

DESPUÉS DE LA PÉRDIDA, EL CUIDADO CONTINÚA: HACIA UNA RESPUESTA ORGANIZADA AL DUELO PERINATAL EN EL PERÚ

AFTER THE LOSS, CARE CONTINUES: TOWARD AN ORGANIZED RESPONSE TO PERINATAL GRIEF IN PERU

Rebeca M. Nuñez-Herrera ¹, Cender U. Quispe-Juli ¹

Filiación:

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado, Lima, Perú

Cómo citar el artículo: Nuñez-Herrera RM, Quispe-Juli CU. Después de la pérdida, el cuidado continúa: Hacia una respuesta organizada al duelo perinatal en el Perú. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2026; 11 (3): e1-e4. DOI: 10.47784/rismf.2026.11.3.489

Financiamiento: Autofinanciado

Conflictos de interés: No se han identificado conflictos de interés

Correspondencia:

Cender U. Quispe Juli
Correo electrónico:
cender.quispe@unmsm.edu.pe

Recibido: 15-08-2026
Aprobado: 29-08-2026
Anticipada: 01-09-2026
Publicado: 01-09-2026



La muerte gestacional, fetal o perinatal, constituye uno de los acontecimientos más dolorosos que puede experimentar una familia. Sin embargo, durante mucho tiempo, la atención sanitaria posterior a estas pérdidas ha estado centrada principalmente en el desenlace clínico y en los indicadores de mortalidad, mientras que las necesidades emocionales, sociales y familiares de quienes sobreviven a la pérdida han recibido menor atención. En el Perú, esta situación adquiere especial relevancia en un momento en que el país cuenta con un marco legal que reconoce la necesidad de brindar cuidado integral y multidisciplinario ante la muerte y el duelo perinatal. La Ley N.º 32132 establece, entre otros aspectos, el derecho a recibir asistencia psicoemocional especializada y un trato humanizado ante estas situaciones (1). El desafío actual, ya no consiste únicamente en reconocer que el duelo perinatal existe, sino en convertir ese reconocimiento en una respuesta organizada, accesible y evaluable dentro de los servicios de salud.

El duelo perinatal se desarrolla entorno al embarazo, parto y posparto. Es un proceso adaptativo cuya expresión y duración pueden variar considerablemente entre las personas y las familias (2). Una respuesta sanitaria adecuada debería evitar tanto la minimización del sufrimiento como la patologización indiscriminada de la experiencia. Para lograrlo, es necesario definir operativamente qué se entiende por duelo adaptativo esperable, duelo con factores de riesgo y duelo complicado o prolongado (2,3). El duelo adaptativo incluye tristeza, llanto, anhelo y dificultades transitorias de sueño o apetito, con mejoría progresiva en semanas. El duelo con factores de riesgo incluye antecedentes de pérdida previa, problemas de salud mental, falta de red de apoyo, muerte traumática o gestación muy deseada. El duelo complicado probable se caracteriza por síntomas persistentes más allá de seis a doce meses, incapacidad funcional significativa, ideación suicida o culpa intensa. Estos criterios son orientativos y deben adaptarse culturalmente (4,5).

La atención podría organizarse bajo un enfoque escalonado: todas las familias deberían recibir un trato respetuoso, información clara y oportunidades para expresar y elaborar su pérdida; posteriormente, quienes presenten mayores necesidades emocionales, dificultades persistentes o factores de riesgo deberían ser identificados mediante una evaluación apropiada y derivados a profesionales capacitados. Este enfoque permitiría integrar el acompañamiento al duelo dentro de la atención materno-fetal y neonatal sin convertir cada pérdida en un problema exclusivamente psiquiátrico. La literatura internacional respalda este modelo. En el Reino Unido, el *National Bereavement Care Pathway* establece estándares mínimos para todos los servicios de obstetricia y neonatología, con derivación escalonada a psicología y psiquiatría perinatal (6). En Australia, su guía de práctica combina atención universal con equipos especializados en hospitales de referencia (7). En España, protocolos hospitalarios de Cataluña han empleado estrategias para abordar el duelo como la “caja de recuerdos” demostrado mejoras en satisfacción familiar (8). Esto sugiere que los modelos escalonados son más eficientes que la derivación universal a salud mental o que la ausencia de protocolos.

La experiencia del duelo no depende únicamente de las características individuales de la madre o de la familia. El propio sistema de salud puede contribuir a aliviar o profundizar el sufrimiento. La forma en que se comunica la muerte, el lenguaje utilizado por los profesionales, la posibilidad de disponer de privacidad, el respeto por las decisiones familiares, la oportunidad de despedirse del bebé o de conservar recuerdos, la existencia de un seguimiento posterior y la derivación a psicología, psiquiatría o trabajo social cuando sea necesario pueden transformar profundamente la experiencia de la pérdida (9). Esto exige recursos humanos capacitados para comunicar la muerte, acompañar la hospitalización y sostener el seguimiento post alta —con disponibilidad de psicólogos y psiquiatras—, así como espacios adecuados. Por eso, la humanización no debería entenderse como un componente accesorio de la atención obstétrica o neonatal, sino como parte de su calidad.

