

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE UN ESTÁNDAR ESPECIAL EN RELACIÓN CON EL MANEJO CLÍNICO Y ACOMPAÑAMIENTO A MADRES Y PADRES QUE HAYAN SUFRIDO UNA MUERTE GESTACIONAL O PERINAL.

BOLETINES N° 14.159-11 (S).-

HONORABLE CÁMARA:

La **Comisión de Salud** viene en informar, en segundo trámite constitucional y primero reglamentario, el proyecto de la referencia, originado en moción de los senadores y senadoras Carolina Goic, Yasna Provoste, Rabindranath Quinteros, Marcela Sabat y Ena Von Baer.

CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS PREVIAS.

1) La idea matriz o fundamental del proyecto, de acuerdo a lo establecido por el Senado como cámara de origen, es que todas las instituciones de salud ya sean públicas o privadas, cuenten con un protocolo universal en caso de muerte perinatal, con manejo clínico y acompañamiento psico-emocional acorde, para contener a la madre, al padre y al núcleo más cercano del nonato o mortinato fallecido. A su vez, propone aumentar el número de días de permiso, que en cada caso se indica, al trabajador que sufre la muerte de un hijo.

2) Normas de carácter orgánico constitucional.

No hay.

3) Normas de quórum calificado.

No hay.

4) Normas que requieren trámite de Hacienda.

No hay.

5) El proyecto fue aprobado, en general, por la unanimidad de los diputados presentes (11 a favor).

Votaron a favor los diputados: señoras y señores Boric, José Miguel Castro, Juan Luís Castro, Ricardo Celis, Andrés Celis, Crispi, Gahona, Macaya, Ossandón, Sanhueza y Torres.

6) Diputado informante: señor Patricio Rosas Barrientos.

I.- RESUMEN DE LOS FUNDAMENTOS DE LA MOCIÓN.

En la exposición de motivos de la moción original, los patrocinantes destacan que la maternidad y la paternidad son uno de los vínculos humanos más potentes, únicos y específicos. Añade que, cuando se rompe dicho vínculo, se genera una pérdida irrecuperable en el mundo emocional de madres, padres y familias, por lo que es fundamental guiarlo de forma adecuada y facilitar el tránsito del duelo.

Señalan los autores que el psiquiatra australiano John Condon define el vínculo prenatal, desde la salud mental, como el “lazo o vínculo emocional que se desarrolla normalmente entre la madre embarazada o padre y su bebé no nacido”, que contiene “la experiencia nuclear del amor” y que comienza desde que la madre gasta energía psíquica en el vínculo. Indica que es relevante saber que “los primeros datos acerca de la existencia del llamado vínculo materno-fetal -de carácter unidireccional desde la madre hacia el feto, frente al carácter bidireccional del vínculo de apego- provienen de investigaciones clásicas acerca de la pérdida perinatal y el dolor asociado a la misma” .

Añaden que, por otra parte, cuando se vive un duelo, pareciera estar en un combate permanente entre quedarse en la vida o quedarse en la muerte para no soltar a ese hijo que ha fallecido.

Destacan que vivir sanamente un duelo y ser acompañada con respeto, implica poder honrar a tu hijo o hija.

Los sentimientos de impotencia, incapacidad, culpabilidad y de auto-depreciación, constituyen la base sobre la que se desarrollarán las diferentes manifestaciones psicopatológicas del «síndrome post-aborto», preferentemente las formas clínicas depresivas y adaptativas.

Afirman que resulta vital el abordaje multidisciplinario adecuado y respetuoso por parte de los profesionales de la salud, a fin de no sólo favorecer un duelo más saludable, sino que, además, permitan prevenir trastornos mentales que suelen extenderse hasta las próximas gestaciones y el vínculo con esos hijos, así como su futuro desarrollo emocional incluyendo la salud mental de la madre.

Recuerdan que el mensaje que dio origen a la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, hizo presente que “Una de las críticas que más frecuentemente se formulan a los sistemas de salud, es la creciente deshumanización en las relaciones entre los actores de ellas y en el trato que reciben las personas atendidas”.

El espíritu detrás de la incorporación de dicho cuerpo legal a nuestro ordenamiento jurídico dice relación con entregar un servicio de calidad y respetuoso en todo momento de los derechos de los pacientes.

