestro lenguaje corporal (por ejemplo, no mirar constantemente el reloj, no estar de brazos cruzados) y tratar de sostener la mirada y respetar los silencios.
- Respetar las creencias y la expresión de emociones de cada persona/familia.
- Estar presentes y disponibles: es importante que la familia tenga un tiempo para estar a solas con su hijo/a, lo cual no significa abandonarlos, por ejemplo, avisar que se regresa en 15 minutos y cumplir.
- Ofrecer un itinerario de pasos a seguir; respetar los tiempos de cada persona/familia para procesar la noticia y tomar las decisiones pertinentes y estar disponibles para colaborar con ello.
- Transmitir la situación al resto del personal, para propiciar los cuidados adecuados y evitar situaciones inoportunas, tales como que el acompañamiento de las familias se realice por múltiples personas y que esto genere desorden o confusión.

Cuando el fallecimiento del/de la bebé se da en el parto o poco después, mientras la madre/co-gestante/familia se encuentre en la institución, es importante:

- Preguntar qué necesita la persona puérpera, madre, padre, cogestante, familia para el momento del nacimiento/despedida.
- Asegurar que la familia tenga un tiempo para estar a solas con su hijo/a sin que esto pueda sentirse como un "abandono". Por ejemplo, pautar un tiempo, 15 minutos, y luego regresar a acompañarla.
- Ver la posibilidad de flexibilizar las normas para la presencia de familiares y/o acompañantes para favorecer la despedida, incluso cuando se trate de otros hijos/as menores de edad.

- Ofrecer opciones para que cada familia pueda conservar recuerdos-objetos de su bebé. Por ejemplo, entregar una caja o bolsa de tela para que sea usada como un "cofre de recuerdos" (más adelante presentamos detalles sobre esta opción).
- Asesorar y acompañar a las personas gestantes, madres, padres, familias en los trámites que correspondan en cada caso (registro del nacimiento, registro de defunción obligatorio o voluntario, retiro del cuerpo a cargo de un servicio fúnebre).

Qué no debe ocurrir al momento de transmitir la noticia:

- Estar distraídos/as o atendiendo el celular durante los momentos de acompañamiento.
- Utilizar términos médicos de difícil comprensión.
- Iniciar o continuar enfrentamientos, discusiones o peleas con los referentes afectivos.
- Culpabilizar a la persona gestante y/o a su familia.

Expresiones que debemos evitar	Expresiones que pueden ayudar
- "Lo que pasó es estadísticamente frecuente". - "El tiempo lo cura todo". - "Todavía sos joven". - "Muy pronto estarás embarazada de nuevo". - "Vas a tener otros hijos". - "Tenés que ser fuerte por tu familia". - "Todo pasa por una razón". - "Ahora tenés un angelito". - "Menos mal que fue rápido". - "Dios sabe lo que hace".	- "Lo siento mucho". - "Me gustaría que las cosas hubieran sido de otra manera". - "¿Tienen alguna pregunta? Estoy disponible para cuando lo necesiten".

En todos los casos en que la situación de salud de la persona gestante/puérpera lo permita, y/o si así lo solicita, **es importante no obstaculizar el egreso hospitalario anticipado y/o temprano.**

Situaciones específicas

El diagnóstico de patologías graves o el fallecimiento de un/a bebé puede darse en diferentes momentos: antes, durante y después del nacimiento, durante la consulta prenatal, en el quirófano, en la sala de parto o UTPR (Unidad de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación) o en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

a) Muerte en etapa gestacional

La interrupción de un embarazo puede confirmarse en una consulta programada, ecografía de control, en la atención por guardia o durante una internación. Por otra parte, en las consultas de cuidado del embarazo, especialmente como resultado de las ecografías de screening, pueden

detectarse condiciones amenazantes, limitantes o de baja expectativa de vida extrauterina. Estas situaciones deben ser informadas en el momento para evitar el egreso de la consulta con falta de información o falsas expectativas y pueda articularse el seguimiento de forma oportuna. Cada persona necesitará de un tiempo personal para procesar la información y tomar las decisiones que considere.
En algunas situaciones, puede ser necesario trasladar a la persona gestante a establecimientos de salud de mayor complejidad. Esa derivación implica, en muchas oportunidades, alejarse del domicilio y de su familia (incluso de otros hijos/as). Es importante generar redes que permitan que estos desplazamientos no sumen más preocupaciones.
Cuando existe una muerte intrauterina o la necesidad de transmitir una situación con baja expectativa de vida extrauterina, es importante:

- Explicar las características por las cuales se recomienda un parto o una cesárea, y favorecer, cuando sea posible, que la persona gestante decida sobre ellos. Estas prácticas deberán enmarcarse en la Ley N° 25.929, conocida como Ley de Parto Respetado y la Guía de Implementación del Parto Respetado en la Provincia de Buenos Aires, con las adaptaciones correspondientes.
- Anticipar posibilidades sobre el proceso de posparto y/o lactanci.
- Sugerir la elaboración de un Plan de parto y cuidados paliativos (modelo disponible en el Anexo I del presente documento) que considere la situación clínica particular, los cuidados paliativos autorizados, un espacio privado donde la gestante/madre/padre/cogestante/familia pueda compartir el tiempo con su hijo/a si así lo deseare.
- Ofrecer la posibilidad de atesorar recuerdos y objetos (estar junto al bebé en un espacio privado, cargarlo en brazos, vestirlo con la ropa elegida, guardar objetos del bebé en un "cofre de recuerdos" (caja/bolsa de tela) que proveerá la institución.
- Cuando sea posible y con el consentimiento de la persona gestante, evitar el uso de sedantes para permitir una vivencia activa del proceso.

La Ley Nacional N° 27.610 garantiza en todo el país el derecho de la mujer/persona gestante a interrumpir voluntariamente un embarazo. Cuando cuidamos de una persona que decidió interrumpir la gestación, la recomendación es evitar comentarios y prácticas que tiendan a personificar el feto y a naturalizar la existencia de un vínculo, por ejemplo, evitar mostrar las imágenes ecográficas, poner en altavoz los latidos, dirigirse a la gestante como "madre". Sin embargo, pueden existir deseos de despedida. Ante estas situaciones, se recomienda evitar dar por sentado las necesidades y emociones de la persona gestante y mantener una escucha atenta a sus solicitudes.

b) Muerte al momento del parto

Si la muerte de la persona recién nacida ocurre en la sala de parto/quirófano/UTPR, es conveniente comunicar la noticia cuando la persona puérpera esté acompañada, sin dilatar esta información. Si estuviera sedada al momento de la muerte, se recomienda esperar que despierte para ofrecerle la posibilidad de que pueda ver y cargar a su bebé, si así lo desea.

c) Muerte posterior al nacimiento

Cuando el fallecimiento de la persona recién nacida fuera inevitable, se ofrecerá descomplejizar, es decir, redireccionar los esfuerzos terapéuticos a través de cuidados paliativos, y ofrecer a sus cuidadores principales que lo tengan en brazos en sus últimos momentos de vida, en un espacio con privacidad.
La Ley Nacional N° 27.678 sobre Cuidados Paliativos, aprobada en 2022, los define en su artículo 3 como "un modelo de atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades que amenazan o limitan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos, sociales y espirituales".