La calidad de un sistema sanitario también se demuestra por la manera en que cuida cuando ya no puede curar. Para que este principio sea evaluable, es necesario operacionalizarlo con indicadores concretos: tiempo hasta la comunicación de la muerte, porcentaje de familias con espacio privado, oferta de ver y sostener al bebé, entrega de recuerdos, contacto a las dos, seis y doce semanas, encuesta validada de experiencia familiar, formación recibida por el personal, número de profesionales formados en comunicación de malas noticias por cada 1.000 nacimientos o por servicio, disponibilidad de psicólogo y psiquiatra de enlace por nivel de atención, y existencia de espacio físico reservado para la despedida y la privacidad familiar. Sin indicadores, la humanización queda en el plano del deber ser y no permite evaluar si se cumple o no.

En el Perú existen señales de que este cambio comienza a trasladarse desde el discurso hacia la práctica. En octubre del 2025, el Ministerio de Salud (MINSA) ha desarrollado actividades de sensibilización dirigidas a profesionales para fortalecer la atención ante la muerte gestacional, perinatal y neonatal, e informó la participación de más de 300 profesionales (10). Asimismo, en julio de 2026 se publicó la Resolución Ministerial N.º 589-2026-MINSA, mediante la cual se dispuso la publicación del proyecto de Reglamento de la Ley N.º 32132 para recibir aportes de las entidades y ciudadanía (11). En julio de 2026, el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins informó la implementación de una Sala de Acompañamiento para Duelo Gestacional y Perinatal como parte de esta estrategia (12). Estos acontecimientos representan una oportunidad para pasar de iniciativas aisladas a una estrategia nacional que defina responsabilidades, rutas de atención, mecanismos de referencia y criterios mínimos de calidad. Sin embargo, estas experiencias no permiten concluir que exista una tendencia nacional consolidada. Generalizar a partir de iniciativas puntuales sería un error. Lo que corresponde es reconocer su valor como piloto y proponer su evaluación sistemática antes de escalar.

Dentro de esta discusión, el denominado Código Mariposa puede constituir una referencia para desarrollar modelos de acompañamiento centrados

en la familia (12). Su valor para el sistema sanitario peruano no debería depender solamente de su capacidad para generar experiencias positivas, sino de la posibilidad de adaptar sus componentes a distintos contextos, establecer estándares de atención y evaluar sus resultados. Sin embargo, si no se evalúan sus limitaciones, ni su adaptabilidad real al contexto peruano, ni la evidencia sobre su efectividad, no se puede afirmar que sea adecuada. Existe el riesgo de que se convierta en un protocolo burocratizado, aplicado sin acompañamiento real. La implementación debe ir acompañada de evaluación sistemática y no limitarse a la reproducción de un formato. Este tipo de experiencias puede convertirse en un punto de partida para generar conocimiento local, siempre que su implementación vaya acompañada de evaluación sistemática y no se limite a la reproducción de un protocolo.

La investigación sobre duelo perinatal debería superar la descripción del problema y avanzar hacia preguntas relacionadas con implementación y efectividad. Necesitamos conocer cómo las mujeres y familias experimentan la atención recibida, qué barreras encuentran para acceder a apoyo psicológico, qué componentes de los modelos de acompañamiento son factibles en diferentes niveles de atención y qué resultados producen. También son necesarios estudios cualitativos que permitan comprender las experiencias de las familias y del personal sanitario, estudios longitudinales que permitan conocer las trayectorias del duelo y evaluaciones económicas que estimen los recursos necesarios para implementar estas intervenciones. La investigación de implementación puede desempeñar aquí un papel particularmente importante, porque permitiría estudiar no solamente si una intervención funciona, sino también cómo incorporarla de manera sostenible a los servicios de salud.

La circunstancia actual es especialmente relevante porque el Perú se encuentra en un momento de desarrollo normativo y de creciente reconocimiento institucional del duelo perinatal. El proceso de reglamentación de la Ley N.º 32132 ofrece la posibilidad de definir con mayor precisión cómo estos derechos se traducirán en servicios concretos (11). La siguiente etapa debería orientarse a construir capacidades en los

establecimientos, capacitar al personal, desarrollar rutas de atención, garantizar espacios adecuados y generar indicadores que permitan evaluar la implementación. La existencia de una norma es un punto de partida; su verdadero impacto dependerá de la capacidad del sistema para convertirla en una experiencia de atención diferente. El MINSA debería asumir la normativa, los indicadores y la evaluación nacional con presupuesto sectorial. Las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud deberían asumir la implementación regional y la supervisión con presupuesto regional.

Este escenario es una prueba de fuego para el sistema de salud en su conjunto que con demasiada frecuencia produce más normas que implementaciones (13). Si no logra organizar una respuesta digna, coordinada y evaluable al duelo perinatal —una intervención que no exige tecnología ni demasiados recursos, sino apenas gestión y voluntad política—, quedará al descubierto la fragilidad de un modelo que confunde leyes con derechos. El reto es de gestión, su éxito o fracaso será un indicador implacable de la madurez institucional del sector salud. Cabe preguntarse si el sistema asumirá ese examen o si seguirá tratando la calidad de la atención como un lujo prescindible. La respuesta no estará en las normas, sino en la manera en que se atienda (o abandone) a las familias que enfrentan la muerte de un hijo antes de nacer o a pocos días de nacido.