Se señala en la moción que los autores se han podido formar la idea en relación a lo anterior, luego de haber escuchado una serie de experiencias de madres y padres, de haber recogidos testimonios de familias que han enfrentado la pérdida reproductiva o muerte perinatal de un hijo o hija, todo lo anterior en conjunto a la experiencia de un equipo multidisciplinario de profesionales ligadas al tratamiento del duelo gestacional y perinatal y al sustento teórico de múltiples investigaciones que avalan la necesidad de la existencia de un protocolo que permita un adecuado acogimiento de los afectados por esta difícil situación.

III. SÍNTESIS DE LA DISCUSIÓN EN LA COMISIÓN, Y ACUERDOS ADOPTADOS.

A) Discusión general.

- **Intervenciones en el seno de la Comisión.**

En primer lugar, **la gestora social de la Ley Dominga, señora Aracelly Brito Muñoz**, comenzó relatando su experiencia en el trato recibido a propósito de la muerte de una hija en avanzada etapa gestacional. Hizo presente una serie de situaciones que se presentan, como que el equipo médico no sabía si la madre podía

sostener a la criatura en el momento del parto, o que las madres quedan en las mismas salas en que se encuentran las demás gestantes, siendo inevitable oír el llanto de los recién nacidos cuando las enfermeras los llevan en sus carritos a visitar a las madres, y otra vez existía la duda si ella podía sostener a su bebé fallecido. Afortunadamente, una anestésista oyó la situación e indicó que igualmente podía sostener a su bebé.

En tal sentido, es un problema el que no existan protocolos que definan ciertamente los pasos a seguir por el equipo médico en esas situaciones. Sobre todo, porque la falta de ellos en materia de acompañamiento a la mujer, y a la familia en general, impide la ocurrencia del apego materno filial y el contacto, vestimenta del cuerpo, inscripción en el Registro Civil, entre otros elementos o situaciones que son muy dolorosas, o no se informa la manera en que la mujer debe sobrellevar los cambios biológicos que igualmente ocurren en su cuerpo, como la generación de leche.

Hizo especial hincapié en lo cruel y doloroso que es que a las madres de criaturas fallecidas las hagan compartir espacio con las madres y sus bebés recién nacidos, al momento de realizarse los controles en las semanas posteriores al parto. Al respecto, hizo presente que no existe suficiente apoyo psicológico e, inclusive, las licencias médicas emitidas a propósito de su estado fueron rechazadas, razón por la cual prefirió renunciar a su empleo porque no tenía fuerzas. Tuvo que dejar el tratamiento.

Por todo lo anterior, si bien es sabido que el fallecimiento de bebés en la etapa gestacional es una posibilidad, insta porque la despedida de esas criaturas sea de forma digna y humana, espiritual y emocional; que exista la posibilidad de contacto y apoyo a la salud mental de las mujeres y sus familias pues es una necesidad.

En segundo lugar, **en representación de la Agrupación Ginecólogas Chile, la señora Andrea Von Hoveling**, comenzó refiriendo que es sabido por quienes trabajan en el ámbito de la salud que existe una suerte de deshumanización en el trato hacia los pacientes, pero ello también responde a las urgencias que en cada momento deben ser atendidas. Por ello, no es extraño que entre destinar diez minutos a aquellos pacientes que no tienen urgencias médicas, a uno que si la tiene, se prefiera atender la urgencia.

Sin embargo, debe existir una forma que aquello no ocurra, y este proyecto es una propuesta en tal sentido. Con todo, no debe ser entendida como una ley anti médicos o anti hospitales; muy por el contrario, lo que se requiere es cursos y capacitaciones, y espacios de convergencias que permitan abordar adecuadamente tal situación.

Por ello es tan increíble que desde una experiencia de dolor surja una experiencia propositiva como este proyecto de ley. Hay que tener presente que desde tiempos inmemoriales las mujeres llevan en silencio el sufrimiento de la gestación cuando ella tiene problemas o inconvenientes, tolerando los efectos secundarios de la anticoncepción, pasando por los procesos de parto solas -sobre todo, cuando los padres desaparecen-, o luego haciéndose cargo solas de sus hijos.