De forma específica, los cuidados paliativos neonatales son los que se ofrecen a los/as bebés y a sus familias cuando no existe una opción curativa. Su finalidad es garantizar el máximo bienestar, favoreciendo un buen final de vida y un acompañamiento respetuoso a la familia.
Para ello es necesario tener en cuenta no sólo los factores físicos del bebé –sedación, mantener sólo los dispositivos estrictamente necesarios, que pueda estar en brazos de sus padres, etc.,– sino también los factores ambientales –ruido, luz e interrupciones– y dimensiones emocionales y espirituales de la familia –rituales de despedida, respeto a sus creencias o religiones, fabricación de recuerdos del bebé–, (Herranz Lespagnol, 2018).

Rituales de despedida y construcción de memorias

Estudios realizados en distintos países y la experiencia de las familias y los equipos, recomiendan ofrecer a la persona gestante y familia tener contacto con el/la bebé fallecido. Esto puede implicar: verlo, acariciarlo, cobijarlo con una manta o vestirlo con la ropa que habían elegido previamente, cargarlo en brazos y/o hacer fotografías.
Cuando muere una persona que amamos, muchos recuerdos se anclan en la materialidad: cartas, fotografías, videos, y si bien cuando ocurre una muerte gestacional/perinatal el tiempo compartido es corto, aun así es posible atesorar algunos objetos que ayuden a recordar al bebé fallecido y la relación que se tuvo con él/ella. El test de embarazo, una ecografía, las huellas de sus pies o manos, un juguete, alguna ropa, actúan como tecnologías de la memoria, que permiten capturar los momentos (Layne, 2004). De acuerdo a algunos estudios y las experiencias compartidas en las rondas que organizamos, madres, padres, hermanos/as del bebé fallecido, encuentran en estos objetos una forma de recordarlo.
Cada equipo podrá comunicar estas posibilidades y si la gestante/madre/padre/familia está de acuerdo, colaborar con la construcción de estas memorias emotivas y materiales. Para ello es necesario revisar los propios prejuicios con respecto a estas prácticas y evitar que la opinión personal sobre ellas interfiera en la decisión. Es también imprescindible explicar que ver, abrazar, alzar al bebé fallecido o tomarle una fotografía, no es una obligación.
Asimismo, debemos aclarar que algunas opciones –como guardar un mechón de cabello o tomar la huella plantar– son posibles durante determinado tiempo. Eso no debe implicar forzar una decisión apresurada pero sí expresar con claridad los limitantes de cada caso. Si la persona puérpera solicita la entrega de la placenta deberá firmar un consentimiento informado (se adjunta modelo de consentimiento y acta de entrega en Anexo II). En ese caso, se debe informar que la placenta puede ser enviada para un estudio de anatomía patológica.

Contenido sugerido para la caja de recuerdos:

Cuando se exprese el deseo de atesorar objetos del bebé, se recomienda ofrecer una caja, cofre o una bolsita de tela para que los guarden (modelo de diseño en Anexo III). Entre esos objetos podemos ofrecer:

- Impresiones de la ecografía.
- Fotografías del bebé y/o de sus objetos.
- Test de embarazo.

- Postal simbólica de nacimiento, con nombre y huellas plantares (en los casos que sea posible).
- Impresión de la placenta.
- Ropa.
- Mechón de cabello.
- Juguetes.

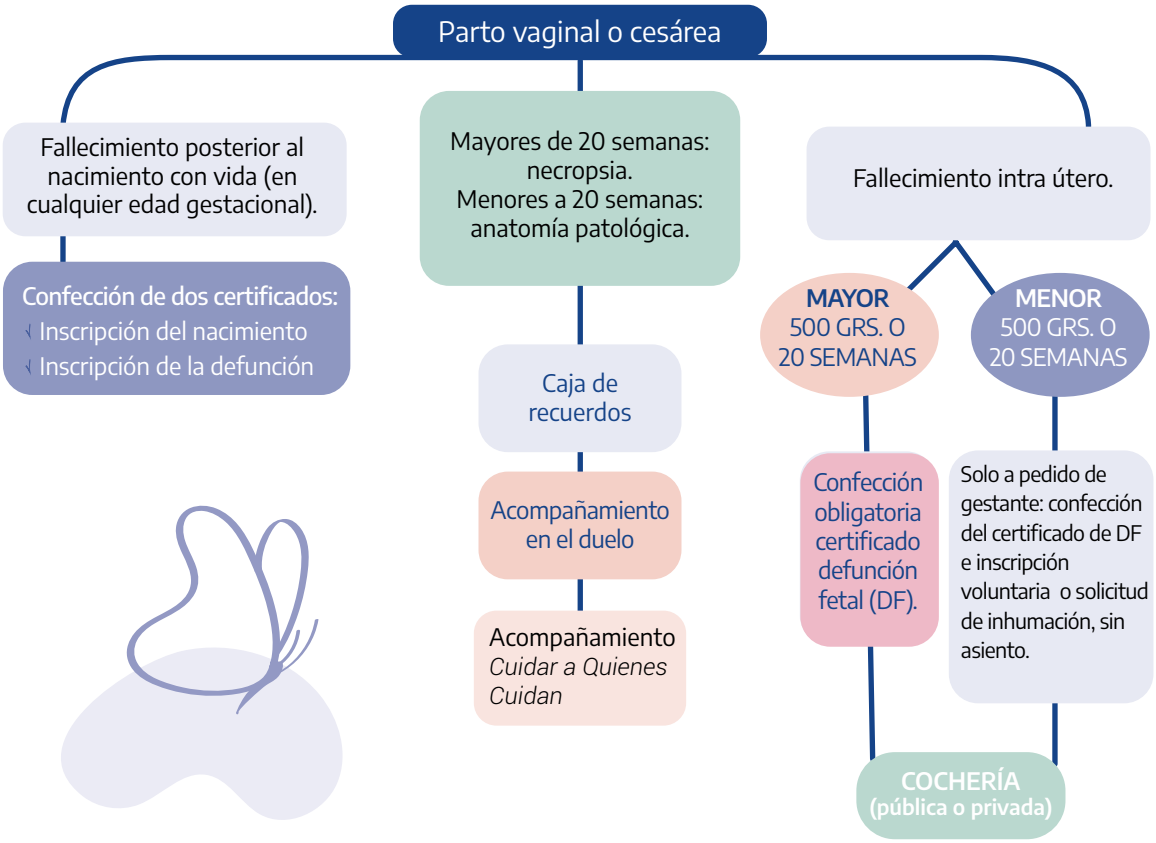
Procedimientos y cuidado del cuerpo posteriores a la muerte