El reto para los servicios de salud, tanto públicos como privados, no es solamente disminuir la mortalidad materna, fetal y neonatal, sino también garantizar que, cuando una muerte ocurre, las familias no queden solas frente a sus consecuencias. En ese sentido, se recomienda definir operativamente el duelo perinatal y sus niveles de atención, implementar por fases con evaluación paralela, operacionalizar la humanización y la calidad con indicadores medibles, analizar críticamente el Código Mariposa antes de adoptarlo —y evaluar la necesidad de una guía de práctica clínica propia, nueva y ad hoc, que responda al carácter multicultural del Perú—, incorporar a todos los actores relevantes, generar evidencia peruana con investigación de implementación, explicitar mecanismos de financiamiento y responsabilidades, y reconocer limitaciones. Debemos reconocer el duelo, pero

también organizar la respuesta, y crear servicios de acompañamiento, pero también generar evidencia sobre su efectividad y sostenibilidad. Después de la pérdida, el cuidado continúa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Perú. Ley N.º 32132, Ley que promueve el cuidado integral y multidisciplinario de la madre ante la muerte y duelo gestacional y neonatal. Diario Oficial El Peruano. 2024.
2. Mørk S, Hvidtjørn D, Möller S, Henriksen TB, O'Connor M, Bonanno GA. Grief trajectories after loss in pregnancy and during the neonatal period. *J Psychiatr Res*. 2023; 168: 293-299. doi: 10.1016/j.jpsychires.2023.10.052.
3. Zhang X, Chen Y, Zhao M, Yuan M, Zeng T, Wu M. Complicated grief following the perinatal loss: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):772. doi: 10.1186/s12884-024-06986-y.
4. Maurya S, Yadav KK, Vats P, Dixit K, Hashmi M, Bisht S, et al. Lived experiences and coping mechanisms of parents following stillbirth and immediate postnatal death: an interpretative phenomenological study from a North Indian setting. *Front Psychiatry*. 2026; 17: 1736722. doi: 10.3389/fpsy.2026.1736722.
5. Ayebare E, Lavender T, Mweteise J, Nabisere A, Nendela A, Mukhwana R, Wood R, Wakasiaka S, Omoni G, Kagoda BS, Mills TA. The impact of cultural beliefs and practices on parents' experiences of bereavement following stillbirth: a qualitative study in Uganda and Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):443. doi: 10.1186/s12884-021-03912-4.
6. National Bereavement Care Pathway [Internet]. Cardiff: NHS Wales, Performance and Improvement; 2026 [cited 2026 Oct 2]. Available from: <https://performanceandimprovement.nhs.wales/nbcp/>
7. Centre of Research Excellence in Stillbirth, Perinatal Society of Australia and New Zealand. Care Around Stillbirth and Neonatal Death: Clinical Practice Guideline [Internet]. Brisbane: Stillbirth CRE; 2024 [cited 2026 Oct 2]. Available from: <https://learn.stillbirthcre.org.au/>
8. Fernández-Mostaza ME, Muñoz-Henríquez W. Boxing up death: The use of symbolic-material devices to address gestational and perinatal mourning in hospitals and families in Catalonia (Spain). *Death Stud*. 2025;49(10):1325-1334. doi: 10.1080/07481187.2024.2423732.
9. Roberts LR, Nick JM, Sarpy NL, Peters J, Tamares S. Bereavement care guidelines used in health care facilities immediately following perinatal loss: a scoping review. *JBIM Evid Synth*. 2024;22(10):2003-2089. doi: 10.11124/JBIES-23-00149.
10. Ministerio de Salud. El duelo se acompaña: Minsa refuerza la atención a familias que han perdido a un hijo durante la gestación o al nacer [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2025 oct 15 [citado 2026 oct 2]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1264613-el-duelo-se-acompa%C3%B1a-minsa-refuerza-la-atencion-a-familias-que-han-perdido-a-un-hijo-durante-la-gestacion-o-al-nacer>
11. Perú. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 589-2026-MINSA, que dispone la publicación del proyecto de Reglamento de la Ley N.º 32132, Ley que promueve el cuidado integral y multidisciplinario de la madre ante la muerte y duelo gestacional y neonatal [Internet]. Lima: MINSA; 2026 [citado 2026 Oct 3]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/8321736-589-2026-minsa>
12. EsSalud. EsSalud implementa sala de acompañamiento emocional para familias que enfrentan la pérdida de su bebé [Internet]. Lima: EsSalud, Oficina de Relaciones Institucionales; 2026 Jul 30 [citado 2026 Oct 3]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/1423924-essalud-implementa-sala-de-acompanamiento-emocional-para-familias-que-enfrentan-la-perdida-de-su-bebe>
13. Quispe-Juli CU. Repensando el avance de la salud digital en el sector público de Perú. *An Fac med*. 2025;86(2):229-230. doi: <https://doi.org/10.15381/anales.v86i2.30411>