Por otra parte, existe un cierto oscurantismo, un cierto pudor en hablar de la muerte en la etapa de gestación, como si a nadie le hubiera ocurrido, y cuando se insinúa el tema, se trata de invalidar ese dolor manifestando frases del tipo 'que bueno que no te encariñaste' o 'por suerte no alcanzaste a ponerle nombre' -cuando el cariño es algo que sobrepasa la razón, es una emoción. Un hijo es un hijo desde que existe, y en la siquis de la madre, ese hijo es irremplazable-; no se debe apelar a la juventud de la madre ni a la posibilidad de tener nuevos embarazos, o a que ya tiene hijos y que puede enfocar

su atención en el cuidado de ellos. Lo mismo se percibe en las interrupciones del embarazo, ya sean legales -donde existe una sanción social- o ilegales, donde la aproximación a la mujer es del tipo 'que alivio, que suerte, se logró lo que querías'. En síntesis, habitualmente se intenta dar un consuelo pero que, finalmente no es un consuelo, sino que produce una sensación de incompreensión que lleva a mayor soledad a quien se ve afectada por esta situación.

Por ello es indispensable crear espacios, porque la muerte gestacional es muy frecuente. El 25% de los embarazos termina en pérdida gestacional, pero se sospecha que la detección es inferior a la real, la que se situaría en cerca del 50% de los casos de embarazo. No es extraño que en el relato de las abuelas de cada uno existan experiencias sobre pérdidas, en la época en que los partos ocurrían en los hogares.

En el levantamiento de información que se ha realizado, se han recibido relatos de mujeres que vivieron esta experiencia hace cuarenta o cincuenta años, y a ellas en esos momentos les decían que se enfocaran en el futuro, y no tuvieron ritos de despedida. De ello, se constata que no solo hay dolor para las madres, sino que en la familia que lo acompaña, incluyendo abuelos, que no saben cómo abordar la situación.

Por ello, es necesario avanzar en este proyecto, pues es un fenómeno de mucha frecuencia que deviene, a raíz de la situación de sobrecarga asistencial, en algo frecuente y rutinario, siendo que para la mujer puede resultar una experiencia desgarradora.

Es una experiencia que se vive en soledad, en silencio y sin acompañamiento. Los equipos médicos no cuentan con las herramientas para saber qué desea la mujer y el único acto de maternidad que esa madre pudo tener con su hijo, el contacto al vestirlo, también le es privado. Con todo, en algunos establecimientos se facilita el momento íntimo para que puedan vestir antes de la rigidez el cuerpo del fallecido, pero eso ha surgido porque a alguien se le ocurrió.

Por todo lo anterior es que el objetivo del proyecto de ley, habiéndose logrado identificado el problema, propone que se estandaricen cuestiones mínimas de funcionamiento de los equipos médicos en la manera en que deben proceder ante esas situaciones, para que las acciones que se adopten no dependan de las sensibilidades de quienes integren tales equipos.

De esta manera se garantizará a la mujer madre que lo desee, a tener una atención adecuada, digna y privada, dentro de lo que la situación médica lo permita, con compañía. Incluso, el hecho de tener un duelo correctamente vivido permite disminuir la ansiedad, y facilita la toma de decisiones sobre si se quiere o no tener nuevos embarazos.

Finalmente, hizo presente que la frase los 'niños primero' debe fortalecer la situación de los cuidadores, para que estén mejor preparados. En tal sentido, avanzar en esta política generará un círculo virtuoso a favor de las madres y de las familias, tal como ha ocurrido con la aprobación del postnatal de seis meses, resistido en sus inicio incluso por profesionales de la salud, pero ahora entendido como un derecho.

En tercer lugar, **la senadora Marcela Sabat Fernández**, junto con agradecer la tramitación dada a esta iniciativa y compartir lo manifestado en las exposiciones, refirió que se estimó necesario avanzar en una regulación a nivel legal, pues a pesar de existir normas técnicas -la N°86- o de rango administrativo emanadas del Ministerio de Salud, existe un desconocimiento sobre su existencia o alcances en los establecimientos de salud.

- **Votación en general del proyecto.**

La Comisión, compartiendo los objetivos y fundamentos tenidos en consideración en la moción, y luego de recibir las opiniones, explicaciones y observaciones de las personas e instituciones individualizadas precedentemente, y del Ejecutivo, que permitieron a sus miembros formarse una idea de la iniciativa legal sometida a su conocimiento, **procedió a dar su aprobación a la idea de legislar por unanimidad de los Diputados presentes** (11 votos a favor).

Votaron a favor los diputados: señoras y señores Boric, José Miguel Castro, Juan Luís Castro, Ricardo Celis, Andrés Celis, Crispi, Gahona, Macaya, Ossandón, Sanhueza y Torres.