Los equipos deben considerar la pertinencia de realizar procedimientos de evaluación de esa muerte perinatal según cada caso, por ejemplo, un examen físico exhaustivo con el objetivo de detectar anomalías congénitas morfológicas (antes y/o después de la muerte). Esto puede acompañarse con fotografías, radiografías o ecografías, con el fin de aclarar dudas diagnósticas y/o realizar consultas posteriores. También pueden tomarse muestras de sangre o tejido (con la precaución de refrigerarlas) y conservar la placenta para su estudio microbiológico y genético.
Además de estos análisis, puede ofrecerse la realización de una necropsia y explicar que su resultado, puede brindar información y ayudar a comprender la causa de muerte. Esta decisión puede ser difícil y por eso es necesario explicar con claridad el procedimiento, dar un tiempo para que lo piensen y conversen, sin dejar de informar que cuentan con un plazo de 24 horas como máximo para tomar esta decisión. Si aceptan realizar este procedimiento, deberán firmar un consentimiento informado. El/la médico/a tratante solicitará el estudio al servicio de Patología y siempre que sea posible, el traslado hacia la morgue del bebé fallecido podrá ser realizado en brazos o en una cuna de neonatología destinada para tal fin e identificada correctamente. No se deberán utilizar de manera rutinaria bolsas u otros recipientes para trasladarlo o cubrirlo. Debe informarse que este estudio lleva un tiempo cercano al mes y comprometerse con una consulta personalizada para una devolución y consejería.
De acuerdo al marco legal que establece la ley registral provincial para los casos de gestas menores a 20 semanas o 500 gramos, siempre que se trate de gestas deseadas y a pedido de la puérpera o de la persona co-gestante, se puede solicitar al Registro Civil la licencia de inhumación. En caso que el Registro no otorgue tal autorización, es importante que los equipos contemplen, para cada caso en concreto, otras posibilidades que ancle el deseo de la persona y las costumbres y rituales de despedida y puedan viabilizar la disponibilidad final.
Para los casos en que las familias consideren la realización del estudio de anatomía patológica, se recomienda consultarles su deseo de ver el cuerpo antes de ser colocado en formol, contemplando un margen temporal que permita asimilar la noticia.
En relación al cuerpo del bebé fallecido, debemos tener en cuenta que existen cuidados que involucran su preparación, en consonancia con las preferencias culturales y religiosas de cada familia, para acompañar su sentir y brindar respeto. Para los casos en que fuera posible y de acuerdo al deseo de cada familia, se vestirá el cuerpo, y se ofrecerá un espacio resguardado para la despedida, la toma de fotografías, recuerdo de huellas plantares en la postal de nacimiento, entre otras.
Los equipos debemos adecuar los cuidados y preparativos para la despedida de acuerdo a diversos escenarios: si la persona recién nacida se encuentra en el servicio de neonatología en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) transitando la etapa final de su vida, previo al deceso, se deberá informar de lo que sucederá a la madre y padre/co-gestante, permitiendo su presencia al momento del fallecimiento. En este momento, si así lo desearen, se podrá permitir la presencia de otros familiares como abuelas/os y hermanos/as.

Una vez que la familia considere oportuno se debe proceder a la preparación, desconectando dispositivos médicos, soporte vital (TET, vías periféricas, catéteres) a fin de acondicionarlo para el aseo, posicionamiento, cierre de ojos y boca, identificación (nombre, sexo de ser posible, fecha de nacimiento y muerte), y cobertura y/o vestimenta del cuerpo. En este sentido, se recomienda colocar al/a la bebé en decúbito supino, evitando deformaciones. Asimismo, se recomienda cerrar suavemente los ojos y la boca, tratando de no utilizar cintas o algodones.

Trámites registrales y gestiones administrativas

Los equipos de salud deben asesorar y acompañar en la realización de los trámites que siguen a la defunción. Es recomendable disponer de un material escrito en donde se detallen instrucciones sobre los mismos.
Como mencionamos anteriormente, si bien la Ley Johanna establece el periodo de tiempo que comprende la muerte perinatal a partir de la semana 22 de gestación, la Ley Provincial N° 14.078 sobre Registro de las Personas, establece otros criterios a los efectos de inscribir -o no- esas defunciones fetales.
En este sentido, esta ley detalla tres tipos de certificados para realizar los respectivos registros y el contenido de los mismos. La utilización y confección de cada uno de ellos dependerá del momento en que se produzca la muerte del/de la bebé deseado/a.
Se utilizará certificado de defunción fetal (muerte intrauterina) en los siguientes dos supuestos:
1) Si la muerte se produce hasta la semana 20 o el peso del feto no supera los 500 gramos, es decisión de la madre/padre la realización del certificado de defunción fetal, pudiendo solicitar al Registro Civil la licencia de inhumación sin labrar el asiento respectivo.
2) Si la muerte se produce una vez superada la semana 20 o el feto pesare más de 500 gramos, resulta obligatorio la realización del certificado de defunción fetal.
En ambos casos, comprendiendo que el nacimiento con vida condiciona la elaboración de los certificados que permitan darle nombre e identificación al/ la bebé deseado/a -tal como se explica en el supuesto 3 en el siguiente párrafo-, sugerimos e instamos a los equipos a confeccionar la postal de nacimiento anteriormente mencionada, como “postal simbólica del nacimiento".
En cambio, se utilizará un certificado de nacimiento y un certificado de defunción:
3) En caso que el/la bebé naciera con vida y su muerte se produzca luego de su separación con la persona gestante.



Lactancias en contextos de duelo

La lactancia humana es una práctica atravesada por la fisiología, pero también por imaginarios sociales y culturales fuertes, siempre es desafiante y más aún si se trata de una lactancia en situación de duelo.

En este escenario, el rol de los equipos de salud es crucial: debemos informar sobre la posibilidad de que ocurra la "bajada de leche" (lactogénesis II o la fase de la lactancia que marca el inicio de la producción de leche después del parto), un proceso fisiológico que sucede por la separación de la placenta del útero en todos los nacimientos. Esto puede producir turgencia y dolor mamario, que los pechos tomen temperatura elevada y la salida espontánea de secreción láctea, incluso aunque el/la bebé no se haya puesto nunca al pecho.

Las opciones que se presenten a la persona/mujer puérpera, en general, serán:

- la inhibición de la lactancia (farmacológica o fisiológica)
- el acompañamiento del proceso de donación de leche humana.

Si la decisión es inhibir la producción de leche debe desaconsejarse el uso de vendas o fajas sobre las mamas y en cambio, sugerir el ajuste del corpiño. También puede sugerirse acudir a los consultorios de lactancia de la institución, recomendando una consulta programada y facilitando los medios de contacto para acordarla. Debe tenerse en cuenta que a esos consultorios concurren madres con sus bebés y que esa situación puede causar angustia o tristeza a las personas en duelo, por lo cual anticiparse a la consulta o acordar otro circuito de atención puede ser una mejor opción.

a) Modalidades de inhibición de la lactancia

Inhibición farmacológica	Inhibición fisiológica/"natural"
Se indican dos comprimidos de 0.5 mg (total 1 mg) por única vez de cabergolina dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento (una droga selectiva, potente y de efecto prolongado que inhibe la prolactina). La cabergolina está contraindicada para personas que experimentan: - hipersensibilidad a la cabergolina o a cualquier alcaloide ergotínico; - antecedente de preeclampsia y otros trastornos hipertensivos, valvulopatías cardíacas y enfermedad cardiovascular grave, síndrome de Raynaud, úlcera péptica o hemorragias gastrointestinales, insuficiencia hepática grave y fibrosis pulmonar, pericárdica y retroperitoneal; - psicosis y depresión. Dado que su efecto no es inmediato, debe informarse que puede seguir la producción de leche por un tiempo y ofrecer información para que, si lo necesita, realice extracciones manuales, sin vaciar los pechos completamente, solo hasta que disminuyan las molestias y evitar así complicaciones de los primeros días.	Se basa en no estimular el pecho con extracciones mecánicas y rítmicas. Solo se aconseja realizar extracciones manuales para aliviar la tensión cuando se produzca ingurgitación. La disminución de la producción se realizará de forma progresiva.

b) Donación a bancos de leche humana

La Ley N° 14.787 regula en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires todo lo relativo a la donación y conservación de leche humana. Los Bancos de Leche Humana y los centros de recolección son servicios especializados que promueven la lactancia y la donación de leche humana, en beneficio de personas recién nacidas que, por distintas razones, no pueden ser amamantadas.
En los casos en que se decida realizar la donación, el personal que acompaña el duelo se contactará con el Centro de Recolección[5] más cercano a la donante para ponerles en contacto, verificando el funcionamiento y dinámica del mismo y facilitando información a la persona puérpera. Será el centro de recolección referido quien acompañe oportunamente el proceso de extracción, garantizando un lugar de privacidad, información clara y oportuna, teniendo en cuenta que pueda aparecer el deseo o la necesidad de interrumpir dicho proceso en cualquier momento.
Además de existir secreción láctea y la disposición para donar, la persona que desee hacerlo debe cumplir una serie de requisitos que los equipos de salud deben comunicar. Estos son:

- No estar tomando fármacos contraindicados para la lactancia. Por ejemplo, verificar específicamente que no se contraindique cuando existe combinación de medicamentos y en período neonatal en caso de prematuridad[6];
- no estar consumiendo sustancias como alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y otras drogas;
- tener exámenes serológicos negativos para HIV;

5 Mapa oficial Centros de recolección de leche humana
6 Si bien se recomienda hablar con el Centro de Recolección en cada caso, sugerimos utilizar la siguiente página web para más información sobre la compatibilidad de la lactancia con los fármacos del mercado: https://www.e-lactancia.org/

- en toxoplasmosis con IGM positiva, verificar si está en tratamiento, ya que la medicación está contraindicada;
- VDRL negativa o positiva/cicatriz con tratamiento completo y sin lesiones en las mamas;
- no haberse realizado tatuajes, transfusiones, ni trasplantes en los últimos 6 meses.

Puede ocurrir que la persona puérpera necesite tiempo para tomar una decisión sobre este tema. En ese caso, puede realizar la extracción y mantener la leche congelada.

Estrategias para los equipos de salud: cuidar a quienes cuidan

Durante la pandemia de COVID 19 la conversación social sobre el duelo se impuso. En los primeros meses, muchas personas murieron en instituciones de salud sin poder estar acompañadas por sus familias y amistades, mientras que las limitaciones para concurrir a celebraciones religiosas, cementerios y servicios fúnebres trastocaron los rituales tradicionales de despedida.
A causa de las medidas de aislamiento fueron los/as trabajadores/as de cada institución de salud quienes sostuvieron la mano de las personas enfermas, asumiendo esta tarea compasiva en un contexto de altas exigencias laborales y personales. Los equipos se vieron muy afectados en su salud integral y la importancia de cuidar a quienes cuidan quedó, una vez más, en evidencia (Ramacciotti, 2023), (Calmels, 2022), (Ministerio de Salud, 2021), (Freidin, 2021), (Ortiz et al, 2020).
La experiencia de investigación y de trabajo sobre duelo gestacional/perinatal desde la perspectiva de los equipos de salud, señalan la importancia de generar procesos de reflexión, revisión, capacitación y transformación de las prácticas sanitarias. En este sentido, consideramos la importancia de revisar mitos frecuentes en torno al duelo gestacional/perinatal y la forma en que se comunican noticias inesperadas y dolorosas a las familias, como también, es imprescindible cuidar la salud de los y las trabajadores/as de salud.
Es importante humanizar el dolor que implica ser testigos del dolor ajeno y el desgaste que puede producir el acompañamiento de situaciones de muerte perinatal. Las estrategias de cuidado integral a las personas y familias que transitan una muerte gestacional están íntimamente relacionadas con la producción y fortalecimiento de las estrategias de cuidado y sensibilización a los equipos de salud que acompañan, no podemos pensar en la implementación de unas sin considerar las otras.
Compartimos algunas estrategias posibles para el cuidado de los/las trabajadores/as que acompañan situaciones de muerte y duelo perinatal que pueden servir para cuidar a los equipos, entendiendo que los abordajes deben ser situados y flexibles según cada escenario particular:

- Definir los circuitos, recursos institucionales y la estrategia de acompañamiento para que cuando las situaciones sucedan, existan ya lineamientos claros y esto colabore con la disminución del estrés y la exposición a situaciones incómodas o violentas;
- priorizar el trabajo en equipo –interdisciplinario, intersaberes, interinstitucional– el armado de redes de abordaje, circuitos y estrategias institucionales que orienten los cuidados;
- organizar capacitaciones y actividades de formación en servicio sobre estos temas;
- sistematizar recursos y volverlos accesibles;
- organizar reuniones con los equipos con cierta periodicidad para conversar sobre las emociones y afectos cuando se acompañan duelos gestacionales/perinatales en diálogo con el equipo de salud mental de cada efector;
- facilitar dispositivos que permitan tiempos de descanso y relevo de las tareas de cuidado (por

ejemplo, si un profesional asistió el parto en el contexto de una muerte perinatal, indagar en sus necesidades y tratar de satisfacerlas);
- posibilitar la rotación de los integrantes de los equipos cuando suceda una muerte o situación trágica y deba continuar su horario de guardia;
- considerar en las estrategias a todos/as los/as trabajadores/as que tienen contacto con las personas en duelo, desde ecografistas –en general son quienes primero reconocen/diagnostican la detención de un embarazo– hasta personal de limpieza.