B) Discusión particular.

Artículo 1.-

Esta disposición tiene por objeto modificar la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Consta de tres numerales.

Mediante el numeral 1), se propone agregar una letra b) en el inciso segundo del artículo 5°, a continuación del punto y final, que pasa a ser punto y aparte, el siguiente párrafo:

“Realizar acciones concretas de contención, empatía y respeto por el duelo de cada madre y padre que hayan sufrido la muerte perinatal de su hijo o hija. El Ministerio de Salud dictará una norma técnica que establecerá los mecanismos o acciones concretas que deberán realizar los establecimientos de salud para resguardar este derecho.”.

Mediante el numeral 2) se propone sustituir el epígrafe “Disposición transitoria”, por el siguiente: “Disposiciones Transitorias”.

Mediante el numeral 3), se propone incorporar un artículo segundo, transitorio, nuevo, pasando el actual artículo transitorio a ser artículo primero, transitorio:

Sin discusión, se aprobó por unanimidad (12 votos a favor). Votaron a favor las diputadas y diputados Cariola, José Miguel Castro, Juan Luis Castro, Crispi, Andrés Celis, Ricardo Celis, Gahona, Macaya, Ossandón, Rosas, Sanhueza y Torres.

Artículo 2.-

Tiene por objeto disponer que el Ministerio de Salud elabore la normativa técnica a que hace referencia la letra b) del inciso segundo del artículo 5°, en un plazo de seis meses desde la publicación de la ley que lo establece.

Sin discusión, se aprobó por unanimidad (12 votos a favor). Votaron a favor las diputadas y diputados Cariola, José Miguel Castro, Juan Luis Castro, Crispi, Andrés Celis, Ricardo Celis, Gahona, Macaya, Ossandón, Rosas, Sanhueza y Torres.

IV. ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADAS POR LA COMISIÓN.

Artículos rechazados.

No hay.

Indicaciones rechazadas.

No hay.

VI. MENCIÓN DE ADICIONES Y ENMIENDAS QUE LA COMISIÓN APROBÓ EN LA DISCUSIÓN PARTICULAR.

No hubo.

VII. TEXTO DEL PROYECTO DE LEY TAL COMO QUEDARÍA EN VIRTUD DE LOS ACUERDOS ADOPTADOS POR LA COMISIÓN.

“Artículo 1.- Modifícase la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, en los siguientes términos:

1. Agrégase, en letra b) del inciso segundo del artículo 5°, a continuación del punto y final, que pasa a ser punto y aparte, el siguiente párrafo:

“Realizar acciones concretas de contención, empatía y respeto por el duelo de cada madre y padre que hayan sufrido la muerte perinatal de su hijo o hija. El Ministerio de Salud dictará una norma técnica que establecerá los mecanismos o acciones concretas que deberán realizar los establecimientos de salud para resguardar este derecho.”.

2. Sustitúyese el epígrafe “Disposición transitoria”, por el siguiente: “Disposiciones Transitorias”.

3. Agrégase el siguiente artículo segundo transitorio, nuevo, pasando el actual artículo transitorio a ser artículo primero, transitorio:

“Artículo segundo.- El Ministerio de Salud deberá elaborar la normativa técnica a que hace referencia la letra b) del inciso segundo del artículo 5°, en un plazo de 6 meses desde la publicación de la ley que lo establece.”.

Artículo 2.- Modifícase el artículo 66 del Código del Trabajo, en los siguientes términos:

1. Reemplázase el inciso primero, por el siguiente:

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

2. Reemplázase el inciso segundo, por el siguiente:

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

* * * *

Se designó Diputado Informante al señor Patricio Rosas Barrientos.

* * * *

Tratado y acordado, según consta en las actas correspondientes a las sesiones de 19 y 26 de julio de 2021, con la asistencia de las diputadas y diputados Gabriel Boric Font, Karol Cariola Oliva, Juan Luis Castro González, José Miguel Castro Bascuñán, Ricardo Celis Araya, Andrés Celis Montt, Miguel Crispi Serrano (Presidente), Sergio Gahona Salazar, Javier Macaya Danús, Ximena Ossandón Irarrazabal, Patricio Rosas Barrientos, Gustavo Sanhueza Dueñas y Víctor Torres Jeldes.

Sala de la Comisión, a 26 de julio de 2021.-



ANA MARIA SKOKNIC-DEFILIPPIS
Abogada Secretaria de la Comisión