Esta guía nos convoca a pensar junto con otros actores la posibilidad de construir nuevas realidades en los centros obstétricos de los hospitales bonaerenses. Para ello es necesario pensar otras formas de atención y acompañamiento garantes de derechos de las personas y familias en duelo. Habilitar espacios de reflexión al interior de los equipos es fundamental para la revisión permanente de nuestras propias prácticas, discursos y posicionamientos desde los cuales pensamos la atención y cuidados en salud. Muchas veces, con la intención de ayudar y acompañar, realizamos intervenciones innecesarias que producen mayor nivel de desgaste para los equipos y vivencias dolorosas para los/as usuarios/as.
Por todo ello, es importante que existan instancias de encuentro donde poder intercambiar, reflexionar y revisar las prácticas instaladas históricamente, para garantizar experiencias de acompañamiento respetuosas y libres de violencia.

Algunas reflexiones finales

El camino recorrido en la recopilación de material, la recuperación de experiencias, voces y circuitos para llevar a cabo la elaboración de esta Guía, permitió habilitar espacios donde alojar deseos y expectativas, y derribar mitos, culpas y estereotipos que perpetúan este tema que hasta la fecha, se configura como tabú.
No existe una única forma de maternar o gestar, ni una única vivencia ni sentido del dolor. Cómo pensamos, expresamos y sentimos los duelos responden a configuraciones tan íntimas y personales como individuales, pero que cuando ocurren, nos trascienden e interpelan, y se transforman en problemas colectivos y de salud pública.
Al recuperar el duelo perinatal cómo problemática comunitaria, deja de ser un asunto privado para convertirse en una cuestión de salud pública, de equidad en los cuidados, de memoria colectiva. Porque cuidar en la muerte —con ternura, con lenguaje respetuoso, en espacios dignos— es también defender el derecho a vivir los vínculos, incluso los más breves, con respeto y con sentido.
Las palabras que utilizamos construyen realidad, rompen los silencios históricamente impuestos y permiten acompañar puerperios que continúan aún luego de una muerte. Incorporar la perspectiva de género y de equidad en estos procesos implica reconocer que no hay una única forma de transitar los duelos perinatales, ni una única identidad o configuración familiar que los atraviese. Ante la variedad de situaciones posibles, los cuidados no pueden ser estandarizados. Esta mirada, lejos de ser un agregado, constituye una condición indispensable para prácticas sanitarias más humanas, más inclusivas.
El enfoque de cuidados que propone esta Guía no es accesorio ni ingenuo. Es una apuesta ética y política por una práctica sanitaria que humaniza, que escucha, que cuida los detalles, que acompaña sin invadir, que nombra sin imponer. Reconocer la fragilidad humana que nos atraviesa en estas experiencias es también considerar nuestra vulnerabilidad compartida, identificarnos iguales y recordar la necesidad de cuidado mutuo.
Para ello, la ternura se convierte en fuerza transformadora: un abrazo, un silencio respetuoso,

un espacio tranquilo, una caja de recuerdos cuidadosamente armada, en palabras elegidas con atención, en gestos que no buscan “reparar” sino estar presentes. Es ternura como una forma de justicia y un modo de sostener los cuidados.

Resaltamos la importancia de revisar nuestras prácticas y pensar nuevas y mejores formas de comunicación y atención para cuidar las despedidas, construir recuerdos en un marco de cuidado y por sobre todo permitirnos sentir con el otro el encuentro con la muerte.

Nuestro agradecimiento infinito a cada una de las personas que fueron parte de esta Guía, aportando sus saberes y experiencias profesionales y personales. Deseamos que esta herramienta se convierta en un paso más hacia prácticas más sensibles, humanas y sostenidas colectivamente desde la ternura como categoría política.

Bibliografía

Balaña, Sabrina; Finielli, Agostina; Giuliano, Carla; Paz, Andrea; Ramírez, Carlota (2019). "Introducción. Rondas para pensar la salud desde el género. Bases para una agenda sanitaria feminista". En Fundación Soberanía Sanitaria (comp.), Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización. Buenos Aires: Tinta Limón, pp. 11-17. https://tintalimon.com.ar/public/p9bohs-qtgi5hdtcig4cssqrk9ivt/pdf_978-987-3687-58-7.pdf

Briggs, Laura (2017). How all politics became reproductive politics: from welfare reform to foreclosure to Trump. Berkeley: University of California Press.

Browe, Victoria (2022). Pregnancy without birth. A feminist philosophy of miscarriage. London: Bloomsbury Academic.

Calmels, Julieta; Holc, Sebastián; Medici, María Julieta (comp.) (2022). Salud mental y pandemia. Dispositivos de cuidado, asistencia y acompañamiento en la provincia de Buenos Aires. La Plata: UNLP. https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/141014

Cassidy, Paul Richard (2020). Good mothers/bad mothers: Grief, morality and gender inequality in care encounters following perinatal death. (Tesis Doctoral). Madrid: Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid. https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2021/03/2020-Cassidy-Good-mothers-bad-mothers-Grief-morality-and-gender-inequality-in-care-encounters-following-perinatal-death_2.pdf

Felitti, Karina (2022). "De no nacido a bebé: afectividades y activismos en torno a la muerte gestacional/perinatal y sus duelos", en Irrazábal, Gabriela & Martínez, Bárbara (dir.) Bebés muertos y no nacidos. Imaginarios, prácticas y políticas en torno a las interrupciones y pérdidas gestacionales en Argentina y España, Buenos Aires: CEIL libros, pp.71-102. https://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2023/01/PR07-No-nacidos-Irrazabal-Martinez.pdf

Felitti, Karina y Irrazábal, María Gabriela (2018). Los no nacidos y las mujeres que los gestaban: significaciones, prácticas políticas y rituales en Buenos Aires. Revista de Estudios Sociales, 64, pp. 125–137.

Figueroa, María José; Cáceres, Rebeca y Torres, Ana Gabriela (2020). Duelo. Manual de capacitación para acompañamiento y abordaje de duelo. San Ramón, El Salvador: FUNDASIL y UNICEF.

Freidin, Betina; Wilner, Agustín David; Krause, Mercedes; Ballesteros, Matías Salvador (2021). "Trabajadores de la salud en el primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19 en el conurbano de Buenos Aires". Población y Sociedad, vol 28, n. 2, pp. 138-167.

Irrazábal, Gabriela; Olmos Álvarez, Ana Lucía y Martínez, Bárbara (2024). "Perinatal death, collective action and legislation against obstetric violence in Argentina". Death Studies, pp.1-10. doi:10.1080/07481187.2024.2433108.

Layne, Linda (2004). "Making memories: trauma, choice, and consumer culture in the case of pregnancy loss". En Taylor, Janelle S.; Layne, Linda L. y Wozniak, Danielle F. (eds.) Consuming Motherhood. New Brunswick: Rutgers University Press, pp. 122-138.

Martos-López, Isabel M., Sánchez-Guisado, María del Mar y Guedes-Arbelo, Chaxiraxi (2016). "Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado". Revista española de comunicación en salud, vol. 7, n.2, pp. 300-309.

Ortiz, Zulma; Antonietti, Laura.; Capriati, Alejandro J.; Ramos, Silvina; Romero, Mariana.; Mariani, Javier; Ortiz, Fabián y Pecheny, Mario (2020). "Preocupaciones y demandas frente a Covid-19: Encuesta al personal de salud". Medicina, 80, pp. 2-9. https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2020/volumen-80-ano-2020-s-3-indice/preocupaciones/

Ramacciotti, Karina (ed.) (2023). Estudiar, cuidar y reclamar. La enfermería argentina durante la pandemia de COVID-19. Buenos Aires: Biblos.

Sanabria, Cecilia (2021). Ma/paternidades invisibles: cuando la muerte perinatal invisibiliza, silencia y violenta a las mujeres, personas gestantes y sus familias. Buenos Aires: Gráfica América.

Artículos en medios

Herranz Lespagnol, Eleonore (2018). "Cuidados paliativos centrados en las familias: entrevista con Claudia Alonso y Norma Grau de la Asociación CUPANE". Revista muerte y duelo perinatal, Asociación Umamanita, n. 4. https://www.umamanita.es/cuidados-paliativos-centrados-en-las-familias-entrevista-cupane/

Kohan, Alexandra (2024) Escrituras del duelo. DiarioAr. 10 de diciembre. https://www.eldiarioar.com/opinion/escrituras-duelo_129_11887670.html

Viñes, Natalia (2021). Entrevista a Guadalupe Nettel: "La crianza tendría que ser más colectiva". Eterna Cadencia Blog. 5 de marzo. https://eternacadencia.com.ar/nota/guadalupe-nettel-quot-la-crianza-tendria-que-ser-mas-colectiva-quot-/3455?srsltid=AfmBOorJl8W-IVSHK_p3BCUgy4k5VLRxy9igMyn9gKczyR7O-N4Nu6PD

Documentos

Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires (2021). Concurso. Nuestro equipo de salud en pandemia. Relatos de no ficción y fotografías. https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/04/Antología-Nuestro-equipo-de-Salud-en-pandemia.pdf

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2021). Guía de implementación del parto respetado en la PBA. En el marco de la Ley Nacional Nº 25.929. La Plata: Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud. https://nc.ms.gba.gov.ar/index.php/s/ieX6nzGR5Cr2WrG

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2022). Guía de implementación del parto respetado en contexto de encierro en la PBA. En el marco de la Ley Nacional Nº 25.929. La Plata: Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud. https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2022/06/GUÍA-DE-PARTO-RESPETADO-EN-CONTEXTOS-DE-ENCIERRO-WEB.pdf

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2024). Guía "De la categorización del riesgo obstétrico a la evaluación integral de situaciones de vulnerabilidad sociosanitaria para la atención oportuna de mujeres y personas gestantes". La Plata: Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud. https://nc.ms.gba.gov.ar/index.php/s/x8zinMz8jerjHok

UNICEF; WHO; World Bank Group y United Nations (2020). A neglected tragedy: The global burden of stillbirths 2020. October. https://www.unicef.org/reports/neglected-tragedy-global-burden-of-stillbirths-2020

Leyes nacionales (por año de aprobación)

Ley nacional N° 25.929 de Parto Respetado (2004) https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf

Ley nacional N° 26.061 de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (2005) https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/110778/texto

Ley nacional N° 26.529 de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (2009) https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm

Ley nacional N° 26.485 sobre Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009) https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm

Ley nacional N° 26.657 sobre el Derecho a la protección de la salud mental (2010) https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm

Ley nacional N° 26.742 sobre Muerte digna (2012) https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26742-197859/texto

Ley nacional N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) (2020) https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115

Ley nacional N° 27.678 sobre Cuidados paliativos (2022) https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/266944/20220721

Ley nacional N° 27.733 sobre procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal (2023) https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/295979/20231012

Leyes de la Provincia de Buenos Aires (por año de aprobación)

Ley Provincial N° 13.298 sobre Promoción y protección integral de los derechos de los niños (2005) https://normas.gba.gob.ar/documentos/BdQn1UDV.html

Ley Provincial N° 14.078 sobre Registro de las personas de la Provincia de Buenos Aires (2009) https://normas.gba.gob.ar/ar-b/ley/2009/14078/2786

Ley Provincial N° 15.188. Adhesión a la Ley nacional N° 25.929 de "Parto Respetado" (2020) https://normas.gba.gob.ar/documentos/VroOoOHO.html#:~:text=Ley%2015188&text=ART%-C3%8DCULO%201%C2%B0.,durante%20el%20proceso%20de%20nacimiento

Ley N° 15.399 Plan estratégico provincial de parto respetado en el ámbito del Ministerio de Salud de la PBA (2022) https://normas.gba.gob.ar/documentos/xbM7zGUG.html

ANEXO I

- Plan de parto y cuidados paliativos perinatales

PLAN DE PARTO Y CUIDADO PERINATAL PALIATIVO

Este documento representa deseos para el trabajo de parto, alumbramiento, postparto y cuidado neonatal. Este plan fue preparado con la ayuda del equipo perinatal. También sabemos que existen situaciones que pueden modificarlo.
Sé / Nosotros sabemos que mi / nuestro bebé podría morir durante o justo después del alumbramiento. Pueden surgir situaciones en las cuales podría ser necesario cambiar este plan, pero pido / pedimos que este plan sir va de guía para los que cuiden de nosotros y de mi / nuestro hijo / hija. También sé / sabemos que podríamos cambiar nuestros planes.
Expreso / expresamos mi / nuestro legítimo derecho a recibir información clara sobre la evolución del proceso de parto y nacimiento y sobre las distintas intervenciones que pudieran tener lugar durante el trabajo de parto, parto, nacimiento y puerperio de manera que pueda optar libremente cuando existieran diferentes alternativas.

En caso de no poder prestar consentimiento será.....quien decida.

Sección A

Cuidado durante el trabajo de parto y nacimiento

1. Modo elegido de parto:

- Vaginal ☐
- Cesárea ☐
- No decidido ☐

2. Queremos ☐ **No queremos** ☐
el monitoreo cardíaco fetal durante la labor de parto. Si quisiéramos el monitoreo preferimos:

- Continuo ☐
- Intermitente ☐
- Sin monitoreo ☐
- No decidido ☐

3. Permitir la presencia de servicios de enseñanza (médicos residentes y estudiantes de enfermería):

- Sí ☐
- No ☐

Sección B

Estos son nuestros deseos para el cuidado personal de nuestro/a bebé después de su nacimiento:

1. Entendemos que nuestro/a bebé padece una condición médica grave que puede incluir la posibilidad de que viva poco tiempo. Preferimos que:

- Sean realizadas todas las intervenciones médicas disponibles para ayudar a nuestro/a bebé. ☐
- Se lleven a cabo intervenciones selectivas que considere el equipo. ☐
- No se le apliquen medidas extraordinarias, como RCP o ventilación. ☐
- Nuestro/a bebé reciba medidas de alivio incluyendo medicamentos, oxígeno, aspiración, contacto de piel a piel. ☐

2. Postergar que nuestro/a bebé sea pesado y que se obtengan muestras de laboratorio que no sean médicamente indicadas.

- Sí ☐
- No ☐

3. Permitir que nuestro/a bebé sea alimentado:

- Darle el pecho ☐
- Gotas orales de leche humana ☐
- Fórmula ☐

4. Después del nacimiento y de que nuestro/a bebé sea estabilizado preferimos:

- Tener en nuestros brazos a nuestro/a bebé lo más pronto posible y por el mayor tiempo posible. ☐
- Tenerlo con nosotros en el lugar del parto y nacimiento. ☐
- Brevemente conocer y tocar/cargar a nuestro/a bebé y que luego sea llevado a la Unidad Neonatal de Cuidado Intensivo. ☐

5. Nos gustaría ☐ **No nos gustaría** ☐
que se lle vara a cabo un ritual (bendición, bautismo de socorro u otra ceremonia) después de que el/la bebé nazca.

6. Al cargar a nuestro/a bebé preferimos:

- El contacto piel a piel ☐
- Que esté arropado ☐

7. Bañar y vestir a nuestro/a bebé

- Sí ☐
- No ☐

Sección C

Cuidados para el final de la vida

1. Cargar a nuestro/a bebé cuando esté muriendo y después de su fallecimiento:

- Sí ☐
- No ☐

2. Realizar estudios:

- Autopsia ☐
- Pruebas genéticas ☐
- Ninguno ☐

3. Estoy considerando donar mi leche materna al Banco de Leche Humana:

- Sí ☐
- No ☐

Nombre de la Institución: .....

.....

Nombre del/de la bebé: .....

.....

Fecha probable de parto: ...../...../.....

Diagnóstico: .....

.....

Nombre y firma de la persona gestante	Nombre y firma de la persona co-gestante	Nombre y firma del/de la Obstetra	Nombre y firma del/de la pediatra/neonatólogo

ANEXO II

- Modelo de consentimiento informado para entrega de placenta

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SOLICITUD DE ENTREGA DE PLACENTA

Yo....., D.N.I..... solicito voluntariamente que, posterior al nacimiento de mi hijo/a, se me haga entrega de la placenta. Para el caso de no poder hacerlo personalmente, autorizo a su retiro a

.....D.N.I. ....., en

carácter de ..... (consignar si es el/la cónyuge/pareja, padre/ madre del niño/a o un familiar cercano).

Entiendo que los requisitos para su retiro son:

La entrega de la placenta se realizará en una bolsa que cumple con las condiciones necesarias para tal fin y que deberé ,o la persona que realice el retiro deberá, traer un recipiente donde colocar la misma. La entrega se realizará inmediatamente después del alumbramiento, al egreso de la sala de parto a mi persona o a la persona autorizada, quien para acreditar su condición de tal deberá presentar su DNI.

La placenta estará identificada con nombre completo de la persona gestante, número de documento de identidad, fecha y hora del alumbramiento y nombre del establecimiento de salud.

No se deben contar con las causales de exclusión que se detallan a continuación.

Asimismo se me ha explicado y comprendo que las causas de exclusión son:

La placenta no podrá ser entregada cuando la misma provenga de personas gestantes que presenten diagnóstico de alguna/s de las siguientes enfermedades y/o infecciones transmisibles: VIH (virus de inmunodeficiencia humana), VHB (virus de hepatitis B) y VHC (virus de hepatitis C).

La placenta no podrá ser entregada cuando, posteriormente al alumbramiento y debido a las características de la misma, sea indicado un estudio microbiológico o histopatológico de ésta y/o sus anexos ovulares.

Comprendo los requisitos y exclusiones para acceder a la entrega de la placenta. Asimismo, declaro que la misma será destinada exclusivamente para uso personal o para cumplir con prácticas culturales que para mí son significativas, entendiendo que se encuentra prohibida su comercialización.

Me comprometo a tener los resguardos de un manejo seguro para mí, mi familia y la población general, no siendo el Hospital responsable por el destino que se le otorgue, ni el daño que eventualmente ocasione y fuera reclamado mediante una acción civil, un proceso penal o un procedimiento administrativo.

Ciudad de .....,

a los ..... días del mes de ..... de 20.....

Firma/aclaración/DNI

Firma y sello médico/a

ACTA DE ENTREGA DE PLACENTA

A los ……. días del mes de …….. de 20 ……..… se hace entrega a la/el Sra./Sr ……..……., D.N.I. ……..…….....

de la placenta perteneciente a ……..……..

D.N.I. ……..……..……..……., comprometiéndose a que el único destino de la misma sea el uso personal o para cumplir con prácticas culturales significativas para sí.

.....	.....
Firma de quien retira	Firma y sello de quien entrega

.....
Aclaración

D.N.I.:.....

.....
Vínculo/Parentesco (en caso que corresponda)

ANEXO III

Recuerdos y recursos para la familia y el establecimiento de salud

La institución tiene la posibilidad de gestionar la producción de varios recursos que pueden ayudar a las familias en el proceso de duelo. En el Anexo IV encontrarán propuestas de archivos para descargar e imprimir.

Caja/bolsa/cofre de recuerdos:

La caja de recuerdos se trata de un recurso que se ofrece a las familias para que puedan guardar los objetos que tienen relación con su hijo o hija y contribuyan a darle una identidad social en su entorno comunitario y familiar. Algunas instituciones utilizan cajas de cartón fácilmente adquiribles en librerías, otras confeccionan bolsitas de tela con algún estampado o detalle. Allí dentro las familias pueden guardar: un mechón de pelo, la postal de nacimiento, fotos, alguna prenda pequeña, etc.

Postal de nacimiento:

Es una tarjeta informal, sin valor legal, donde la familia puede guardar los datos del/de la bebé y algún recuerdo, tales como las huellas, un mechón de pelo o una foto. También pueden escribir un mensaje en la contratapa de la postal. Se puede ofrecer a todas las familias, especialmente a las que no puedan tener un certificado formal de nacimiento.

Señalética para habitación, libreta sanitaria, historia clínica u otros registros:

La señalética de la mariposa azul puede usarse para identificar la puerta del espacio donde se encuentra la familia, en la historia clínica de la persona puérpera o en la libreta sanitaria como un símbolo para evitar preguntas incómodas, interrupciones o equivocaciones.

Recuerdo de la placenta:

En una hoja blanca A4 común, se puede dejar plasmada la impresión de la placenta. El procedimiento es sencillo, se coloca la placenta en una superficie cómoda, se le aplica a la cara superior témpera de colores a elección. Se coloca la hoja y se presiona suavemente. Con este proceso, los vasos sanguíneos de la placenta dibujan una figura muy especial, que se puede asociar al árbol de la vida.
Ejemplo:

Archivos para descargar e imprimir

POSTAL

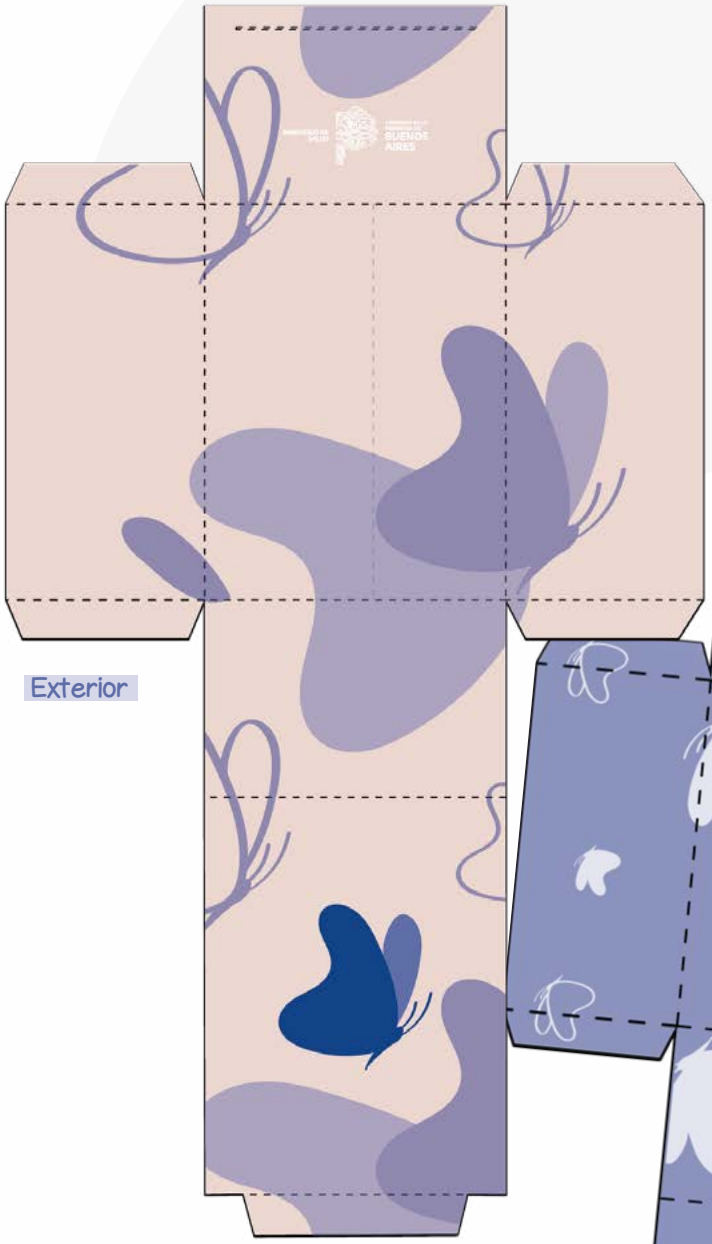
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
Soporte: Ilustración de 220 gr. / 300 gr.
Tintas: 4/4
Tamaño: A6 (10,5 cm x 14,8 cm)

Haga click en la imagen para descargar el archivo de impresión

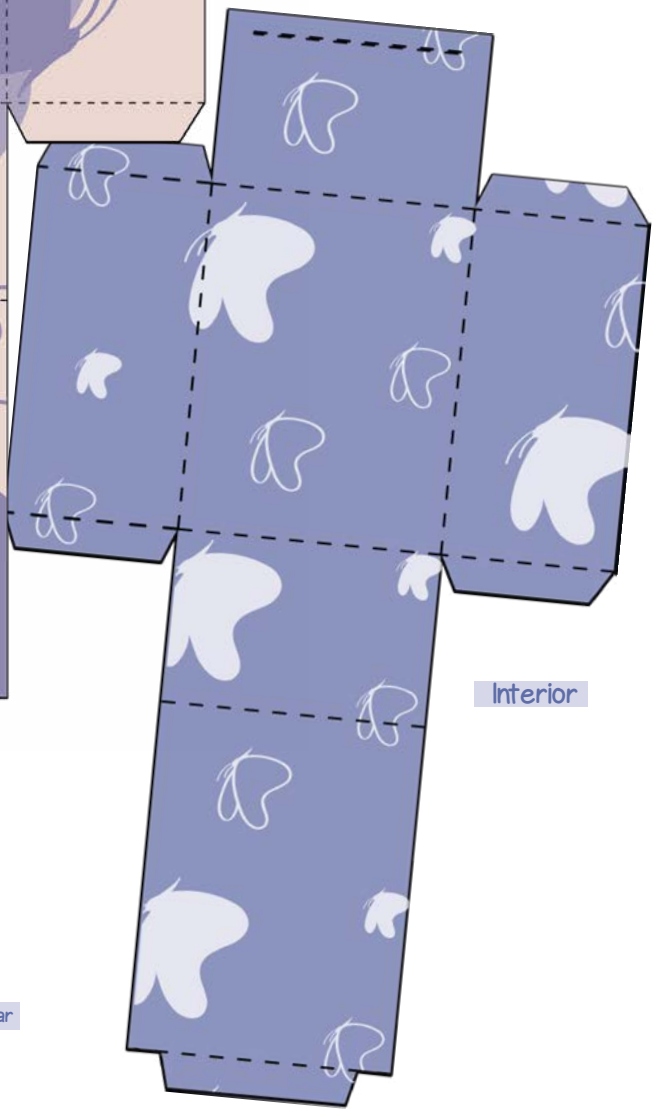
CAJA DE RECUERDOS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Soporte: Ilustración de 270 gr. / 300 gr.
Tintas: 4/4
Tamaño total desplegado: 27 cm x 46,5 cm
Tamaño cerrado: 14 cm ancho x 15,65 cm largo x 6,5 cm de alto.
Rústica: Troquel de corte y doblez _ armado



Exterior



Interior

Haga click en la imagen para descargar el archivo de impresión

SELLOS

3CM

Haga click en la imagen para descargar el archivo de impresión

6CM

SEÑALÉTICA

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES