

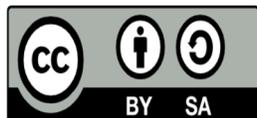
López, Sofía Elizabeth

“Duelo perinatal. Un análisis de las competencias de los profesionales de la salud de un hospital del Gran Buenos Aires en la actualidad (2019-2020)”

2020

*Instituto: Ciencias Sociales y
Administración*

*Carrera: Licenciatura en Relaciones del
Trabajo*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Compartir Igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

López, S E. (2020) “Duelo perinatal. Un análisis de las competencias de los profesionales de la salud de un hospital del Gran Buenos Aires en la actualidad (2019-2020)” [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



Instituto de Ciencias Sociales y Administración

“Duelo perinatal. Un análisis de las competencias de los profesionales de la salud de un hospital del Gran Buenos Aires en la actualidad (2019-2020)”

Trabajo Integrador Final para optar por la Licenciatura en Relaciones del Trabajo

Realizado por: López, Sofía. (sofialopez.2040@gmail.com)

Dirigido por: Irrazábal, Gabriela.

Florencio Varela, Buenos Aires. Septiembre de 2020.

Agradecimientos:

A la Universidad Nacional Arturo Jauretche por la formación académica y por los valores ciudadanos transmitidos a lo largo de toda la carrera.

A los profesores por su notable compromiso a la hora de transmitir sus conocimientos. En especial al Dr. Rojas por sus recomendaciones para relevar información pertinente para este trabajo, a Nuria Ape por las correcciones en el índice comentado y a Matilde Robustelli por dedicar de su tiempo para corregir gramaticalmente este Trabajo Integrador Final.

A mi directora, Gabriela Irrazábal, por acompañarme y guiarme durante todo este proceso, por su generosidad y seguimiento constante. Sus gestiones y las oportunidades que me abrió, fueron determinantes para poder llevar a cabo este trabajo. Alguien de quien aprendí mucho.

Al proyecto de “Creencias y salud: Articulaciones biomédicas y espirituales en el proceso de salud-enfermedad-atención en Avellaneda” de la Universidad Nacional de Avellaneda por permitirme ser parte de la investigación.

A mi compañera de proyecto, Micaela D’Aquino por su apoyo y contención desde el primer momento.

Agradezco a mis compañeros, que hicieron de esta carrera un camino grato de transitar excediendo lo académico, con quienes aprendí el significado de la importancia del trabajo en equipo y colaborativo, formando así un pilar muy importante de esta carrera. Destaco y valoro su apoyo y motivación durante la elaboración de este trabajo.

A toda mi familia y amigas por haber estado cada vez que los necesité a lo largo de la carrera. A mi papá por apoyarme en todo momento. A mis hermanos, por su confianza. A mis hermanas, a quienes les debo todo lo que soy.

A Dios, siempre.

Este trabajo está dedicado a mi mamá, a mi tío y, en especial, a Santi y a Bernabé, mis motivos de haber encarado esta investigación.

Duelo perinatal. Un análisis de las competencias de los profesionales de la salud en un hospital del Gran Buenos Aires en la actualidad.

Tabla de contenido

Resumen	4
Introducción.....	5
Primera parte.....	9
Capítulo 1. - Metodología.	10
1.1. Objetivos. Pregunta problema. Enfoque epistemológico.....	10
1.2. - Estrategias de recolección de datos.....	12
1.3. Relevamiento de datos primarios. Aspectos éticos.....	14
Capítulo 2 -Marco conceptual.....	16
2.1.-Conceptos generales. El mercado laboral argentino y el sistema sanitario público.....	16
2.2. El mercado laboral y la maternidad.....	17
2.3. Muerte perinatal y Duelo perinatal	19
<i>Muerte perinatal. Definiciones conceptuales.....</i>	<i>19</i>
<i>Duelo perinatal</i>	<i>21</i>
2.4. Competencias profesionales.....	23
<i>Competencias del personal de salud.....</i>	<i>25</i>
2.5. Exigencias emocionales.....	27
Capítulo 3.- El duelo perinatal y el estudio de las competencias laborales. Un estado del arte. ..	29
3.1.- Contextualización histórica. Estudios sociales recientes. Caracterización actual del fenómeno.	29
<i>El duelo perinatal antes y ahora. Formas de investigación en las ciencias sociales.....</i>	<i>29</i>
<i>Desde el área de salud.....</i>	<i>35</i>
<i>Recomendaciones oficiales para comunicar la muerte perinatal.....</i>	<i>36</i>
<i>Competencias de los profesionales de la salud y el duelo perinatal. Testimonios y valoraciones de mujeres en duelo.</i>	<i>36</i>
<i>Desde las relaciones del trabajo.....</i>	<i>39</i>
3.2.- Datos estadísticos de muerte perinatal en Argentina. Datos secundarios. Tendencias.....	41
Capítulo 4.- El marco normativo en torno al duelo perinatal.	43
<i>Protección de la maternidad y trabajo.....</i>	<i>43</i>
Capítulo 5. El sistema hospitalario argentino y los protocolos hospitalarios que regulan una muerte perinatal.	46
<i>Protocolos ante muerte perinatal en el Área Metropolitana de Buenos Aires.....</i>	<i>50</i>

Segunda Parte	53
Capítulo 6.- Atender la muerte. Las competencias del personal de salud y las que están presentes ante una muerte perinatal	54
6.1. - Análisis de los planes de estudios.	54
6.2.- Competencias detectadas en el cuestionario.	58
Capítulo 7.- Competencias a desarrollar. Los profesionales de salud ¿necesitan adquirir nuevos conocimientos? Resultados del cuestionario aplicado	64
Desafíos	76
Reflexiones finales.	79
Referencias bibliográficas	82
Anexo	94
Anexo I. Gráficos de criterios de búsqueda en sitios académicos y cuadro de relevamiento de CCT.	94
Anexo II. Planes de estudio de carreras vinculadas a la atención perinatal.	108
Anexo III. Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019 – Encuesta a profesionales de la salud de un hospital materno-infantil del Gran Buenos Aires.	110
Aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital de Alta complejidad El Cruce ...	121

Resumen

El presente trabajo de investigación pretende conocer las competencias laborales que están presentes en los profesionales de la salud a la hora de asistir una muerte perinatal e identificar aquellas que necesitan desarrollar. Para ello, se presenta el escenario donde desempeñan sus tareas con las diversas limitaciones del sistema sanitario argentino. A partir de la combinación de herramientas cuantitativas con un análisis cualitativo, se detecta que, si bien existe predisposición de los profesionales para tener actitudes de contención, la formación que disponen resulta escasa a la hora de llevar adelante situaciones de duelo perinatal. Según el análisis realizado, el área geográfica donde se producen más casos de muerte perinatal es el Conurbano Sur, región en la que está ubicada la Universidad entendida como lugar de investigación que se vincula con las necesidades del territorio.

Palabras Clave

Duelo perinatal, muerte perinatal, competencias de profesionales de salud, sistema hospitalario argentino.

Abstract

The present investigation work address the labor competencies that are present in the health personnel when assisting a perinatal death. It also identifies the competencies that need development. Moreover, the scenario where health personnel perform their tasks with the various limitations of the Argentine health system are presented. From the combination of quantitative tools with qualitative analysis, it is detected that although there is a predisposition of professionals to have restraint attitudes, the training they have is scarce when carrying out situations of perinatal mourning. According to the analysis carried out, the geographical area where the most cases of perinatal death occur is the south of the Gran Buenos Aires, the region where our University resides and where this study was conducted. In this way, research is understood as an activity linked to the needs of the territory and its population.

Key Words

Perinatal loss, perinatal death, professional skills competencies, health personnel

Introducción

En el presente trabajo titulado “Duelo perinatal. Un análisis de las competencias de los profesionales de la salud de un hospital del Gran Buenos Aires en la actualidad”, se investiga de forma exploratoria la atención hospitalaria que reciben las mujeres que atraviesan un duelo perinatal, focalizando en las competencias de los profesionales que las asisten en esa situación.

La elección del tema surge de la escasa contemplación del duelo perinatal desde la esfera legal para los trabajadores regidos por la Ley de Contrato de Trabajo y, por ende, a nivel organizacional. Esta investigación apunta, en primer lugar, a las mujeres que atraviesan una muerte perinatal y que son asistidas en un hospital público. De allí, se observa que, de acuerdo a la literatura consultada, la atención que se les brinda a estas mujeres cuando se produce esta pérdida, es un factor clave para que el duelo no genere consecuencias psíquicas negativas (Pastor Montero, 2016). Siguiendo esta línea, la presente investigación se centra en analizar los comportamientos y las competencias que poseen los profesionales de la salud de un hospital materno infantil del Gran Buenos Aires.

En Argentina, las estadísticas oficiales más recientes de muerte perinatal indican que estas alcanzan una tasa del 11,4% (cada 1000 nacidos vivos) de promedio en todo el territorio. Estas cifras provienen de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS, 2019), por lo tanto, existen en el país 2.455 casos de muerte fetal tardía y 3.361 casos de muerte neonatal temprana, que son necesarias atender. Esto suma un total de 5.816 casos de muerte perinatal.

En este marco, es relevante llevar a cabo esta investigación debido a que las competencias de los profesionales de la salud que atienden a mujeres que han sufrido una muerte perinatal, han sido escasamente analizadas desde el plano de las relaciones laborales en Argentina. A nivel internacional, a partir de la lectura de documentos publicados en español, se ha observado que en España han existido estudios de esta temática, por lo tanto, es pertinente realizar un análisis similar en el país para beneficiar tanto a las mujeres que reciben la atención como a los profesionales que la brindan, principalmente para que éstos, a través de los resultados arrojados, puedan saber de qué manera ejercen la atención y, de esta forma, detectar las exigencias emocionales que genera estar expuestos a situaciones de muerte de fetos o neonatos.

A través de las búsquedas de información científica en el plano de las relaciones laborales, se observa que desde esta lente se ha investigado escasamente el duelo perinatal relacionado con las competencias de los profesionales que asisten esos casos. Las investigaciones se centran mayoritariamente en la prevención de la pérdida del embarazo y en los riesgos que implica transitar un embarazo si el ambiente laboral en el que una mujer se encuentra, presenta peligros para que éste llegue a término.

El presente trabajo consta de dos temáticas centrales: el duelo perinatal y las competencias laborales. A su vez, también se divide en dos partes: la primera, se aboca inicialmente a plantear la metodología utilizada para explicar en detalle tanto la definición de conceptos que permiten abordar esta investigación como los estudios recientes en ambas temáticas. En la segunda parte se exponen el análisis de las competencias laborales que posee el personal de salud de un hospital materno infantil del Gran Buenos Aires.

En el primer capítulo se explica la metodología que ha guiado y da sustento a este trabajo, su enfoque epistemológico, las formas de recolección de información y criterios de análisis de datos que han sido de utilidad para obtener los resultados a los que se ha llegado al finalizar esta investigación. Luego, se detalla la metodología utilizada para el análisis de los resultados del cuestionario empleado.

En el segundo capítulo se presenta el marco conceptual donde se describen las nociones que aparecen a lo largo de este trabajo con el fin de definir las, según distintos autores considerados referentes en sus áreas de estudio. Los temas y definiciones que van a tenerse en cuenta para abordar el tema en cuestión son los siguientes: competencias laborales, competencias del personal de salud, exigencias emocionales, capacitación, muerte y duelo perinatal.

El tercer capítulo titulado “El duelo perinatal y el estudio de las competencias laborales. Un estado del arte”, se trata de una exploración de los estudios sociales que han abordado el tema del duelo perinatal para conocer el estado de situación de los estudios en la actualidad y así poder detectar áreas de vacancia aún no investigadas en profundidad. El objetivo es describir las formas en que el duelo perinatal es abordado desde que comenzó a investigarse en el campo académico.

Las perspectivas presentadas en este capítulo caracterizan el desarrollo de las concepciones acerca del duelo perinatal a lo largo de los últimos años. Se identifican las áreas disciplinares que han estudiado con más énfasis esta temática y las formas en que se ha abordado el embarazo a nivel global y contextualizándolo en el contexto argentino.

Para finalizar, el último apartado de este capítulo está dedicado a describir el estudio de las competencias laborales a lo largo de las últimas décadas, particularmente en los estudios que analizan las competencias de los profesionales que enfrentan situaciones de esta índole. Se destacan testimonios de pacientes que fueron relevados en documentos y en entrevistas en profundidad que se han utilizado para abordar esta investigación.

Luego, se utilizan los últimos datos arrojados por el organismo DEIS en relación a la muerte perinatal y se efectúa una interpretación de las estadísticas presentando la situación socio demográfica de Argentina en relación a datos que permitan conocer cifras de muerte perinatal regionalizada.

El capítulo cuatro se centra en la normativa laboral en torno a la pérdida perinatal, se realiza una contextualización histórica en relación al mercado de trabajo y se exploran las maneras en que se configura la protección de la maternidad en el contexto argentino. Para ello, se tienen en cuenta la Ley de Contrato de Trabajo N° 20744 y los Convenios Colectivos de Trabajo que amparan a las actividades con mayor presencia femenina.

En el capítulo cinco, se describe el sistema hospitalario argentino, el marco legal que rige el empleo público del sector y sus condiciones laborales. Adicionalmente, se detallan también los protocolos que se siguen desde las instituciones tanto públicas como privadas el

registro de los nacidos muertos y el tratamiento de cadáveres en la Argentina de acuerdo con el Código Civil Nacional.

La segunda parte de este trabajo, pertenece a los resultados de la investigación. En el capítulo seis se realiza una descripción de las competencias que posee el personal de salud y se identifican aquellas que están en juego al atender una muerte perinatal. Para ello, luego de efectuar una revisión de los planes de estudios de las principales carreras de salud y de analizar la encuesta implementada, se procede a identificar las competencias encontradas en el personal.

En el capítulo siete, se realiza un análisis de los resultados arrojados mediante el cuestionario estructurado que se ha utilizado como herramienta para conocer las competencias que poseen los profesionales de la salud. Tras su análisis, se detectan aquellas que necesitan desarrollar según las respuestas obtenidas y según las entrevistas realizadas a informantes claves que han brindado información relevante.

Por último, se exponen desafíos que se han planteado al finalizar la investigación y reflexiones finales a las que se ha llegado mediante esta.

La finalidad de este trabajo de investigación es la visibilización de acontecimientos de este estilo. Desde el plano de las relaciones laborales la muerte está contemplada en caso de accidentes laborales, fallecimientos relacionados a la tarea o no, fallecimientos de familiares, seguros de vida que amparen a los derechohabientes del trabajador fallecido, entre otras causas (Ley de Contrato de Trabajo N°20.744). En cambio, el fallecimiento de fetos o neonatos es un tema que escasamente recibe el mismo tratamiento, sin embargo, son situaciones que acontecen.

Quienes están en un mayor contacto con la muerte, son frecuentemente aquellos que intervienen en esas situaciones. En este trabajo se apunta a los profesionales de la salud de un hospital materno infantil, que usualmente asisten no solo nacimientos y cuidados obstétricos durante el embarazo, sino que también atienden la muerte, suceso al que están expuestos con mayor probabilidad que otras profesiones que no estén relacionadas con la salud.

El estudio de las competencias laborales del personal de salud implica no solamente analizar la atención brindada, sino también tener en cuenta las exigencias emocionales que puede generar estar en contacto con fallecimientos y, a su vez, comunicar la muerte a las personas con la incertidumbre que implica la reacción subjetiva del otro.

En este marco, se presentan a continuación los capítulos que componen este trabajo.

Primera parte

Capítulo 1. - Metodología.

El presente capítulo se propone explicar el enfoque epistemológico que ha guiado este trabajo en base a los objetivos que se han planteado al iniciar la investigación. Asimismo, también se describe la metodología de análisis de artículos académicos que han permitido explorar tanto los estudios sociales recientes relativos al duelo perinatal y a las competencias laborales, como la totalidad de este Trabajo Integrador Final.

El último apartado de este capítulo refiere a la metodología de análisis de los resultados arrojados mediante el cuestionario estructurado que se utilizó para la detección de las competencias de los profesionales.

1.1. Objetivos. Pregunta problema. Enfoque epistemológico.

El objetivo de esta investigación es detectar las competencias que poseen los profesionales de la salud e identificar aquellas que necesitan desarrollar para lograr una atención que no genere un impacto emocional en mujeres que atraviesan una muerte perinatal.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Describir estadísticas de muerte perinatal en Argentina.
- Caracterizar los protocolos de atención hospitalaria y describir el marco normativo existente que regula a las mujeres que atraviesan una muerte perinatal.
- Conocer los programas de planes de estudio de las carreras concernientes a la salud.
- Describir el modo de regulación, la atención y la comunicación de los profesionales de la salud de un Hospital del Gran Buenos Aires ante una muerte perinatal, partiendo de la descripción del sistema de salud argentino, el marco normativo y los protocolos de asistencia y contención a la mujer en esa situación.
- Conocer las recomendaciones que dictan las asociaciones de ayuda a padres que atravesaron una pérdida perinatal.

Los interrogantes que han guiado esta investigación son: ¿Cómo es la preparación en duelo perinatal que poseen los profesionales de la salud a partir de su formación? y ¿Qué competencias están en juego a la hora de enfrentar una situación de este estilo?

El presente trabajo se rige bajo el enfoque cualitativo de la investigación de las ciencias sociales, esto es, partir del supuesto de que la realidad es intersubjetiva y genera interacción entre el universo a investigar y el investigador, entendido éste como sujeto que posee sus propios valores e interpretaciones previas, más allá de que intente despojarse de ello lo máximo posible. (Meccia, s/f: 202).

El tipo de estudio en el que se basa este Trabajo Integrador Final es exploratorio, pues el tema del duelo perinatal relacionado con las competencias profesionales del personal sanitario, está escasamente investigado desde las relaciones laborales, por lo que se pretende indagar en forma exhaustiva sobre estos temas desde la lente laboral, contextualizando el asunto, identificando conceptos y pretendiendo, para ello, entenderlo de forma holística. (Hernández Sampieri, 2011), de manera que permita realizar investigaciones futuras sobre este tema abordado.

Los estudios sociales suelen combinar técnicas de investigación para sustentar y enriquecer la información relevada y de esta manera obtener datos tanto cualitativos como cuantitativos. Hasta clásicos de las ciencias sociales como Pierre Bourdieu han combinado herramientas cualitativas y cuantitativas como por ejemplo, análisis documental (artículos, CCT, bibliotecas digitales, por ejemplo) con encuestas y muestreos estadísticos (Marradi, Archenti & Piovani, 2007: 45).

La investigación en la que se basa este Trabajo Integrador Final articula estas herramientas puesto que, en una primera parte, tanto para el marco conceptual como para el estado de la cuestión, se recurre al análisis documental al explorar el duelo perinatal desde:

- El sistema hospitalario argentino.
- El marco normativo que regula el empleo público y las licencias por pérdida de embarazo, como así también.
- Los estudios sociales recientes relativos a los temas planteados.
- Las competencias profesionales.

Luego, en una segunda parte, se recurre al análisis cuantitativo de las encuestas que fueron empleadas para conocer las competencias laborales de los profesionales. En este caso, ambas secciones parten de conceptos que resultan orientativos con el objeto de comprender el fenómeno investigado, para luego en los capítulos de resultados, retomar estos conceptos poniéndolos en diálogo con los datos recolectados. (Marradi et al., 2007).

1.2. - Estrategias de recolección de datos.

En base a los objetivos anteriormente mencionados, el presente trabajo, se realiza en base al criterio heurístico de búsqueda bibliográfica que proponen Lodoño Palacios, Maldonado Granados & Calderón Villafaña (2016) esto es, recurrir a la información oportuna para realizar selecciones que permitan descubrir un fenómeno en particular para lograr entender una determinada cuestión que se quiera explorar. Para ello, se consultaron bibliotecas y hemerotecas digitales de bases de artículos científicos como Scielo, Redalyc, Dialnet y organismos oficiales tanto nacionales como internacionales.

Se han utilizado palabras claves como *duelo perinatal, duelo gestacional, muerte fetal, muerte perinatal, protocolos hospitalarios, mujeres y embarazo, perinatal grief y gestational grief, pérdida de embarazo y licencia, mercado laboral argentino, competencias personal de salud, atención hospitalaria muerte perinatal, sistema hospitalario argentino, competencias laborales, exigencia emocional salud*. Se los han filtrado por años seleccionando los que coincidan con los últimos diez para conocer datos actuales y sin filtrar para conocer los datos históricos.

La cantidad de artículos que se han encontrado en cada sitio ingresando las palabras clave *duelo perinatal* son:

-En Redalyc: 16538, 12821 son en español, predominando las disciplinas de medicina, psicología y ciencias de la salud y la mayor cantidad son de Colombia, Brasil, México, - España y Argentina en el período comprendido entre 2000 y 2019. (Ver Gráficos 2-5).

-En Dialnet: 33, predominando las disciplinas de salud y psicología en español. Entre 1999 y 2008. (Ver Gráficos 6-11).

-En Scielo: 11 textos, la mayoría en español y desde el área de salud en Chile, Brasil y España. Entre 2003 y 2018. (Ver Gráficos 10-12).

En base a estos procedimientos mencionados, se ha realizado un análisis hermenéutico de toda la información relevada para comprender, analizar e interpretar el tema en cuestión y vincularlo realizando un análisis interdisciplinario destacando la legitimidad de la información y de los sitios que se han tenido en cuenta. (Lodoño Maldonado et al., 2016).

Como se explicó anteriormente, este trabajo aborda dos temas que se pretenden relacionar: duelo perinatal y competencias laborales del personal de salud que asiste en esos casos. Por lo tanto, la búsqueda de ambos temas fue realizada en diferentes sitios.

Para relevar los datos estadísticos actuales que permitan conformar un análisis socio demográfico, se recurrió a organismos oficiales como la Dirección de Estadísticas e

Información de Salud (DEIS) y los informes del Ministerio de Salud de la Nación y la provincia de Buenos Aires, con el fin de utilizar esos datos secundarios como fundamentación para visibilizar la muerte perinatal.

Se ha indagado también en el sistema hospitalario argentino, para lo cual se ha investigado en los buscadores mencionados y en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Luego se ha recurrido consultar los Convenios Colectivos de Trabajo (CCT) que regulan las condiciones de trabajo y empleo de los profesionales del sector, como así también, las ordenanzas a nivel nacional que configura la carga horaria y los requisitos para realizar las residencias hospitalarias en el área.

Por otro lado, para conocer el estado de situación desde el marco normativo nacional, se ha consultado el sitio Infoleg, que permitió indagar acerca de la Ley de Contrato de Trabajo, el Código Civil argentino y protocolos de tratamientos de cadáveres. También, se ha consultado el sitio de la OIT para conocer definiciones conceptuales y lo que se contempla en términos de duelo perinatal en otros países con el fin de realizar una comparativa.

Para indagar acerca de la asistencia hospitalaria, se recurrió a documentos recientes de la Asociación de Obstetricia de Argentina e informes del Ministerio de Salud de la Nación. Se enfatizó en conocer el sistema hospitalario argentino, la representación gremial de sus trabajadores que regulan su CCT, en donde se enmarcan las condiciones y medioambiente de trabajo en el cual se desempeñan, para ello, se ha recurrido a los mismos sitios de artículos científicos mencionados. Se han consultado también revistas de Relaciones del Trabajo nacionales e internacionales para conocer las formas en que se está tratando el tema desde esta esfera.

Referido a la protección de la maternidad, se han tenido en cuenta los CCT que amparan las actividades con mayor presencia femenina, siguiendo la recomendación del abogado especialista en negociación colectiva, Dr. Daniel Rojas. De acuerdo al informe del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2018), estas son: sanidad, educación, comercio, la Administración Pública Nacional y el sector de servicio de casas particulares, con sus regulaciones y legislaciones particulares.

Se han visitado páginas web de asociaciones de padres que han atravesado esta situación y se han relevado documentos con testimonios de pacientes. Por último, para contextualizar internacionalmente se han visitado sitios en inglés como Pubmed para conocer las primeras investigaciones que se han realizado a nivel global.

La intención de relevar esta exhaustiva información ha sido conocer los avances recientes en torno al duelo perinatal y las competencias laborales del personal de salud. El

objeto ha sido vincular, por un lado, las cifras de estadísticas de muertes fetales y neonatales a nivel nacional y, por otro, lo que está contemplado y lo que aún no está regulado desde el ámbito normativo en torno al duelo que genera una muerte perinatal y una pérdida de embarazo. Luego, relacionar esta información con la asistencia hospitalaria por parte de los profesionales de la salud cuando asisten una muerte perinatal en términos de la preparación que estos manifiestan tener.

A continuación se explica el análisis de la encuesta utilizada para detectar las competencias de los profesionales de la salud de un hospital materno infantil.

1.3. Relevamiento de datos primarios. Aspectos éticos.

Como se ha indicado, el objetivo general de la investigación en que se basa este TIF, es conocer las competencias profesionales que posee el personal de salud a la hora de atender una muerte perinatal. Para ello, además del análisis interpretativo de la revisión documental del marco conceptual y del estado de la cuestión, se ha recurrido también a realizar una encuesta sobre la atención a la muerte perinatal del personal de la salud de un hospital materno infantil del Gran Buenos Aires, utilizando como instrumento un cuestionario estructurado autoadministrado. La finalidad de mismo ha sido identificar las competencias que éstos poseen y detectar aquellas que necesitan un mayor desarrollo. Por otro lado, también se ha recurrido a realizar dos entrevistas en profundidad a informantes claves y a una mujer que padeció una muerte perinatal.

Un cuestionario es un instrumento que se emplea para relevar datos y son utilizados en la realización de encuestas. Se clasifican en: estructurados, semiestructurados y no estructurados. En este trabajo se utilizó el primero, pues las preguntas tenían respuestas predeterminadas en su mayoría, excepto una pequeña cantidad que permitía desarrollar una respuesta con el fin de conocer la opinión de los encuestados. (Marradi, et al. 2007:211)

La aplicación del cuestionario fue autoadministrada, de manera que cada entrevistado tuvo una copia del cuestionario para que desarrollen las respuestas, según corresponda, sin la presencia del entrevistador. Asimismo, se adjuntó a la hoja del consentimiento informado, los objetivos de la investigación y la utilización de los resultados, garantizando el anonimato en todos los casos.

La muestra fue seleccionada de forma intencional, esto es, escogiendo los elementos del muestreo de manera que permitan analizar una minoría de la población, segmentada con

las características y atributos que son necesarias para la investigación. (Hernández Sampieri, 2011:180, 181). Puesto que este Trabajo Integrador Final está orientado a conocer las competencias del personal de salud a la hora de atender una muerte perinatal, se ha apuntado a los profesionales de un hospital materno infantil del Gran Buenos Aires quienes, en su mayoría, se estimaba que habían atendido o presenciado una situación de este estilo.

En una primera visita, los cuestionarios fueron otorgados en una jornada a la cual asistieron estos profesionales. En la segunda visita se pudo acceder al personal administrativo, quienes indicaron no tener conocimiento acerca de la metodología de registración de los nacidos muertos, de acuerdo a esto, facilitaron el contacto con una informante clave que accedió a ser entrevistada en una tercera visita. Además de ese contacto, también se presentó la oportunidad de acceder a otra informante clave que estaba presente en una jornada de charlas sobre la niñez. En ambos casos, la solicitud de la entrevista en profundidad fue solicitada en el momento, pactando un día y horario que estas informantes propusieron.

En un primer contacto con las informantes claves, se realizó la presentación de los objetivos del trabajo y se solicitó una entrevista posterior a la cual accedieron de manera voluntaria y cordial. Esta, se llevó a cabo en su lugar de trabajo en un ambiente ameno y con una duración extendida por sobre el tiempo que lleva completar la encuesta. Por otro lado, se realizó una entrevista a una mujer que padeció una pérdida perinatal, esta fue acordada vía telefónica y se llevó a cabo en un ambiente público y neutral con el fin de generar confianza. En las tres entrevistas se informaron los objetivos de la investigación y se mencionaron los aspectos éticos al inicio de la conversación.

Luego, el cuestionario se envió vía e-mail al departamento de docencia e investigación del hospital para que fuera divulgado de manera on-line con el fin de aumentar la cantidad de respuestas.

El presente trabajo está enmarcado en el proyecto “Creencias y salud: Articulaciones biomédicas y espirituales en el proceso de salud-enfermedad-atención en Avellaneda” de la Universidad Nacional de Avellaneda y utiliza como guía las pautas éticas para ciencias sociales y humanidades del Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Nación garantizando consentimiento informado, hoja de información y garantía de anonimato y confidencialidad y se adecúa a la normativa vigente que regula las investigaciones en la Provincia de Buenos Aires (Ley N° 11.044). A su vez, el cuestionario contó también con la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital de Alta Complejidad Néstor Kirchner “El Cruce” perteneciente a la Provincia de Buenos Aires, N° de dictamen 69/2019.

La participación fue de 38 cuestionarios respondidos, en su mayoría residentes. La totalidad de las respuestas indicaron que han atendido o presenciado una muerte perinatal. Además de la ventaja de seleccionar una muestra intencional, el cuestionario autoadministrado permite que los participantes puedan sentirse sin presiones por parte del entrevistador y que puedan expresarse en las respuestas. Asimismo, permite un análisis más objetivo de las respuestas que una entrevista en profundidad. Sin embargo, una de las limitaciones que presenta esta técnica es que algunas de las preguntas no fueron contestadas, por lo tanto, no se obtuvieron la totalidad de respuestas, de modo que las cantidades absolutas muchas veces no coinciden con el número de la participación total.

En un primer momento, la metodología de análisis de las competencias analizadas fue basado en el que propone Martha Alles en su libro “Elija al mejor. Cómo entrevistar por competencias”, que consiste en definir las competencias para luego poner un grado de porcentaje requerido. Sin embargo, como no es posible definir el grado de las competencias presentes por tratarse de un cuestionario autoadministrado, en este trabajo se expresan las competencias y se las vincula primero con los planes de estudios consultados y luego con los datos absolutos del personal entrevistado y con las entrevistas en profundidad que se han realizado. De esta manera, primero se las definen para luego establecer si están presentes o no.

Para comenzar a contextualizar los temas que trata este TIF, a continuación se presenta el marco conceptual describiendo los términos que están presentes a lo largo del trabajo.

Capítulo 2 -Marco conceptual.

2.1.-Conceptos generales. El mercado laboral argentino y el sistema sanitario público.

El trabajo es concebido como la actividad creadora del hombre generando capacidad de transformación, a cambio de una contraprestación (Ley de Contrato de Trabajo N°20.744, art 4). El trabajo involucra, además, tres dimensiones de la persona que ejecuta la tarea, estas son, las dimensiones física, psíquica y mental. A su vez, el trabajador está inmerso no solamente en su tarea y organización/ institución, sino que su actividad está inserta en un modelo de producción en el marco de un contexto macro social a nivel económico y cultural, marcado por un aparato político que, más allá de ser estructural, va evolucionando. Esto

implica que el trabajador no sólo tenga la carga global de la tarea en sí misma, sino que también tenga que lidiar con cada contexto que se le presente, impactando éste en las condiciones y medio ambiente de trabajo y en las formas de empleo del trabajador (Neffa, en Alustiza; Amado; Bostal; Carrari; Cassini; Florin & Suárez Maestre, 2017).

El mercado laboral argentino está regulado por la Ley de Contrato de Trabajo N°20.744. En el primer artículo de esta ley se indica que además de esta norma, existen otras fuentes de regulación que adquieren fuerza de ley y se convierten en fuente formal del derecho laboral de los contratos de trabajo de las relaciones laborales. Éstas son:

- Las leyes y estatutos profesionales.
- Las convenciones colectivas de trabajo o laudos con fuerza de tales
- La voluntad de las partes (empleador y trabajador)
- Los usos y costumbres (a nivel social).

Sin embargo, en el artículo 2 de esta ley, se excluyen de su ámbito de aplicación a los trabajadores de la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal como así también al personal de casas particulares y a los trabajadores agrarios. Los trabajadores del sistema sanitario público que se estudian en esta investigación, pertenecen al ámbito estatal, por lo tanto, no están regidos por la Ley 20.744, sino que están enmarcados por otra regulación.

La norma que regula las condiciones de trabajo y empleo de la Administración Pública que enmarca el trabajo de los profesionales de la salud del sector es la Ley Marco de Regulación del Empleo Público N°25.164. Esta ley establece sus propios derechos y deberes de los trabajadores regidos bajo su ámbito de aplicación.

El trabajo en el sector público presenta una particularidad sobre todo en las negociaciones colectivas, esto se debe a que el Estado actúa no sólo como órgano interventor, sino también como empleador, es decir, no hay relación con el capital (a nivel empresarial) sino con el Estado cumpliendo su función de empleador y regulador de las negociaciones colectivas y de las relaciones laborales. (Aspiazu, 2017).

Los trabajadores analizados en esta investigación pertenecen al sector público de salud de la región sanitaria IV que comprende los siguientes partidos: Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, Quilmes, Ezeiza, Esteban Echeverría, Almirante Brown, Florencio Varela y Berazategui. (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2019).

2.2. El mercado laboral y la maternidad

Los estudios que abordan la temática de género y mercado laboral resaltan, entre diversas cuestiones, las desigualdades estructurales que existen entre hombres y mujeres en cuanto a sus trayectorias laborales. Goren (2017) señala que estas desigualdades están enmarcadas desde varias aristas, entre ellas, las líneas políticas, salariales, culturales, de división sexual del trabajo, de relaciones de poder y autoridad que generan, según los estudios sociales, una subordinación de las mujeres en el mundo del trabajo en tanto reconocimiento de su labor.

Siguiendo esto, en Argentina, de acuerdo al informe del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de 2018, el 50% de las mujeres no pertenecen a las Población Económicamente Activa, el 20% restante se encuentra estudiando y el otro 30% realiza las tareas domésticas. (MTEySS, 2018). De acuerdo a estos datos y siguiendo la línea de Goren, se observa que no se considera el trabajo doméstico como un empleo en sí mismo, ya que queda fuera de las cifras oficiales. Más allá de la formación profesional de las mujeres y planificación de la maternidad que está presente en estos tiempos, continúa la desigualdad en términos de reconocimientos de la labor doméstica. En el apartado que describe el marco normativo laboral, se ampliará acerca de los derechos de la mujer que están amparados en relación a la maternidad.

Más allá de estos enunciados, los estudios sociales de las últimas décadas informan que en Latinoamérica a lo largo de estos años se han producido cambios demográficos que han favorecido la esperanza de vida, la modernización, la educación y con esto, la mayor inserción de las mujeres en el ámbito laboral. Esto, a su vez, trajo aparejado, entre otras cosas, la baja de la tasa de fecundidad (Díaz Muñoz, 2017).

En esta línea, otras autoras también destacan que en las últimas décadas la maternidad ha ido configurándose desde otras perspectivas. Anteriormente se la asumía como algo natural y como una función propia de la mujer. Actualmente, algunas mujeres pueden dar prioridad a la autorrealización personal para luego dar lugar a la maternidad como producto de una decisión elaborada. Dada esta razón de planificación familiar, sumado al avance tecnológico como conocer el rostro mediante ecografías, explica que la espera de un hijo tenga una importancia aún más significativa que hace décadas atrás. (Fiorentino, 2016; López García de Madinabeitia, 2011; Pastor Montero, 2016).

Por otro lado, Sánchez Benítez (2016) describe estudios acerca del rol de la maternidad en la sociedad desde miradas feministas que adhieren a la idea de concebir la maternidad desde el deseo de la mujer en ejercer el rol de madre primando por sobre la mirada patriarcal de la sociedad que lo concibe como algo biológico, natural y como aquello faltante

para lograr la autorrealización de las mujeres. Explica que también existen corrientes que cuestionan la idea de la maternidad asumiéndola como impuesta por las instituciones, la religión, la cultura y la sociedad.

En otro plano, se cuestiona esta idea debido a opiniones defensoras del apoyo también a aquellas mujeres que deseen ser madres. La periodista Esther Vivas, autora del libro <<Mamá desobediente>> plantea y propone una reconciliación entre la corriente feminista y la maternidad y cuestiona la propagación de la idea de feminismo asociado a la no maternidad. Destaca que la propia corriente, en concordancia con la sociedad, pasa por alto los temas de infertilidad y duelo gestacional y perinatal. Esto, deja entrever que las reivindicaciones feministas suelen estar en deuda también con la entidad que se busca otorgarle a estos tipos de duelo (El español, 2019).

Partiendo desde las miradas que sostienen que la maternidad es una decisión y un deseo de la mujer, ya sea un embarazo planificado o no, más aún si es planificado, es posible entender la importancia que las mujeres le dan a la pérdida del mismo y la entidad que se intenta dar al duelo perinatal.

Recapitulando, la intención de poner en diálogo estos temas, es contextualizar, por un lado, diferentes miradas acerca de la maternidad y, por el otro, comprender que el trabajo no solamente se configura por la propia prestación de la tarea, sino que está determinada por un conjunto de factores que engloban el mercado laboral.

El presente capítulo también pretende conceptualizar los términos que se tratan a lo largo del contenido de este trabajo. En el siguiente apartado, se define conceptualmente el modo en que fue elaborándose las apreciaciones de muerte y duelo perinatal.

2.3. Muerte perinatal y Duelo perinatal

Muerte perinatal. Definiciones conceptuales

La OMS (2017), define que la muerte perinatal es la falta de signos vitales que se produce durante la gestación, antes de la expulsión total del útero y los primeros días de vida. Las clasifica en: aborto (la que se produce antes de la semana 22), muerte fetal temprana (al menos 22 semanas, peso de 500 gr y longitud de 25 cm), muerte fetal tardía (al menos 28 semanas de gestación y un peso superior a los 1000 gr y una longitud de 35 cm); muerte neonatal temprana (durante los primeros 7 días de vida) y muerte neonatal tardía (hasta los 28

días luego del nacimiento) en su versión ampliada. Como muestra el siguiente gráfico, la muerte fetal tardía y la neonatal temprana comprenden el periodo perinatal para este organismo (OMS, 2017). Además, existen varios autores que adhieren a estas definiciones (Fiorentino, 2016, Pastor Montero, 2017, Santarén, 2013; Mota, Calleja, Aldana, Gómez & Sánchez, 2010).

Período considerado muerte perinatal según la OMS (2017)

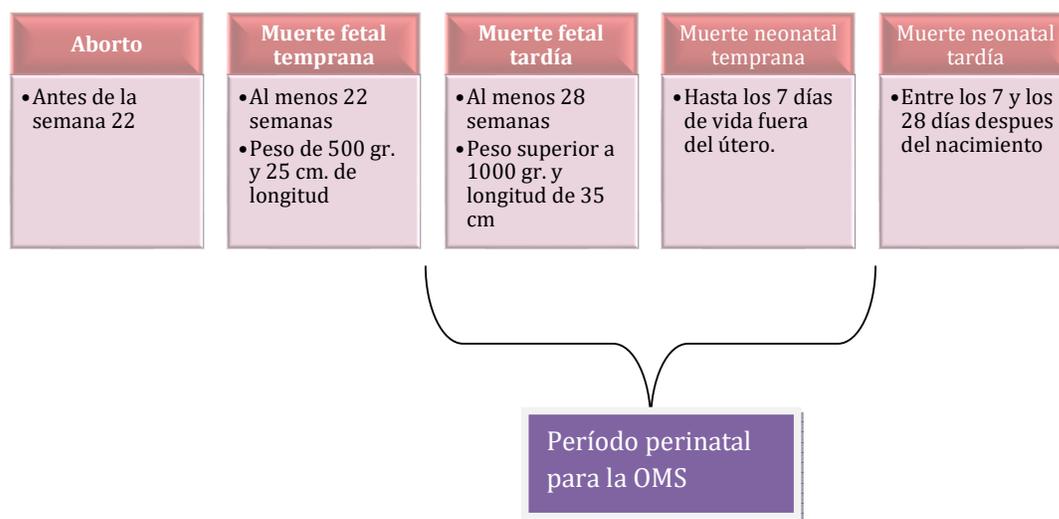


Gráfico 1. Fuente: OMS (2017). Elaboración propia.

Por otro lado, López García de Madinabeitia (2010) también incluye el término aborto espontáneo, esto es la terminación involuntaria del embarazo dentro del útero cuando el feto no es viable, incluye también el aborto voluntario, cuando se finaliza con el producto de la concepción por propia voluntad; el aborto voluntario por malformaciones en el feto; la reducción selectiva de embarazos múltiples, cuando en una fertilización asistida, se ovulan varios embriones que no son viables en su totalidad y por esta razón se decide terminar con esos fetos entre las semanas 10 y 12 a través de una inyección letal; y por último, la muerte de un embarazo múltiple en el momento del parto contrastado con el nacimiento de otro gemelar.

Pastor Montero (2017) define como aborto espontáneo el que se produce antes de las 22 semanas de gestación y luego clasifica a la muerte fetal intrauterina como la que se produce antes del inicio del trabajo de parto y a la muerte intraparto como la que se produce después del inicio del trabajo de parto y antes del nacimiento.

Como se observa, la mayoría de las investigaciones toman como referencia las definiciones de la OMS. Puesto que es la que presenta una explicación clara, este trabajo toma la misma definición.

El Ministerio de Salud de la Nación Argentina, clasifica también el término aborto cuando la muerte del feto se produce antes de las 22 semanas de gestación y el peso es de 500 gr. Si el aborto se produce antes de las 12 semanas se denomina precoz y si está entre las 12 y las 22 semanas, se lo asume como tardío. A su vez, la clasificación del aborto es: amenaza de aborto, cuando hay sangrado pero el orificio interno del cuello uterino permanece cerrado; aborto completo, cuando la expulsión es total; aborto incompleto, cuando quedan restos ovulares; aborto retenido, cuando no hay expulsión pero no hay signos vitales del feto; aborto infectado, cuando se produce una sepsis producto de prácticas inadecuadas. (Ministerio de Salud, 2014).

Sabiendo esto, surge la inquietud de saber las concepciones acerca del duelo perinatal de acuerdo con los diversos autores que han definido este tema, de eso se trata el próximo apartado.

Duelo perinatal

El duelo perinatal viene siendo estudiado con énfasis en las últimas décadas desde la psicología y la salud, predominantemente. Desde la psicología argumentan que el duelo es el proceso seguido a una pérdida ya sea ésta simbólica o física (Rando, 1991 en Mota et al, 2010), Gutiérrez Cuevas (2009) añade que según Freud (1915) es la reacción ante la pérdida de un ser querido o de alguna apreciación similar, según la valoración que se le haya otorgado previamente. Luego, agrega que Bowlby (1983) lo describe como aquello que se manifiesta en tristeza a raíz de algún episodio negativo para la persona que lo padece y que este sentimiento se percibe con mayor intensidad cuando se trata de un ser amado.

El duelo perinatal es un suceso que genera una carga psíquica en las personas, muchas veces escapa a la razón, pues se ponen en juego los deseos a futuro con respecto a la maternidad desde el plano simbólico. (Alvarado García, 2003). En línea con esto, se sostiene que es un tipo de duelo único, pues es el fin de la proyección del futuro según las significaciones que cada persona le haya dado al no nacido desde el plano simbólico. Además, en caso de que la muerte haya sido fetal, aumenta la invisibilización social, pues usualmente

no hay ritos funerarios ni recuerdos, lo que provoca un silencio a nivel intrafamiliar que se acrecienta en la sociedad (Mota, et al., 2010)

El proceso consta de varias etapas cíclicas donde la persona experimenta sensaciones que actúan como mecanismos de defensa ante el dolor que genera la pérdida. Estos son: negación y aislamiento, ira, depresión y aceptación. . (Alvarado García, 2003).

- Negación: ante lo ocurrido. Se produce un choque al no poder asimilar lo que acaba de acontecer. Fase de incredulidad y abrumación (puede durar hasta los primeros 4 meses)
- Ira: sentimientos de rabia y resentimiento, muchas veces es incontrolable e irracional y es más difícil de sobrellevar que la etapa anterior.
- Depresión: entendida como el dolor que genera en enfrentar la realidad inevitable. En pérdidas perinatales esta etapa es silenciosa, puesto que es un tema que no lo hablan quienes padecieron el episodio ni su entorno.
- Aceptación: fase que no implica felicidad, sino que mayormente está desprovista de sentimientos. Acá, el individuo manifiesta sentir paz y encuentra en el entorno el apoyo para sobrellevar el duelo. (Alvarado García, 2003).

Por su parte, González, Larguía & Lomuto (2007), agregan interfases como:

- Culpa: hacia sí mismos y hacia el personal de salud
- Ira: frecuentemente dirigida al personal de salud que les notifica el fallecimiento.
- Aislamiento: para evitar las preguntas.
- Desorientación: dificultades para entender lo que sucede.

La descripción de estos conceptos permite comprender que la atención ante una muerte perinatal implica una contención emocional que va más allá de los cuidados físicos que se deben brindar a una mujer, ya sea por una interrupción de embarazo, muerte intrauterina o muerte neonatal.

Saber actuar en estos casos demanda un conjunto de comportamientos que deben implementarse a la hora de atender una muerte perinatal.

El próximo apartado está dirigido a abordar los términos de competencias laborales especificando las que son requeribles en el personal de salud de acuerdo a diferentes autores.

2.4. Competencias profesionales.

El término de competencias laborales tiene varias concepciones. Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), las competencias laborales son aquellas capacidades reales y demostrables de poder efectuar una tarea laboral preestablecida sin incluir las potencialidades del trabajador. Destaca tres categorías:

- Las que comprenden las capacidades para llevar adelante las tareas.
- La que se centra en las actitudes y habilidades personales.
- La tercera incluye ambas de manera holística. (OIT, 2012).¹

Este trabajo se apoya en la definición de autores como Spencer & Spencer (1993) y McClelland (1987) que determinan que, en resumen, son las características y comportamientos observables que subyacen en las personas y que pueden predecir o anticipar un futuro accionar en diferentes situaciones. Si se traslada al ambiente laboral, son aquellas singularidades de las personas, conocimientos, destrezas y actitudes que son necesarias para desempeñarse en un puesto de trabajo de acuerdo a un perfil de puesto requerido y que predicen su desempeño esperado de acuerdo a un estándar de efectividad. (en Alles, 2005:23). Para ampliar esta definición, las competencias se pueden clasificar en:

Competencias de conocimiento: aquellas destrezas y conocimientos técnicos requeridos para un determinado puesto de trabajo.

Competencias de gestión: son aquellos valores agregados de comportamientos intrínsecos de la persona que permiten adicionar un plus en el desempeño. (Alles, 2006).

Dentro de esta clasificación Spencer & Spencer (en Alles, 2005) señalan que existen cinco factores que engloban las competencias, estas son:

- La motivación: que conduce a la persona a alcanzar objetivos.
- Las características: físicas y rasgos de personalidad que indican capacidad para desempeñar determinado cargo.
- Concepto de sí mismo: se relaciona con la seguridad, autoconfianza y actitud para llevar adelante las tareas.
- Conocimientos: específico y técnicos para llevar a cabo la tarea. Por ejemplo, de una licenciada en obstetricia es esperable que conozca cuidados en el puerperio.

¹ Disponible en <http://www.oitcinterfor.org/p%C3%A1gina-libro/1-%C2%BFqu%C3%A9-competencia-laboral>

- **Habilidades:** Relacionadas las capacidades para realizar las tareas, por ejemplo, habilidades analíticas, intelectuales, ágiles, destrezas. etc.

Siguiendo esta línea, estos autores presentan el modelo del iceberg, que clasifica a las competencias como aquellas más fáciles de detectar y aquellas más difíciles. Las más fáciles son los conocimientos y habilidades y las más difíciles las motivaciones, las características de personalidad, las motivaciones reales y el autoconocimiento de la persona. Esto conlleva una indagación en profundidad, por lo tanto, son más difíciles de desarrollar. (Alles, 2005)

Modelo del Iceberg de Spencer y Spencer (1993) (citado en Alles, 2005).

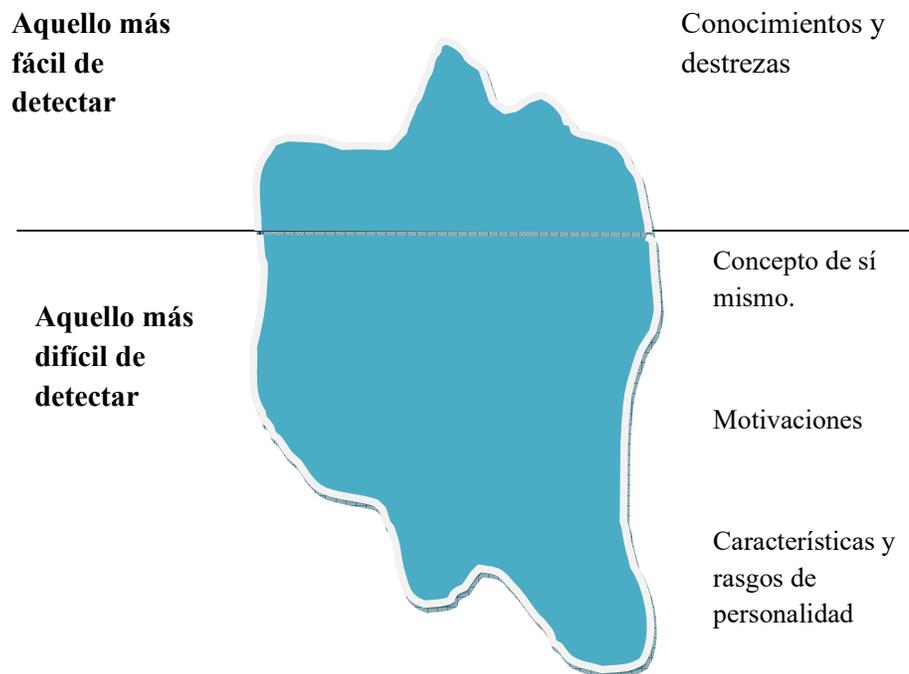


Figura 1. Fuente Alles, Martha (2005). *Elaboración propia.*

Las competencias se pueden dividir en específicas, que son las requeridas para acceder a un puesto y son definidas en el perfil y, por otro lado, están las competencias genéricas que son aquellas que deben tener todos los trabajadores de una organización o institución y son establecidas por los niveles jerárquicos.

Por otro lado, Blake (1997) agrega que las competencias son el conjunto de conocimientos, capacidades y características de las personas sumado a las actitudes que éstas demuestran. Las actitudes son la forma de enfrentar las situaciones que se presentan en un puesto de trabajo. El autor sostiene que para mantener una misma actitud frente a las tareas laborales, se necesitan monitoreos y capacitación, esto es, la transmisión de recursos para el aprendizaje de conocimientos y el desarrollo de habilidades.

Por lo tanto, aquellas competencias que pueden desarrollarse con mayor rapidez a base de un plan de capacitación son las que Spencer & Spencer (1993) denominan los conocimientos y destrezas (en Alles, 2005). Blake, sostiene que es la organización o institución la encargada de transmitir los saberes que necesitan que sus trabajadores obtengan, de manera que puedan adquirir el conocimiento que se quiere enseñar, que lo puedan aplicar a la tarea y que logren sostener la actitud en el tiempo. Con respecto a los rasgos de personalidades intrínsecas, son más difíciles para una organización o institución llevar adelante una evaluación o capacitación para su desarrollo (1997).

Los rasgos de personalidad no son evaluados en este trabajo por tratarse de un estudio exploratorio, por lo tanto, se va a limitar en conocer las habilidades y a detectar las necesidades de desarrollo de las competencias.

Competencias del personal de salud

Algunos autores las fueron clasificando en generales y específicas, sosteniendo que las competencias profesionales derivan de las exigencias del puesto. Para esto, es necesaria una correcta contrastación del perfil del puesto con sus requisitos. (Alles, 2005).

En este trabajo solamente se analizan aquellas competencias que se detectan a través del cuestionario utilizado, debido a que no se ha accedido a los requisitos de los perfiles por considerarlos documentos confidenciales. Por este motivo, sólo se efectúa una aproximación teórica de las competencias de gestión, lo que permite realizar un análisis objetivo ya que no se tiene acceso a los comportamientos actitudinales que se pueden observar durante una entrevista en profundidad.

Cuando se produce una muerte perinatal, los comportamientos de los profesionales de la salud permiten identificar el grado de preparación para enfrentar una situación de este estilo.

Autores como Pastor Montero (2017), Santarén (2013), Cordero et al (2004) y González et al (2007), Capretti (2006), concuerdan que una óptima atención de los profesionales de la salud en una muerte perinatal contribuye a una mayor sanación ante el fuerte impacto emocional que conlleva atravesar un duelo de este estilo. Esta atención implica desde los cuidados físicos hasta el apoyo emocional que deben brindar a las pacientes. Como los cuidados físicos corresponden ser analizados por otras disciplinas, este trabajo se enfoca en el análisis de las siguientes competencias.

Competencias del personal de salud según los estudios sociales.

COMPETENCIA	DEFINICIÓN
Empatía	Capacidad de situarse en el lugar del otro
Respeto	Considerar al otro como una persona que requiere atención independientemente de su situación.
Habilidad de escucha	Demostrar interés en las inquietudes, sentimientos y decisiones que manifiesta el otro cuando se expresa y detectar necesidades
Habilidad de comunicación	Sensibilidad para transmitir información teniendo en cuenta la subjetividad de la persona a quien se comunica. Lenguaje claro y
Compromiso	Seguimiento del caso clínico.
Habilidad de contención	Saber qué decir y qué no cuando se produce una muerte perinatal. Poder acompañar sin alejarse
Autoconocimiento Autoconfianza	Seguridad de los conocimientos que se posee, de los actos que se llevan a cabo. Saber que se está actuando en forma correcta y con buenas intenciones.
Conocimiento sobre duelo perinatal	Saber las etapas del duelo, conocer las particularidades que el duelo perinatal presenta.
Manejo de las exigencias emocionales	Capacidad de manejar las situaciones propias del duelo (llanto, ira, violencia, angustia). Detectar las Estrategias de afrontamiento.

Tabla 1. Fuente: Alles (2005-2006); Cassidy et al., (2018); DINAMI (2014); García Cayuela (2018). Elaboración propia.

Al definir las competencias que se recomiendan para los puestos de atención en el área de salud, según los estudios académicos, se permite establecer una conceptualización de aquellas que se evalúan a lo largo de este trabajo. Teniendo en cuenta esto, se cree pertinente el análisis holístico de las competencias considerando que existen factores que impactan en los comportamientos de los profesionales a la hora de brindar la atención.

A continuación se describen los riesgos psicosociales del trabajo al que están expuestos los trabajadores de la salud.

2.5. Exigencias emocionales

Como se ha mencionado anteriormente, los estudios del trabajo sostienen que a la hora de desempeñar las tareas en un puesto laboral, los comportamientos de las personas están impactadas por los riesgos psicosociales que presentan muchas veces los puestos de trabajo (Neffa, 2015). Cuando se habla de lo psicosocial, este autor afirma que se hace referencia a los factores que pueden ocasionar alguna alteración en los mecanismos psíquicos y mentales.

De acuerdo a los primeros aportes que se han realizado en el ámbito psicosocial, los estudios del trabajo afirman que la carga del trabajo y la forma en la que éste está organizado, generan consecuencias en la psiquis de las personas repercutiendo en la salud psíquica, social y física cuando se somatiza, pudiendo provocar enfermedades. (Karasek, 1979 y Siegrist, 2013 en Neffa, 2015).

Estos riesgos psicosociales son denominados como aquellos factores de condiciones de trabajo, empleo y organizacionales que pueden generar un riesgo para la salud física, mental y social (Gollac, 2012 y Coutrot, 2013 en Neffa, 2015). A su vez, Gollac (2013) amplía esta definición agregando que son los riesgos generados por cuestiones socioeconómicas y el propio contenido del trabajo, provocando un impacto en el funcionamiento mental y psíquico de los trabajadores (en Neffa, 2015). En este punto, se aclara que estos riesgos no impactan de la misma manera en todos los trabajadores del colectivo, sino que está demarcado de acuerdo a las subjetividades de las personas.

Los riesgos psicosociales presentan seis ejes principales:

- La demanda psicológica y el esfuerzo: el ritmo de trabajo, la intensidad y la cantidad de la carga global del trabajo asumen una exigencia alta debido a la naturaleza de la propia tarea.

- El estrés: la capacidad de sobrellevar y adaptarse a los procesos de trabajo exigentes.
- La autonomía en el trabajo: relacionado al uso íntegro de las competencias apuntando al desarrollo profesional.
- Las relaciones sociales: trabajar en un ambiente agradable y el tipo de relaciones interpersonales con pares, superiores y súbditos demarca el ambiente laboral. Que esto sea negativo puede afectar la salud emocional del trabajador.
- La inseguridad en el trabajo: cuando existe la incertidumbre sobre la continuidad laboral.
- Conflictos éticos: que la actividad se base en realizar tareas con las que no se está de acuerdo.
- Las exigencias emocionales: esconder o negar emociones que se presentan en las tareas, como por ejemplo, atravesar situaciones desagradables y no poder demostrar las sensaciones subjetivas que estas generan.

Este trabajo enfatiza sobre este último eje, pues es sobre lo que se ha indagado en el cuestionario implementado.

Desde la psicopatología, disciplina que estudia “las funciones psíquicas y los mecanismos que las rigen” (Dejours & Gernet, 2014:35), se explica que al contrastar el trabajo prescripto (las tareas a desempeñar) con el trabajo real (las formas de desempeñar esas tareas), existen mayores exigencias e involucramiento por parte del trabajador a la hora de desempeñar su labor. Se expresa que con el objeto de disminuir el sufrimiento que genera la carga global del trabajo y las exigencias emocionales que demanda la tarea, se desarrollan mecanismos de defensa que transforman la percepción de la realidad con el fin de “preservar al Yo del sufrimiento” y la angustia, efectuando acciones que pueden interpretarse como desinterés y poca calidad en el desempeño de la tarea. (Dejours & Gernet, 2014:36). Se argumenta que desde el lugar de los trabajadores existe la necesidad de reconocimiento de estos riesgos por parte de pares y superiores.

En otras palabras, se puede establecer que cuando el trabajo genera una sensación de sufrimiento por algún factor de riesgo mencionado que pueda afectar las emociones, los trabajadores desarrollan lo que se denominan estrategias de defensa, que pueden ser tanto individuales como colectivas, pero estos mecanismos pueden generar un costo a nivel emocional y psíquico e incluso costos sociales. (Neffa, 2015).

En el personal de salud, Dejours & Gernet (2014) indican que los mecanismos de defensa suelen ser el embellecimiento de la situación y recurrir al humor con el objeto de disminuir la gravedad de las situaciones complejas que deben atender, incluso la muerte.

También destacan que tomar distancia es otra manera de no involucrarse con el sufrimiento de los pacientes.

Recapitulando, estas nociones acerca de los factores que pueden repercutir en el desempeño de la ejecución de las tareas de los profesionales de la salud, pretenden otorgar una visión holística acerca de las circunstancias en las que éstos deben prestar sus servicios, asistiendo casos clínicos de la complejidad que trata este trabajo.

A continuación se presenta el estado de la cuestión para conocer las distintas formas en que se ha ido abordando la muerte perinatal a lo largo de estos últimos años desde diferentes corrientes o perspectivas.

Capítulo 3.- El duelo perinatal y el estudio de las competencias laborales. Un estado del arte.

El objetivo de este capítulo es, conocer las maneras en que se ha ido investigando este tema en los últimos años a través de los estudios sociales para descubrir el estado de situación en que se encuentra el asunto desde diferentes esferas. En este sentido, la intención es explorar los aportes que se han ido descubriendo tanto a nivel nacional como internacional y las formas en que se ha ido abordando el tema a lo largo de estos años, de manera que permita identificar las áreas que todavía requieren un mayor enfoque.

3.1.- Contextualización histórica. Estudios sociales recientes. Caracterización actual del fenómeno.

El duelo perinatal antes y ahora. Formas de investigación en las ciencias sociales

Las búsqueda de información realizada ha arrojado que la primera investigación de duelo perinatal (*perinatal loss* en inglés) ha sido en 1955, luego de ese año las investigaciones se han ido incrementando como se ve en la siguiente tabla.

Cantidad de artículos de *perinatal loss* en la base de datos Pubmed

Año	Cantidad de publicaciones de muerte perinatal
1955	1

1956	1
1961	1
1962	2
1964	1
1966	4
1967	1
1970	1
1971	2
1972	1
1973	1
1975	12
1976	1
1977	18
1978	13
1979	17
1980	21
1981	14
1982	19
1983	25
1984	26
1985	23
1986	37
1987	26
1988	56
1989	44
1990	56
1991	69
1992	58
1993	67
1994	54
1995	73
1996	79
1997	7
1998	57
1999	65
2000	102
2001	93
2002	96
2003	106

2004	101
2005	131
2006	126
2007	126
2008	124
2009	158
2010	159
2011	176
2012	165
2013	193
2014	2
2015	229
2016	281
2017	272
2018	281
2019	28

Tabla 2. Fuente: Pubmed. Consultado el 1 de julio de 2019. Elaboración propia.

Se observa que no es mucha la cantidad de investigaciones teóricas de este asunto. A su vez, la mayoría de los artículos pertenecen a la literatura gris y son encontrados en los sitios académicos en español datan del año 2000.

Algunos autores sostienen que toda pérdida genera un duelo, y más aún una pérdida perinatal. (González, Larguía & Lomuto, 2007). De esta manera, a partir de los años '70, el tema ha ido investigándose en varios aspectos, de manera que desde la psicología algunos autores sostienen que el duelo es la respuesta al abatimiento que genera la pérdida de algo valioso. (Alvarado García, 2003).

En este sentido, algunos autores van más allá y coinciden en varios aspectos del duelo perinatal. Consideran que éste es igual al duelo que genera cualquier otro fallecimiento, a pesar de no haber tenido contacto con el producto de la concepción o haberlo tenido poco tiempo. Coinciden en que es una de las experiencias más dolorosas que puede atravesar una persona, pero también resaltan que cada sujeto lo experimenta de acuerdo con sus subjetividades. Destacan que las personas que atraviesan un duelo perinatal ven implicadas las expectativas que generan la reproducción y las significaciones que tenía para estas, el nacimiento. Por otro lado, explican que un embarazo a la vista de la sociedad simboliza la vida, por este motivo, cuando éste culmina en una muerte, el duelo suele ser invisibilizado.

(Alvarado García, 2003; Cordero et al., 2011; Fiorentino, 2016; González, et al. 2007; López García de Madinabeitia, 2011; Mota González, Calleja Bello, Aldana Calva, Evangelina, Gómez López, & Sánchez Pichardo, 2011; Pastor Montero, et al 2011; Pastor Montero, 2017)

Una investigación cualitativa con recolección de testimonios de mujeres que han sufrido un aborto, resalta que éstas crean significaciones, lazos y vínculos con los no nacidos, magnificándose esto cuando los embarazos son planificados y esperados. No obstante, este lazo simbólico muchas veces también está presente en quienes han realizado abortos voluntarios al preguntarse “qué hubiera pasado si”. También se habla de la existencia de rituales como plantar, soltar globos, encender velas, entre otras prácticas que suelen realizar las mujeres que han transitado este duelo. (Felitti & Irrazábal, 2018)

Entre los años 1984 y 1989, se elaboró en Estados Unidos una escala para medir el duelo perinatal (*Perinatal Grief Scale –PGS-*) cuyo objetivo fue evaluar las áreas somáticas, emocionales y relacionales que implica la pérdida de un embarazo y una muerte neonatal. Se utilizó una escala tipo Likert y fue traducida a varios idiomas para ser implementada en diversos países como herramienta de evaluación de duelo categorizándolo en duelos retardado, agudo, prolongado y ausencia del mismo. (Mota González, et al. 2011).

La implementación de esta escala está condicionada por las variaciones culturales de cada país donde ha sido implementada. En el año 2000 se hizo una readaptación de la misma y en 2010 se obtuvieron resultados en China, mientras que en México se realizó en 2009.

La intención de la implementación de esta escala es medir cuantitativamente el duelo causado por una muerte perinatal en cifras. Finalmente, lo que esta escala ha permitido observar, es que la mayoría de las mujeres sienten la pérdida perinatal como un duelo de magnitud similar al que se tiene con cualquier otro afecto con el que se haya tenido más relación. Lo que se percibe es que padecen dolor a raíz de la relación simbólica que se haya establecido con el no nacido, lo cual se incrementa en casos socioeconómicos desfavorables y sin contar con compañía de parejas o terceros.

Hasta el año 1985, la psicología consideraba que cuanto menos contacto se tuviera con el nacido muerto, más favorable era para procesar el duelo de una forma saludable. Con las investigaciones recientes se ha llegado a demostrar que verlo, sostenerlo en brazos, hablarle y otros tipos de contacto, es darle la entidad que requiere esta situación y es visibilizar a una muerte que, muchas veces, es silenciada porque se considera que no hubo vida. Ante una muerte fetal se argumentaba que como no hubo nacimiento, no hubo muerte y, por lo tanto, no hay duelo, o este, debería ser mínimo pues no hubo contacto directo (López García de Madinabeitia, 2011).

Las recomendaciones que realizaba el personal de salud era tomar distancia del acontecimiento, no hablar del tema para olvidarlo rápidamente y tener otro hijo para poder sanar de esa experiencia. (Cordero et al., 2004).

De esta manera, el duelo perinatal viene siendo estudiado con más énfasis en las últimas décadas, debido a las causas antes mencionadas. Desde la psicología argumentan que el proceso del mismo consta de varias etapas: negación y aislamiento, ira, depresión y aceptación. . (Alvarado García, 2003).

Por otro lado, una investigación realizada en enfermeras de neonatología en el Conurbano Sur bonaerense, se apoya en la explicación desde la psicodinámica que propone Dejours (2014). Se explica que la falta de capacidades de contención es llamada mecanismos de defensa, pues ante la carga mental que implica enfrentar situaciones de este estilo, los profesionales tienden a evitar la frustración que genera no haber podido salvar un caso clínico, optando por no involucrarse en el duelo y tender al distanciamiento para no aumentar el sufrimiento. (Biza Di Croce, 2016).

En el año 2007 se crea la fundación Era en Abril en Argentina y en España la asociación Umamanita, ambas dedicadas a la contención de personas que han atravesado una muerte perinatal y que han servido de fuente de inspiración para muchas recomendaciones a nivel protocolar en las instituciones sanitarias, basándose en los testimonios que se inscriben en sus portales web. La función de estas organizaciones de pacientes, además de brindar apoyo emocional a las personas que atraviesan una pérdida perinatal, es facilitar información al personal de salud acerca de cómo proceder desde la contención en la asistencia hospitalaria que se brinda.

Con respecto a lo que sucede en otros ámbitos, en la actualidad, existen proyectos de Ley desde el Partido Solidario (s/f) donde se propone, entre otras iniciativas, una licencia con goce de haberes de 30 días por pérdida de embarazo en cualquier momento de la gestación y 45 días por razones de óbito fetal (parto de feto muerto). En caso de que la mujer desee reincorporarse al puesto de trabajo antes de la finalización de la licencia, proponen que esos días sean computados como horas extras.

Otro proyecto de ley ha sido presentado recientemente en el año 2019 donde, además, se enfatiza en la atención hospitalaria que reciben las mujeres cuando atraviesan esta situación. Se propone una capacitación al personal sanitario que favorezca a la atención y a la contención que brindan de manera que pueda optimizarse la atención y que se les brinde la seguridad de sentirse capacitados para ejercer sus funciones. (Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2019).

Por otro lado, en lo que respecta al duelo, las asociaciones continúan promoviendo la visibilización del asunto realizando jornadas publicadas a través de sus redes sociales. Mientras tanto, a través de la búsqueda en diarios de países de Europa y Argentina, se detecta que en España se ha inaugurado el primer cementerio perteneciente a los restos del producto de la concepción donde se alojan los mismos o se representan con algo simbólico. Este sitio está destinado a que las personas que han atravesado esta situación, cuenten con un espacio exclusivo donde puedan desencadenar sus emociones al igual que un cementerio tradicional. De igual manera ocurre en Valencia, España y en Roma, Italia (Cercós, 2019) y en Argentina existen en San Miguel, Buenos Aires (Pittaro, 2019) y en San Juan (La nueva, 2012) y próximamente se inaugurará en Posadas, Misiones (El litoral, 2019). Esto significa un gran paso en relación a la visibilización del fenómeno.

A su vez, en diciembre de 2019 se publica en formato digital la primera revista perinatal correspondiente a la disciplina de la psicología. En ella, se tratan temas como atención ante la muerte, el papel que desarrollan los profesionales de la salud al momento de producirse una muerte perinatal y el modo en que este hecho impacta también en ellos (Revista electrónica semestral de la Subcomisión de Ps. Perinatal del Colegio de Psicólogos, 2019).

Actualmente, existe una especialización en psicología perinatal correspondiente a la Universidad de Buenos Aires y un postgrado en el Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME & CONICET, 2020) y varias carreras y cursos en institutos que no pertenecen al ámbito universitario. De esta manera, es posible apreciar cómo se ha logrado intentar otorgarle una entidad al duelo perinatal desde los puntos de vista hasta ahora mencionados, de modo que su tratamiento sea integral en varios aspectos.

Las investigaciones hasta el momento argumentan que es necesario un buen desempeño del personal de salud para llevar adelante un proceso de duelo. (Gold et al., 2007; Cacciatore, 2013 en Pastor Montero, 2017). El aporte que esta investigación pretende exponer es que la formación en duelo perinatal también ayuda a que el profesional brinde una mejor atención. En otras palabras, el saberse capacitado para dar una óptima contención más allá de no haber podido salvar un caso, es un factor que puede disminuir la carga mental que implica asistir una muerte fetal o neonatal.

Este planteo resulta interesante para esta investigación porque se pretende conocer, por un lado, las competencias que posee el personal de salud para atender una muerte perinatal, de

manera que puedan contribuir a ayudar en el duelo y, por otro lado, cuáles herramientas tienen para sobrellevar ellos mismos esta carga mental.

Teniendo en cuenta esto, a continuación se detalla lo que sucede a nivel hospitalario en Argentina cuando se produce una muerte perinatal

Desde el área de salud

Cuando se produce una muerte fetal tardía o intraútero, existen procedimientos de tratamiento de cadáveres que establecen los pasos a seguir para su inhumación. Este apartado se centra en describir las guías que realizan las maternidades hospitalarias argentinas cuando se produce una muerte perinatal en sus diferentes clasificaciones que ya se han descripto.

En el proceso de investigación, ha surgido la inquietud de saber las formas de abordaje sanitario y la atención a la mujer gestante desde el cuidado hospitalario cuando atraviesa un aborto o cuando se produce una muerte fetal tardía.

Respondiendo a este interrogante, se ha llegado a conocer que existe una Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto publicada en 2015 por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia dependientes del Ministerio de Salud. Esta guía, establece los lineamientos para proceder clínicamente en un legrado ante los diferentes tipos de abortos clasificados anteriormente, principalmente debido a que una sepsis puede producirse en cualquier tipo de aborto. Son protocolos puramente desde el área de la salud y clasifican el legrado en dos procedimientos: por un lado el Legrado Uterino Instrumental (LUI), que es raspar las paredes del útero con el uso de una cureta de metal bajo anestesia general y, por otro lado, la aspiración manual endouterina (AMEU) donde el útero es evacuado mediante una cánula.

Este documento, propone también el uso de la droga misoprostol, una prostaglandina que facilita la expulsión total del feto de hasta 12 semanas. El mismo, establece que las prácticas antes mencionadas suelen ser invasivas e instan al personal de salud a establecer un consenso de las prácticas a realizar primando la que implique menos riesgos según cada caso en particular (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2015).

Teniendo en cuenta esta información, a continuación se presentan las recomendaciones gubernamentales que propone el Ministerio de Salud de la Nación en relación a la contención emocional que es posible brindar a quienes atraviesan esta situación.

Recomendaciones oficiales para comunicar la muerte perinatal.

A nivel nacional existen recomendaciones oficiales que refieren a la contención emocional y a la comunicación, basadas en recomendaciones de asociaciones españolas.

En el año 2014, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia desde el Área de Neonatología (2014) lanzó un documento llamado Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad, basado en las recomendaciones de asociaciones tanto españolas como argentinas desde el lado empático y emocional. Este documento, al igual que las investigaciones teóricas relevadas, hace hincapié en la importancia de las habilidades comunicativas y en las formas de contención emocional que debe tener el personal de obstetricia para no obstaculizar el proceso de duelo.

En cambio, no establece a nivel nacional un procedimiento o protocolo ante muertes fetales avanzadas, como por ejemplo, acciones a realizar, formas de entregar o no el cuerpo del feto para realizar una ceremonia, en caso de que así lo desean las personas gestantes o el tipo de sala a donde son dirigidas las mujeres luego de salir de la intervención. El documento, apunta a partos de embarazos detenidos que han pasado las 28 semanas de gestación en adelante. Allí, se recomienda que haya una actitud de consenso con las personas gestantes acerca de cómo desean que se produzca el parto del feto sin vida, de manera que se opte por la alternativa menos traumática informando debidamente cada opción.

Las asociaciones recomiendan que es preciso que los profesionales de la salud logren acompañar desde la contención a quienes transitan esta situación, más allá de las acciones establecidas en los protocolos sanitarios. Sugieren guardar fotos, objetos, huellas y cabello, con el fin de ofrecerlos a los ascendientes en caso de que lo quisieran conservar, siempre y cuando acepten, no forzar las negativas y esperar por si deciden cambiar de opinión. Destacan que las subjetividades priman en estas ocasiones, por lo que cada caso es particular y no es posible generalizar ni predecir el comportamiento de cada persona, por eso, es recomendable que el profesional esté capacitado para enfrentar las distintas situaciones que puedan surgir (Cassidy, Cassidy, Olza, Martín, Jort, Sánchez & Martínez Serrano, 2018).

En el siguiente apartado se explora el estudio de las competencias laborales desde que se ha empezado a implementar a nivel organizacional, vinculándolas con los comportamientos del personal de salud que asisten un duelo perinatal y testimonios de pacientes.

Competencias de los profesionales de la salud y el duelo perinatal. Testimonios y valoraciones de mujeres en duelo.

Si bien las competencias laborales se han venido estudiando desde la década de 1920, su auge comienza a partir de 1973 con uno de los principales exponentes del área, el psicólogo David McClelland a través de la publicación de su artículo “Testing for competences rather than for "intelligence."”.

De allí, su estudio y análisis ha ido creciendo a nivel organizacional a lo largo de todo el mundo, retomándose para luego en la década de 1990, indagar acerca de la inteligencia emocional en las formulaciones de Daniel Goleman. (Sánchez Rodríguez, 2005:3).

A partir de los años 70 del siglo XX, las organizaciones comenzaron a interesarse por el desarrollo de sus trabajadores basándose en la gestión por competencias y capacitación.

Se ha investigado las competencias de los profesionales de la salud cualitativamente con técnicas como entrevistas en profundidad, acción participativa (Pastor Montero, 2017), cuestionarios estructurados para saber datos cuantitativos (Santarén, 2013) y análisis documentales. Estos estudios buscan mostrar, a través de testimonios recogidos de mujeres que atravesaron una pérdida, que muchas veces la atención de cuidados fue buena, pero no tuvieron un apoyo emocional al respecto.

En esta línea, los mismos autores señalan que los profesionales consideran que necesitan estar más capacitados para brindar ese tipo de apoyo debido a que no son formados para dar contención emocional (Cassidy et al. 2018, Pastor Montero, 2017; Santarén, 2013). Por lo tanto, las competencias que no poseen, son indicadores de necesidad de capacitaciones específicas para un mejor desempeño en línea con lo que establece Blake (1997).

En estas investigaciones, existen testimonios de pacientes que han atravesado una muerte perinatal cuya valoración al personal de salud fue buena en términos generales. Sin embargo, conviven con ellos testimonios que dan cuenta de malas experiencias con el personal sanitario, lo que puede dar lugar a cuestionar la idoneidad de éstos al momento de brindar la atención ante una muerte perinatal en cuanto a las competencias de gestión, esto es, las competencias actitudinales, las habilidades y las de conocimientos.

Algunos de los testimonios son los siguientes:

“Parecía que éramos como vacas en el matadero, ellos están acostumbrados a realizar interrupciones del embarazo todos los días, para nosotras es algo muy fuerte y doloroso...”

(Interrupción, 20-25 semanas) (Cassidy, et al., 2018: 25)

“Todos saben cómo tratar el nacimiento de un bebé vivo pero una pérdida... mi situación no supieron... no mostraron empatía y un poco de psicología....”

(Muerte súbita, 16-19 semanas) (Cassidy, et al., 2018: 25)

Refiriéndose al personal de salud, otra paciente relata: “(...) *Ellos deslegitimaron mi caso, le dieron poco interés. En el área de salud siempre pasa eso, son muy pocas las personas que son dedicadas a eso, la mayoría están sobre pasadas de trabajo y te tratan mal.*” (D’Aquino, 2020).

En la entrevista realizada a una mujer que había transitado una muerte fetal tardía, la respuesta ante la consulta sobre la atención percibida por el personal sanitario fue: “*Uno no tiene la culpa pero hay muchas mujeres que llegan a la clínica queriendo abortar y entonces las enfermeras te tratan mal (...) vino una y me trató re mal al otro día de que me hayan hecho la cesárea. Se ve que después le comentaron lo que me paso y vino bien y me preguntó: ‘Hola mamá ¿Cómo estás? ¿Estás bien? ay me enteré de lo que pasó con el bebé’ me trató diferente.*”

“(...) *te tratan mal. Es como si uno tuviera la culpa de todo. Capaz no me hice controles ginecológicos. Es como que uno tiene la culpa. Solo uno me trató bien de todos los médicos*” (V. Entrevista realizada el 16 de noviembre de 2019).²

Como estos testimonios existen varios, como los que se destacan en el libro de la asociación española *El parto es nuestro*. Uno de esos testimonios relata lo siguiente:

“*De madrugada, una ginecóloga se sentó a mi lado en la cama confirmándome las malas noticias, yo corría peligro y no podían hacer nada por mi bebé. Tenía que dejarle marchar. Fue una de las pocas personas amables que encontré entre el personal sanitario. Quitaron la medicación y volvieron las contracciones. Mi pequeño nació y se lo llevaron, no me preguntaron si quería tenerlo conmigo, no me informaron que podía tenerlo a mi lado, sólo se lo llevaron y ahí comenzó el vacío... (...). Después de aquello hubo muchos momentos duros donde el maltrato del personal sanitario se dejó notar. Aún ingresada recibía los ‘ánimos’ de enfermeras y auxiliares. Las típicas frases que todas recibimos, tras sufrir una pérdida: “eres joven, mejor así, mujer legrada mujer preñada, ya vendrán más, no es para tanto”. Escuchaba todas y cada una de aquellas frases y me iba apagando por dentro. Me dieron las pastillas para evitar la subida de la leche, pero tampoco me informaron que podía subir a pesar de la medicación. Y así sucedió, mis pechos lloraban leche y nadie me atendió, nadie me dijo que hacer, cómo ‘combatir’ aquello. Sólo podía llorar y llorar, llorar y esperar a que pasara.*”

² La entrevista fue realizada con Micaela D’Aquino en el marco del proyecto de investigación conjunto.

Por desgracia la falta de empatía continuó en las revisiones posteriores. Por una parte la revisión ginecológica donde tuve que soportar preguntas tan duras como “¿nació vivo?, ¿cuánto tiempo tardó en morir el bebé?, ¿te han especificado la causa de la muerte?”. La doctora que me preguntaba todo aquello tenía un informe detallado delante...” (Santos Redondo; Yáñez Otero & Al-Adib Mendiri, 2015:37-38)

En este sentido y con el fin de evitar este tipo de experiencias por parte de las gestantes, existen recomendaciones que surgen desde las organizaciones de padres que han sufrido pérdidas perinatales como El parto es nuestro, Umamanita y Era en Abril y de autores como García Cayuela (2018) que en su “Guía básica hospitalaria de atención al duelo perinatal”, enfatizan en mantener el respeto hacia la gestante, la no culpabilidad, el cuidado de la comunicación verbal y no verbal, facilitar un espacio para recibir la noticia, preguntar si quieren pasar tiempo con el cuerpo, vestirlo, conservar recuerdos, entre otras actitudes. Asimismo, enfatizan en la utilización de frases como:

“Siento lo que les ha pasado”.

“Me imagino cuánto querrían a ese bebé”.

“No me molesta que lloren”.

“La verdad es que no sé muy bien qué decirles”.

También recomiendan evitar aquellas como:

“Es la voluntad de Dios”.

“Todo pasa por alguna razón, es el destino”.

“Ahora tienen un angelito”.

“Ahora está en un lugar mejor”.

“Al menos no llegó a conocerle bien”.

“Es joven, ya tendrá más”.

“Debes ser fuerte por tus hijos/ esposo/ familia, etc.”.

“El tiempo lo cura todo”. (García Cayuela, 2018: 11)

Ahora bien, se ha hecho una revisión del modo de tratar el tema desde diferentes disciplinas. En el siguiente apartado se describe la manera en que se aborda la muerte perinatal desde las relaciones laborales.

Desde las relaciones del trabajo.

Se ha realizado una búsqueda de esta temática en las principales revistas de relaciones del trabajo como ASET, la Revista del Trabajo (del MTEySS), Cielo laboral, Rábida y se han encontrado escasas investigaciones que enfoquen este tema y, al igual que en las bibliotecas consultadas, las investigaciones sobre muerte y duelo perinatal pertenecen mayormente a otras disciplinas.

Las búsquedas realizadas en las bibliotecas digitales antes mencionadas, arrojan investigaciones en torno a la prevención de la pérdida de embarazo y los riesgos a los que pueden estar expuestas las mujeres embarazadas en el lugar trabajo. Entre ellos, estar expuestas a sustancias tóxicas, mantener posturas inadecuadas ergonómicamente, altas exposiciones a niveles de estrés y hacen enfoque en evitar otorgar la carga horaria nocturna a las mujeres embarazadas. (Galarzo; García; Estarlich; García García; Esplugues; Rodríguez; Ballester, 2009)

Por otro lado, las investigaciones cuestionan el tratamiento que se le da desde el ámbito empresarial a la maternidad, al tomarlo como una contraposición entre la vida personal y profesional, haciendo referencia a la discriminación que existe hacia aquellas mujeres que desean tener una carrera laboral combinada con la maternidad (Delgado Rodríguez; Aguado Corbala; Casado Barrios & Recuero Fernández, 2011; Sánchez González, 2012).

La reflexión en este caso, apunta a que si se cuestiona la decisión de ser madres, evitando aceptar que una mujer puede conllevar ambas tareas sin necesidad de ver disminuidos sus derechos laborales, entonces, es esperable que la pérdida del embarazo también sea un tema a evitar desde las organizaciones.

Un estudio específico explica que, muchas veces, la actividad laboral configura la fertilidad de una persona ya sea varón o mujer. Asimismo, resaltan la importancia del cuidado de la mujer durante el período de lactancia, pues varias enfermedades pueden ser transmitidas a través de la leche materna. (Vicente-Herrero; Torres-Alberich; Ramírez-Iñiguez de la Torre; Terradillos-García; Muñoz-Ruiperez; López-González, 2013; Ronda & Gadea, 2008).

Por otro lado, en una investigación reciente desde la lente laboral, se abordan en forma exploratoria y cualitativa, las estrategias que implementan las mujeres de Argentina que sufren una pérdida gestacional cuando se encuentran en una relación laboral. La investigación deja entrever que, debido a que no existen licencias específicas para este tipo de pérdida desde el sistema normativo, las mujeres recurren a otro tipo de licencias para llevar adelante su duelo que, como se ha advertido, es subjetivo en cada persona. En la recuperación de testimonios de trabajadoras, se pueden observar que no es frecuente que las organizaciones

otorguen una licencia por duelo propiamente dicho, sino que es usual que las licencias sean psiquiátricas, incluso algunas, se desencadenan en despidos. (D'Aquino, 2020).

Como se ha detallado, la mayoría de los informes pertenecen a la rama de la psicología y salud, en tanto, las relaciones del trabajo, mayormente se ocupan de cuestionar la prevención ante la pérdida y los riesgos reproductivos.

Teniendo en cuenta esta observación, se considera que las investigaciones realizadas desde el punto de vista laboral en materia de duelo perinatal resultan pertinentes, pues las pérdidas de embarazo generalmente se producen cuando la mujer transita la edad reproductiva y laboral. Por lo tanto, es necesario un tratamiento de estos casos respetando las esferas legales, emocionales, psicológicas, laborales y sanitarias, tal como se ha tratado en estos apartados anteriores.

El siguiente apartado trata datos estadísticos relevados de tasas de mortalidad perinatal en Argentina según consta en organismos oficiales de salud.

3.2.- Datos estadísticos de muerte perinatal en Argentina. Datos secundarios. Tendencias.

Los datos sobre muerte fetal y neonatal que se utilizan en este apartado pertenecen a la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Este organismo, al igual que la OMS, toma la definición de muerte perinatal a partir de la semana 22 de gestación hasta los siete días de vida.

La tasa de mortalidad perinatal es el producto de la cantidad de muertes fetales tardías más el número de defunciones de menores de siete días dividido el número de muertes fetales tardías más números de nacidos vivos registrados cada 1.000 nacidos vivos. En Argentina en el año 2018 fue de 11,3%, según la última publicación de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS, 2019). El documento registra que las provincias con mayor tasa de muerte perinatal son:

- Corrientes: 16,5%
- Salta: 13,5%
- Jujuy: 13,4%
- Tucumán: 13,2%

Ahora bien, en cuanto a cantidad de casos de muerte perinatal, el informe trata por un lado, los de muerte neonatal temprana y, por otro, la muerte fetal. Los números más

representativos se dan en las provincias de mayor cantidad de población. Por un lado, en relación a las muertes neonatales tempranas, en 2018 se registraron en Argentina 2.940 casos, cuya mayor cantidad se inscribe en la provincia de Buenos Aires con un total de 1018 casos, representando el 34,62 %, seguido por el Gran Buenos Aires con 720 el 24,48%, Santa Fe con 218, 7,41%, Tucumán con 184, el 6,25% y Córdoba con 182, el 6,19%. Resulta interesante destacar las altas cifras que presenta Tucumán por tratarse de una provincia con menor población y espacio territorial en comparación a las demás.

En cuanto a la tasa de muerte neonatal temprana, esta es de 4,3%. Se registran que en 976 casos de muerte neonatal temprana, las causas principales fueron relacionadas a la gestación corta y bajo peso al nacer. Por otro lado, 1.053 casos se deben a trastornos respiratorios y cardiovasculares; 548 corresponden a afecciones originadas en el período perinatal; 27 a hidrocefalia y espina bífida; 188 a malformaciones congénitas del sistema circulatorio; 698 a malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas; 15 a muerte súbita.

Con respecto a las cifras correspondientes a defunciones fetales, son las siguientes:

A nivel nacional asciende a un total de 5910 casos, registrándose la mayoría entre la semana 28 y 36 de gestación con una cantidad de 2365 casos, esto representa el 40%. Entre la semana 37 en adelante la cifra es de 1.268, el 21,5%.

Del mismo modo, las cifras más altas corresponden a las jurisdicciones con mayor cantidad de habitantes, estas son la provincia de Buenos Aires con 1.778 casos, presentando la mayor cantidad entre las semanas 28 y 36 con 853 casos. Lo mismo ocurre con los partidos del Gran Buenos Aires presentando 1.294 casos, y 611 en las semanas mencionadas. Idéntico caso presenta CABA con 689 y 223 en las mismas semanas.

Estos datos indican que el mayor riesgo de pérdida de embarazo se produce en la etapa perinatal, que precisamente es el período analizado en este trabajo, lo que avala que sea pertinente realizar esta investigación, pues estas cifras son relevantes a nivel estadístico. Supone entonces que, dado esta magnitud, los profesionales de la salud de un hospital materno infantil, están altamente expuestos a atender en algún momento de su carrera una situación de muerte perinatal.

Por su parte, el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, ha publicado que las cifras de muerte fetal durante el año 2018 relevaron un total de 1.783 casos de defunciones fetales, registrándose los mayores porcentajes en los partidos del conurbano como La Matanza 159 con el 8,91%, en Quilmes 117 casos representando el 6,56%. Morón presentó 107 casos, el 6,00% seguido por el 5,38% en la Plata con 96 casos, luego se encuentra General

Pueyrredón con 92 casos (5,16%) y el 4,04% en Florencio Varela con 72 casos. . Esto indica que el sector donde se producen más casos de muerte perinatal es en el Conurbano Sur, región donde está ubicada la Universidad entendida como lugar de investigación que se vincula con las necesidades del territorio. Precisamente el hospital materno infantil que se toma como muestra en este estudio, pertenece a la misma región sanitaria.

La finalidad de la presentación de estas estadísticas, es poner en relevancia la cantidad de casos de muerte perinatal que se presentan en el territorio para demostrar que los profesionales suelen atender varios casos de esta índole a lo largo de su carrera profesional.

De acuerdo a los datos arrojados, surge el interés por saber lo que ocurre en la argentina en términos legales y hospitalarios cuando se produce una muerte perinatal, las formas en que se contempla la maternidad y la situación en que se encuadra el sistema de salud pública en este aspecto. Por este motivo, a continuación se hará una revisión del marco legal que recubre la maternidad en el empleo en la Argentina.

Capítulo 4.- El marco normativo en torno al duelo perinatal.

Este apartado está abocado a describir en detalle el marco normativo que regula la protección de la maternidad cuando se está en una relación laboral. Luego, se propone conocer lo que sucede a nivel hospitalario cuando se produce una muerte perinatal en lo que respecta a los protocolos que se ejecutan desde la asistencia sanitaria, de manera que esto permita entender el contexto y lo que debe tener en cuenta el personal de salud a la hora de desempeñar su tarea.

Protección de la maternidad y trabajo

Como se ha detallado en el segundo capítulo, dos de los marcos reguladores del mercado laboral argentino son la Ley de Contrato de Trabajo (LCT 20744) y los Convenios Colectivos de Trabajo (CCT) según rama o actividad. Estos, amparan los derechos y establecen los deberes de los trabajadores y empleadores cuando se trata de un empleo registrado.

En el año 1978 se incorpora a la LCT el capítulo I del título VII denominado Trabajo de mujeres y comprende desde los artículos 172 hasta el 18. Estos artículos anteriormente

existían, aunque en menor medida de protección, en la Ley 21.824. En el artículo 177 de la LCT, se contempla la licencia por maternidad otorgándole 90 días a la gestante pudiendo optar por 45 o 30 días antes de la fecha probable de parto y 45 o 60 días después de la misma. Se contempla también un estado de excedencia donde la trabajadora puede optar por no prestar tareas tomando una licencia sin goce de sueldo por una duración de 3 a 6 meses.

Se puede observar que en esta legislación está contemplada la licencia por maternidad cuando un embarazo llega a término, pero existe un vacío cuando se trata de una muerte perinatal. A raíz de este panorama, ha surgido la inquietud de conocer si existen CCT que amparen la pérdida de embarazo o muerte perinatal. Como se ha mencionado anteriormente, de acuerdo a la recomendación del Dr. Rojas, especialista en negociaciones colectivas, se ha procedido a realizar una búsqueda de aquellos convenios comprendidos en las actividades más feminizadas. Estas actividades según el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2018) son: sanidad, educación, comercio, la Administración Pública Nacional y el sector de servicio de casas particulares.

El relevamiento se ha realizado en el buscador de CCT del MTySS, ingresando la actividad/rama/sector con el fin de indagar en cada una de ellas la existencia de una licencia por pérdida de embarazo o muerte fetal/perinatal. En el sector de sanidad no se encontró ningún CCT que contemple este tipo de pérdida en los 28 que se relevaron, lo cual es para resaltar, pues esto implica que las trabajadoras de la salud, pertenecientes a la muestra de este estudio, tampoco están amparadas si llegasen a atravesar esta situación. En el sector de comercio en los 7 convenios relevados, tampoco se han encontrado licencias para este duelo.

Por otra parte, como la actividad del personal de amas de casa tiene su propia legislación (Ley 26.844), se ha indagado en ella. Esta legislación no especifica el otorgamiento de licencia por pérdida de embarazo o pérdida perinatal. Sin embargo, en su artículo 40 menciona una indemnización especial en caso de despido por presunción de embarazo. Esta protección se aplica en los 7 meses y medio anteriores y posteriores a la fecha probable de parto, ya sea que se produzca el nacimiento con o sin vida.

Por otro lado, en el sector educación, de los 12 convenios consultados, se encontró que la Confederación Nacional de Docentes Universitarios (CONADU) en el artículo 48 inciso 5, contempla la pérdida de embarazo otorgando a las trabajadoras bajo el convenio una licencia con goce de sueldo por 20 días luego de informar el episodio y 45 días si se produjera el nacimiento sin vida. El otro CCT que otorga licencia con goce de haberes por defunción fetal o intraparto es el 366/2006 correspondiente a los No docentes de las instituciones universitarias nacionales, en su artículo 106 expresa que en caso de producirse un parto de un

feto sin vida, se respeta la licencia por maternidad correspondiendo 45 días luego de producido el hecho (Ver Cuadro 3).

En el ámbito de la APN, el CCT de la Unión del Personal Civil de la Nación también regula la muerte gestacional. a través de licencias que varían según cada provincia. En Corrientes las licencias oscilan entre 48 horas si se produce dentro de los primeros tres meses y 20 días en embarazos mayores a 7 meses. En Salta, en caso de defunción fetal, la licencia es de 15 días y se adiciona esta cantidad en caso de que la trabajadora ya se encuentre en licencia. En el caso de San Luis, se contempla 10 días por causas de fallecimiento fetal, no obstante, si el fallecimiento del recién nacido se produce dentro del período de licencia, esta pierde vigencia dando lugar a la licencia de fallecimiento por hijo debiendo comunicarse el acontecimiento dentro de las 24 horas de producido el hecho. En La Rioja se contempla una licencia de 45 días en caso de mortinato y de 30 días en caso de que la muerte se produzca en el período perinatal. En el caso de San Juan, en caso de mortinato, se respeta de igual manera la licencia por maternidad hasta completar los 90 días tal como la propone la LCT. En la provincia de Chubut se contempla una licencia de 15 días por defunción fetal entre 4 y 7 meses y 30 días en caso de mortinato.

La búsqueda permitió conocer que para este convenio, las licencias de duelo perinatal y gestacional quedan contempladas en las provincias mencionadas, las provincias restantes no especifican un proceder similar, por lo que se presume que la contemplación no es homogénea a nivel territorio nacional. (UPCN, s/f).

En lo que respecta a la protección legal de la maternidad cuando se produce una pérdida perinatal, la jurisprudencia permite apreciar que los fallos favorecen la tutela dependiendo de la interpretación de la norma según el criterio de los jueces. Se tomaron como ejemplo dos fallos para realizar una comparativa. Un ejemplo de fallo a favor es el caso de P. P .A. c/ Donn S.A. s/ despido, se trata de una mujer que había notificado un embarazo y, posteriormente, una muerte fetal temprana. La mujer es despedida dentro de los siete meses de tutela posteriores que propone el artículo 182 de la LCT y, luego de instancias judiciales, la Sala IX de la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo determinó que si bien la protección del artículo 182 de dicha ley ampara siete meses antes y después de la fecha probable de parto, no especifica el parto con o sin vida, como en este caso la muerte fetal fue temprana, no es aplicable este tipo de tutela. (P. P .A. c / Donn SA, 2019).

Distinto es el caso de P. M. A. c/ Servicios Diplomata S.A. y otro s/ despido cuyo fallo resultó a favor de la demandante. Se trata de una trabajadora que informa un embarazo vía telegrama y luego indica la pérdida del mismo. Cuando solicita el otorgamiento de tareas, le

notifican el despido. En un primer fallo, no se le otorgó la tutela de maternidad, sin embargo, tras una apelación, la Sala VI de la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo estableció la protección del artículo 182 de la LCT interpretando que una muerte fetal o perinatal, no priva a una mujer de la protección legal. El argumento se basó en que la norma no especifica el modo en que se produjo la finalización de la gestación, de esta manera, se apoyan en los tratados internacionales de preservación de la dignidad humana y no discriminación de género. También hicieron mención, en este fallo, al duelo que puede generar una pérdida perinatal o gestacional aumentando éste su grado de vulnerabilidad si se produce un despido en estos términos (Avolio, 2013). Se puede observar en este fallo la entidad que se le ha dado al duelo perinatal, en contrastación al caso anterior.

Por último, a nivel internacional, existen países que otorgan una licencia remunerada por pérdida de embarazo o parto de feto muerto, estos son: Colombia y Honduras (2 a 4 semanas), Chile (3 días hábiles), Honduras, Panamá y Mauricio (2 semanas), Indonesia (1 mes y medio), Dinamarca (14 semanas) y en Tanzania (un mes). (OIT, 2010).

En este apartado se ha presentado el escenario normativo bajo el cual está enmarcado el duelo perinatal en la Argentina en la actualidad. Ahora bien, dado que la unidad de análisis son los profesionales de la salud, es pertinente conocer las condiciones de trabajo que poseen y cómo está configurado el empleo en el sector de salud público, de eso se trata el próximo apartado.

Capítulo 5. El sistema hospitalario argentino y los protocolos hospitalarios que regulan una muerte perinatal.

El sistema hospitalario argentino se caracteriza por ser un sistema mixto en el cual coexisten tres subsectores: el público (bajo coordinación estatal a nivel nacional, provincial y municipal), el privado (de medicinas prepagas o empresas de salud) y el de las obras sociales administradas por los sindicatos. Estos, presentan heterogeneidades tanto en sus formas de financiación como en su articulación y formas de prestación de sus servicios. El servicio de salud en el sector público es un servicio esencial, esto es, la prestación de una asistencia cuya interrupción afecta a la población poniendo en peligro la vida, la salud o la seguridad, si llegase a faltar (OIT, 2019). Se brinda de manera gratuita a toda la población a través de hospitales o centros de salud, independientemente de que posea o no cobertura privada. De

todas maneras, la mayoría de sus usuarios, pertenecen al grupo que no posee dicha cobertura. (Acuña & Chudnovsky, 2002).

Estos autores, sostienen que debido al modelo de descentralización existente en el país, producto de las políticas de desregulación de la década de 1990, se presentan dificultades a la hora de articular los subsectores a nivel público en las diferentes jurisdicciones tanto nacional, provincial y municipal, cuya principal financiación proviene del área impositiva del gobierno nacional o jurisdiccional, según corresponda. Esto puede interpretarse como una dificultad para brindar igual atención tanto en las ciudades como en las zonas rurales o más alejadas.

El sistema de salud en general nuclea a 678.000 personas, representando así el 4,7% de los ocupados urbanos del país, a su vez, el sector que ha tenido un mayor aumento en la cantidad de trabajadores ha sido el privado con el 18%, mientras que el público solamente del 1% entre 2004 y 2007. De todas maneras, es el ámbito público quien representa el mayor porcentaje de empleo de la actividad. Se trata de un sector con personal altamente calificado tratándose de médicos profesionales, técnicos, enfermeros, entre otros. Otra característica es la alta presencia de mujeres representando el 70% del personal. (Aspiazu, 2010).

Por su parte, desde un informe del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Nación (2010), se advierte que la desregulación de la década de 1990, ha influido desde la descentralización, subcontratación, entre otras cuestiones. Esto contribuyó a que se produzcan consecuencias desfavorables en la calidad brindada, las relaciones laborales, y las formas de empleabilidad.

Otras de las consecuencias de lo ocurrido en la década mencionada y que actualmente se puede observar en el empleo público de salud, es que las formas de contratación son también heterogéneas. Así como existen asalariados, también existe personal contratado por locación de servicios y, sobre todo, está presente el pluriempleo, esto es, que los profesionales también prestan servicios ya sea en el ámbito privado o en forma particular, en caso de que se pueda. Esto genera precariedad en las contrataciones, variabilidad en los salarios y flexibilidad laboral que impacta, por ende en las condiciones laborales de los trabajadores quienes tienen jornadas laborales más extensas. (Lanari 2006, en Aspiazu 2010).

La carga horaria de los profesionales de la salud es superior a 48 horas semanales para la cuarta parte del personal del sector, mientras que para los profesionales la cifra asciende a más de 60 horas semanales, esto se debe a que la mayoría de los profesionales combina tareas entre el ámbito público, el privado o el independiente. (Aspiazu, 2010; Acuña & Chudnovsky, 2002).

En cuanto a la representación gremial, las relaciones laborales presentan un escenario complejo en torno a las negociaciones colectivas. Los trabajadores no profesionales tienen similar negociación a la de la Administración Pública Nacional, representados por la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) o la Unión de Personal Civil de la Nación (UPCN) ambas con la personería gremial. Por su parte, los profesionales también cuentan con sus propias asociaciones sindicales representativas, como colegios, uniones, federaciones y asociaciones. De acuerdo a la Ley de Asociaciones Sindicales N°23.551, que regula las negociaciones colectivas, quienes tienen la facultad de participar en la mesa de negociación para establecer acuerdos salariales, celebración de Convenios Colectivos de Trabajo y las condiciones de trabajo y empleo, son aquellas asociaciones que poseen la personería gremial. En el caso de estos profesionales, quien tiene la personería gremial es AMRA (Asociación de Médicos de la República Argentina), mientras tanto FESPROSA (Federación Sindical de los Profesionales de la Salud), tiene la inscripción gremial.

En Buenos Aires, la inscripción gremial la posee la organización de primer grado CICOP (Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires) que, a su vez, está adherida a la federación antes mencionada y a la Central de Trabajadores Argentinos (CTA). CICOP representa a los “profesionales universitarios de la Carrera Profesional Hospitalaria y Residentes del equipo de salud de las tres jurisdicciones (nacionales, provinciales y municipales) de la Provincia de Buenos Aires.”(Aspiazu, Baldi & Lanari, 2011:16).

Además de lo explicado, los profesionales de la salud deben reunir un cierto período de residencia, esto es, especializaciones luego de culminar con la carrera universitaria. Esta residencia está enmarcada por la Ley de Sistema Nacional de Residencias de la Salud N°22.127 a nivel nacional.

En la provincia de Buenos Aires, el sistema de residencias se encuentra bajo el decreto N°2257. En él, se establece que el residente tiene una beca que solventa el período que dure la residencia, cuyo monto se determina en acto público del Ministerio de Salud (art. 62). Esta beca no implica una relación laboral ligada a la Administración Pública de la Provincia de Buenos Aires. (Art. 19)

La duración de las residencias está determinada según la Dirección Provincial de Capacitación para la Salud, aprobados por el Ministerio de Salud y evaluados periódicamente por Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud (art. 11).

En cuanto a la carga horaria, el artículo 21 inciso b establece lo siguiente: la jornada es de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas y los sábado de 8:00 a 12:00 horas. Por otra parte, el

inciso c dispone que las guardias no se excedan de 8 mensuales ni de 3 semanales y con una duración máxima de 24 horas. Quien regula estos conceptos es el Ministerio de Salud de acuerdo al programa que sea implementado.

En CABA, los programas de residencia se rigen por la Ordenanza N° 40.997, que establece que la capacitación comprende un año de formación clínica médica general y tres años en la orientación que se escoja, excepto en la especialidad de neurocirugía donde el período se extiende a cinco años.

En cuanto a las residencias médicas articuladas, según el artículo 4, la formación debe incluir tres años en formación pediátrica y dos años más según la especialidad que se desee seguir, ya sea neonatología o terapia intensiva infantil.

En el caso de la Lic. en Obstetricia y enfermería, las residencias tienen una duración de tres años.

El artículo 2 de la ordenanza establece que estas residencias son remuneradas, programadas, supervisadas e integran el sistema de salud. Esta remuneración es el equivalente a la de un médico asistente de 24 horas semanales. Además, perciben un suplemento extraordinario que se abona en las mismas fechas y formas que el Sueldo Anual Complementario. También gozan de 15 días hábiles de licencia anual

El residente es una persona contratada por el tiempo que dure la residencia, pudiendo rescindir este en caso de la no aprobación de la residencia. El trabajo es por tiempo completo, de nueve horas diarias pudiendo realizar como máximo 28 horas semanales de guardia supervisada con la posibilidad de realizar 24 horas de corrido, en ese caso, contarán luego con 12 horas de descanso post guardia. La totalidad de horas de trabajo y guardias no podrá exceder de 64 horas semanales (art. 26)

Por otro lado, de acuerdo a esta ordenanza, cuentan con una habitación para el residente de guardia, comida diaria según las horas laboradas, equipo de ropa por año y en caso de licencias por maternidad, embarazo de alto riesgo o enfermedad prolongada podrán reincorporarse cuando finalice el período cesante.

Actualmente, según la última escala salarial que figura publicada por el CCT de Sanidad 108/75, el salario mínimo para un trabajador de quinta categoría en la actualidad (noviembre de 2019) es de \$29.204,09. Quienes posean una licenciatura, perciben un ingreso extra del 15% del salario normal y habitual.

El CCT detalla la carga horaria de todo el personal alcanzado por el acuerdo. De acuerdo a la unidad de análisis, se destaca que para el personal de obstétricas, la carga horaria según el artículo 19 inciso 2, establece que la jornada laboral es de 24 horas semanales

distribuidas en forma igual o desigual. Las guardias pueden ser de 12 horas, dos veces por semana y con domingos por medio libres. Las horas extras son abonadas al 100% si superan las 3 horas diarias y al 150% si éstas son nocturnas.

En el CCT se expresan beneficios como guardería para las profesionales que son madres, otorgamiento de ropa de trabajo, refrigerio y comedor para aquellos que trabajen cuatro horas en tareas continuadas.

Por otra parte, se observa que la licencia por fallecimiento de hijo se extiende a 7 días en comparación a los 3 que establece la LCT. No obstante, el Convenio no contempla (aún) la pérdida de embarazo.

La explicación de este escenario, permite conocer el marco regulador del empleo en el sector público de salud. La intención es comprender el ambiente de trabajo en el que deben desempeñarse, debido a que esto configura el modo en que actúan los profesionales de salud cuando se produce una muerte perinatal, lo que impacta en la atención brindada a las gestantes. Por este motivo, el próximo apartado tiene como objeto explorar los protocolos hospitalarios vigentes que determinan el accionar de éstos.

Protocolos ante muerte perinatal en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

En Argentina el título III del Código Civil (Ley 340) que rige a nivel nacional, establece que ante una muerte fetal, se considera al feto como si no hubiera nacido. Por otro lado, si la muerte se produce durante en el parto, se lo inscribe en el Registro Nacional de las Personas de acuerdo a los artículos 1, 10 y 11 de la Ley 24.540, tomando las huellas digitales de la madre o quien lo inscriba. Según el título IV, se considera parto con vida cuando, quienes asisten el parto, observan signos vitales al momento de la separación del seno materno.

En la provincia de Buenos Aires, de acuerdo al art 49 de la ley provincial 14078, cuando se produce una muerte fetal temprana (feto de menos de 20 semanas o menos de 500 gramos), la inscripción de defunción fetal será voluntaria. Cuando hay una muerte fetal sea intermedia (de 20 a 28 semanas) y tardía (feto más de 28 semanas y superior a 500 gramos), se procede a labrar el acta de defunción fetal registrándolo como N, y con apellido de ambos ascendientes si hubiera matrimonio y solo el de la madre si no hubiere contrato nupcial.

Por su parte, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existe un procedimiento protocolar de cómo actuar ante una muerte gestacional debidamente detallado. El protocolo de

CABA establece que según el Código Civil, el nacido muerto es considerado como si no hubiera existido, pues se considera muerte neonatal cuando la persona ha sobrevivido mínimamente unos instantes después del parto. Ante una muerte gestacional avanzada, no se lo identifica pero sí se lo individualiza por medio de un Formulario Único de Seguimiento del Cuerpo y el Certificado Médico de Defunción Fetal. El protocolo establece que ante segmentos o partes anatómicas, se los individualiza con su identificación o como N, según corresponda, asegurándose que el recipiente donde son depositados los segmentos o partes anatómicas y las etiquetas de identificación, coincidan correctamente. (Protocolo para el tratamiento de cadáveres, nacidos muertos, segmentos y partes anatómicas en hospitales del GCBA, 2014; Felitti & Irrazábal, 2018).

Se observa así, que los protocolos que implementan las unidades sanitarias dependen de una regulación a nivel nacional en temas de registración y tratamiento de cadáveres. Sin embargo, el protocolo a seguir en cuanto al contacto de la parturienta con el feto sin vida y cómo se procede con ella una vez finalizada la intervención, como por ejemplo, en términos de la asignación de una cama en sala de maternidad o en sala común, no está contemplado, quedando librado al accionar institucional.

Como las partes anatómicas van depositadas con su correspondiente kit de conservación, los testimonios dan cuenta de que no es bien recibido por las mujeres que atravesaron esta situación, pues los recipientes son bolsas o cajas de cartón (Felitti, Irrazábal, 2018).

Actualmente, en CABA el hospital materno-infantil Ramón Sardá tiene un comité de investigación especializado en duelo perinatal con varias recomendaciones en el presente tema de investigación y siguen sus propios protocolos que plantean institucionalmente. (González, M., & Larguía, M., & Lomuto, C., 2007).

Tener en cuenta que existen protocolos que se deben seguir en el área sanitaria y lo que sucede a nivel normativo cuando se produce una muerte perinatal, permite abrir el panorama para asociar estos protocolos con las competencias de los profesionales de la salud en términos conocer el modo en que los ejecutan.

Hasta aquí, se ha hecho un recorrido histórico interdisciplinario del tratamiento de la muerte perinatal y de las competencias laborales. La intención ha sido presentar el escenario complejo del sistema de salud tratando de contextualizar el universo que engloba a los profesionales, de manera que permita comprender que existen varios factores que determinan sus comportamientos a la hora de brindar la atención ante una muerte perinatal.

De esta manera, se observa que no solamente la atención está configurada por los conocimientos que se adquieren en la formación profesional, sino también que existe un sistema estructural que configura el accionar del sistema sanitario y, por ende, el de los profesionales de la salud. Éstos, tienen varios procedimientos a seguir a la hora de atender una muerte perinatal y existen varios factores que influyen a la hora de desempeñarse en sus tareas, como las condiciones de trabajo y empleo y las subjetividades de cada paciente, por ejemplo.

A continuación, en la segunda parte de este trabajo se analizan las competencias de los profesionales de la salud de un hospital materno infantil de la provincia de Buenos Aires, quienes fueron los participantes de la presente investigación.

Segunda Parte

Capítulo 6.- Atender la muerte. Las competencias del personal de salud y las que están presentes ante una muerte perinatal

6.1. - Análisis de los planes de estudios.

El presente capítulo está orientado a conocer las competencias que posee el personal de salud de un hospital materno infantil del Gran Buenos Aires. Dado que esta población es la unidad de análisis del presente trabajo, se comenzará por describir la metodología de la aproximación de la detección de estas competencias. Como se ha explicado, se ha utilizado como instrumento de encuesta, un cuestionario estructurado autoadministrado que, en un primer momento se otorgó en un documento en papel a los profesionales para que lo completen, aplicando el consentimiento informado. Luego, fue enviado al departamento de docencia e investigación para ampliar su divulgación con el fin de ser completado on line para obtener una mayor participación. (Ver apartado de metodología de análisis de datos primarios).

La muestra fue intencional y la participación fue de 38 respuestas, registrándose una mayor voluntad de contestar en la divulgación en papel que en forma virtual. Cabe mencionar que no todas las preguntas del cuestionario fueron contestadas, esto presenta una limitación a la hora de conocer la totalidad de las respuestas. Por este motivo, fueron contabilizadas como “no contesta”.

Por otro lado, para conocer la formación que se brinda a los profesionales y las competencias que se trabajan en el plano académico, se han consultado los planes de estudio de las principales carreras de salud (medicina, licenciatura en enfermería y licenciatura en obstetricia) de la población en cuestión. (Ver Planes de estudio- Anexo II).

La intención de revisar los planes de estudio, es conocer la manera en que están capacitados los profesionales en su formación académica y descubrir la visión y el perfil con los que son formados por las instituciones.

En los planes consultados de cuatro universidades públicas diferentes, pertenecientes a la misma región sanitaria del hospital en cuestión, no se ha encontrado que exista una materia específica denominada duelo gestacional o perinatal. Sin embargo, sí se han detectado materias alusivas a la psicología o al cuidado perinatal. Asimismo, también se han encontrado que las competencias que se proponen inculcar las instituciones, están detalladas en algunos planes de estudios. Estas son:

Currículas alusivas al duelo perinatal en Universidades de la región sanitaria 4.

CARRERA	UBA	UNAJ	UNDAV	UNLP
Lic. en Enfermería	Salud materno-infantil, enfermería en salud mental y enfermería obstétrica. Basado en el cuidado bio-psico-social.	Psicología. Comunicación en salud. Cuidados integrales de la salud materno infantil. Enfermería en salud mental y psiquiatría. Enfermería neonatal. Responsabilidad integridad,	Enfermería materno-infantil I y II. Enfermería en salud mental. Capacidad de expresión oral, comunicación y diálogo entendiendo las subjetividades de las personas. Capacidad de trabajo interdisciplinario. Respeto por las subjetividades y pluralidades. Responsabilidad. Compromiso social con cada caso. Capacidad de confeccionar protocolos de atención.	Atención de enfermería en salud materno-infantil I y II. Enfermería en salud mental.
Lic. en Obstetricia	Tener un enfoque bio-psico-social. Salud mental. Obstetricia patológica y quirúrgica. Psicología general	No posee	No posee	Obstetricia normal Obstetricia patológica La salud materno infantil Clínica

				obstétrica normal y patológica Neonatología normal y patológica
Medicina	Respeto, que inspire confianza y sensibilidad. Trabajo en equipo/interdisciplinario. Obstetricia. Salud mental. Salud mental.	Formación bioética. Respeto. Trabajo en equipo/interdisciplinario. Toma de decisiones bajo presión	No posee	Psicología médica Obstetricia

Cuadro 1. Fuente: Planes de estudio (UBA, UNAJ, UNDAV, UNLP). Elaboración propia.

Con estos datos, es posible predecir que se inculcan los conocimientos técnicos propios de las carreras, relacionadas con las nociones de psicología y comportamiento humano y competencias como respeto, empatía y trabajo en equipo.

De acuerdo a las currículas mencionadas, se presume que en alguna unidad de estas materias, se ha tratado el duelo desde el enfoque biológico y psicológico, puesto que 16 de 38 respuestas acerca de la formación en duelo perinatal durante la formación académica, fueron afirmativas (Ver Tabla 12).

Sin embargo, a pesar de ese dato, 32 de 38, manifestaron sentir que estos conocimientos no son suficientes a la hora de acompañar a una paciente que atraviesa una muerte perinatal. (Ver Tabla 9).

La participación en la encuesta fue la siguiente:

Tabla 2. Preguntas de clasificación/ Participación.

Preguntas de Clasificación	Datos Absolutos
Sexo	
Mujer	27
Varón	2
Otro	0

No responde	9
Total	38
Edad	
Menos de 30	5
Entre 30 y 40	12
Entre 41 y 50	4
Entre 51 y 60	1
Más de 60	1
No responde	12
Total	38
Profesión	
Médicos/as	10
Lic. en Obstetricia	9
Médicos/as Neonatólogos/as	12
Enfermeros/as	2
Estudiantes	2
Otra especialidad	2
No responde	1
Total	38

Tabla 3. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019.
Elaboración propia

Como se observa, la mayoría de las respuestas corresponden a mujeres, esto coincide con la feminización del trabajo de cuidado que explica Aspiazu (2017) acerca del mayor porcentaje de mujeres en la actividad por sobre la presencia de varones. (Ver Tabla 4).

Por otro lado, las competencias evaluadas en este estudio con sus respectivos significados para este trabajo fueron las que figuran en el capítulo 2. (Ver Tabla 1).

A raíz de la consulta de los planes de estudios, se pudo detectar que las competencias que los profesionales adquieren durante la carrera, son las capacidades de:

- Trabajo en equipo: entendido como la colaboración con otras especialidades de manera interdisciplinar.
- Nociones de psicología y conocimientos del comportamiento humano.
- Respeto: considerando al otro independientemente de su situación.
- Empatía: Entendida como la capacidad de situarse en el otro.

Esta afirmación permite indicar que, si bien, tienen la preparación teórica para poder afrontar este tipo de situaciones la experiencia de asistir una muerte perinatal requiere capacitaciones más específicas para poder enfrentar este tipo de situación, de manera que puedan percibir la sensación de brindar una atención acorde a las recomendaciones tanto de padres que han atravesado una muerte perinatal como la de los estudios sociales recientes.

Para conocer en mayor detalle las competencias detectadas en el personal de salud del hospital en cuestión, se ha confeccionado una encuesta cuyos resultados se encuentran en el siguiente capítulo.

6.2.- Competencias detectadas en el cuestionario.

Tal como se aclaró en el capítulo anterior, se ha confeccionado un cuestionario autoadministrado con el fin de detectar las competencias que posee el personal de salud del hospital en cuestión y de conocer aquellas que aún necesitan trabajar. El cuestionario fue dividido en cinco secciones. Cada una corresponde a una dimensión en particular y las competencias que se analizaron en cada una, figuran en la siguiente tabla:

Competencias analizadas por sección.

SECCIÓN	DIMENSIÓN	ASPECTOS ANALIZADOS
Protocolos de Comunicación	Conocimiento de protocolos de duelo perinatal.	La intención fue conocer si utilizan un protocolo estándar adecuándolo a cada situación en particular. Otro punto fue analizar si han tomado o no cursos de formación en duelo o comunicación ya sea a nivel institucional o en forma particular.
	Formación/Capacitación en duelo.	Si tuvieron formación académica en el asunto o si basan su conocimiento en la experiencia. Si además de la experiencia buscan nutrirse de nuevas formas de abordar el tema. Demostración de interés e iniciativa
	Comunicación de la muerte.	Utilizar palabras que no impacten en forma directa a las personas gestantes a la hora de informar la falta de signos vitales del feto o neonato. Sensibilidad en la

		comunicación teniendo en cuenta las subjetividades.
	Respeto a la diversidad cultural	Si indagan sobre las particularidades culturales y religiosas de los gestantes
	Decir frases oportunas-inoportunas.	La utilización de frases recomendadas por las asociaciones de apoyo a padres que atravesaron una pérdida.
Atención a la Muerte Perinatal	Autoconocimiento.	Auto percepción de la atención al duelo, de qué manera consideran que brindan la atención. Seguridad o sensación de necesitar capacitación
	Tener en cuenta la decisión de la paciente a la hora del parto. Brindar la conservación de recuerdos del feto o neonato.	Si tienen en cuenta la opinión de la paciente y su familia con respecto a la elección del parto (siempre que sea posible) y conservación de recuerdos.
	Manejo de las exigencias emocionales.	La intención es saber si pueden manejar la carga emocional que implica atender casos de muerte. Indagar sobre los mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento.
	Contención entre colegas.	Si hay apoyo emocional entre pares. Si se visibiliza o no el duelo luego de la muerte.
Infraestructura	Importancia que le brinda la Institución al duelo perinatal.	Si hay interés institucional y empatía a la hora de pensar estratégicamente los procedimientos a seguir luego de la muerte perinatal.
Apoyo ante el	Forma de entregar el cuerpo.	Empatía con las sensibilidades de

Duelo		los pacientes
	Oportunidad de realizar ritos funerarios. Identidad del feto.	Respeto por las decisiones de los pacientes en relación al cuerpo del fallecido.
	Brindar acompañamiento psicológico y acerca de los cuidados de la salud post egreso de la institución.	Seguimiento y compromiso con los casos clínicos y las pacientes que manifiesten signos de necesitar acompañamiento.
Preguntas de Clasificación	Análisis demográfico del personal participante	Voluntad de participación, detectar necesidades de acuerdo a la experiencia, área de desempeño y género.

Cuadro 2. Fuente: López Sofía, Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal. Elaboración propia.

A continuación se presenta la primera competencia que fue analizada en este cuestionario, que corresponde a las habilidades comunicacionales.

➤ **Competencia: Habilidades comunicacionales.**

Para conocer las estrategias comunicativas que utilizan los profesionales se les ha preguntado: “¿Utiliza Ud. alguna forma de comunicación que desee comentar? ¿Cuáles?”

Algunos respondieron que optan por “*hablar desde la empatía. Buscar formas de decir las cosas de manera suave*” de modo que “*no genere disgusto en quien lo escucha*”, otros implementan “*estrategias corporales. Vinculan la comunicación clara*”. Otro profesional manifiesta “*llamo al recién nacido por el nombre. Hago pausas para que los padres asimilen la información*”

Por otro lado, también indican que intentan “*mantener el diálogo continuo según el estado de gravedad del paciente hasta el momento del óbito si así lo desea*”.

Esto indica que, en cuanto a las habilidades comunicacionales, los profesionales de esta institución, presentan empatía y sensibilidad a la hora de dar la noticia del fallecimiento del feto o recién nacido, tratan de adecuarse a los pacientes y de contestar inquietudes con respecto a la mayoría de los casos. También tienen la impresión de que sus pares poseen la

misma sensibilidad y empatía. (Ver Tabla 16). Es posible aproximar que, de acuerdo a las respuestas, la mayoría presenta calidez en la comunicación utilizando lenguaje claro y preciso. Asimismo, la mayoría declara prefiere no acompañar en silencio mientras está con la paciente, sino que se dispone a contestar preguntas y a acudir a algún familiar que la acompañe. (Ver Tabla 16). Lo dicho anteriormente, se contrapone con los testimonios de pacientes relevados (Cassidy, et al., 2018; Pastor Montero, 2017; Santos Redondo et al., 2015) y con lo que relató una entrevistada al momento de consultarle por la atención recibida en una institución privada. Esto puede dejar entrever la idoneidad de los profesionales de esta institución en particular en cuestiones comunicacionales, a diferencia de testimonios de mujeres asistidas en otras entidades, cuyas experiencias no fueron las que esperaban según sus relatos.

Se les ha consultado también acerca de su iniciativa en la realización de cursos o capacitaciones vinculadas a la comunicación. De 38, solo 6 indicaron que han tomado algún curso dentro de los últimos cinco años. Éstas corresponden a comunicación y liderazgo y a comunicación de la muerte en pediatría, además de las capacitaciones en modelo situacional. Es para resaltar que solo 2 de 38 casos mencionaron tales talleres (Ver Tabla 11). De los consultados, 3 dijeron que las capacitaciones las brindó la institución mientras que 4 indicaron haberlas tomado por iniciativa propia, 31 personas prefirieron no responder. En tanto, 17 de 38 han indicado que han comunicado una muerte perinatal (Ver Tabla 14). Esto puede dar indicios de que es posible que, llegado el caso, lo hayan informado sin dificultades. No obstante, con la capacitación correspondiente mejorarían su desempeño y, con un monitoreo apropiado, la adaptarían a sus casos cotidianos tal como indica Blake (1997) acerca de la capacitación.

Se ha consultado acerca de las herramientas comunicacionales a las que acuden cuando tienen que informar una muerte perinatal. Las respuestas más seleccionadas en orden fueron:

- Utilizar lenguaje claro y preciso
- Calidez en la comunicación.
- Ofrecer llamar a algún familiar.
- Mirar a los ojos con expresión facial relajada.
- Se pone a disposición para contestar preguntas.
- Proximidad física permitida, apretón de manos.
- Control de la comunicación no verbal.
- Deriva a un especialista en el tema.

-Utiliza silencios o frases que le permitan evitar comunicarse (Ver Tabla 16). Estos puntos coinciden con las recomendaciones que brindan tanto las asociaciones de padres que ya se han mencionado a lo largo de este trabajo como las de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia desde el Área de Neonatología (2014).

De todas maneras, con el fin de indagar sobre los procedimientos que realizan cuando tienen que atender una muerte perinatal, se les preguntó: “¿Cuál es el procedimiento habitual de atención ante un caso de muerte perinatal?” solicitando que detallen todo lo que deseen. Las respuestas más completas fueron las siguientes:

“Ante la muerte perinatal: Dar a conocer la noticia en un lugar privado, en tono suave, brindando apoyo emocional desde el primer momento. Se busca un espacio de privacidad para llevar adelante el proceso siguiente. Se habla de la finalización o pérdida del embarazo, sea parto o cesárea. Se respeta la decisión que tome la mamá frente a esa situación. Una vez nacido el feto muerto, se le da la oportunidad de vestirlo, tenerlo a upa, estar un tiempo con él en privado. Se le busca una habitación lejos de otros bebés. Se deriva a psicología para que se continúe el acompañamiento al duelo perinatal”

“Se le explica a la paciente, se le invita a ver el feto. Se explica por qué sucedió (si es que existen causas). Se intenta que la paciente quede internada en una sala sola dentro de lo posible”

“En algunas guardias, se realiza el parto ó la cesárea con la presencia del familiar que la mujer quiera, se le muestra el bebé a la mamá y al familiar que se encuentre, se le pide la ropa del bebé, se viste, se sugiere que le saquen una foto, para que tengan una imagen de ése bebé, se le realiza la huella del pie.”

“Se le comunica a los padres, se le da tiempo para que procesen el momento, se les ofrece un lugar privado, permitiendo cualquier emoción que quiera fluir y no se sientan observados, se les permite despedirse de su hijo, que lo abracen, mimen, tomen en brazo, lo cambien , le saquen fotos! Se le permite el ingreso a otros familiares así no se sienten solos”.

La informante clave relataba al contestar que lo que procuran es *“Tratar de no molestarla. El parto es vaginal. Aislada. Hay medicación para expulsar. Respetar el momento. Avisar a los alumnos, fundaciones, diócesis y voluntarios para que no ingresen a la*

habitación donde se encuentra la paciente. Enfermería está atenta a la habitación para que no sea invadida.”

Dentro de estas respuestas se puede observar que la consulta acerca de los procedimientos con el cuerpo del feto o recién nacido, la asignación de una sala especial para dar la noticia o la ubicación en una habitación fuera de la maternidad, también da cuenta de las competencias como empatía, respeto y la habilidad de escucha que posee el personal y la institución para con los padres, es decir, que estas competencias se comparten tanto a nivel genérico como específico.

➤ **Competencia: Respeto**

Se ha indagado también acerca del respeto que se le da a cada caso de este estilo, teniendo en cuenta las competencias generales (a nivel institución) y las específicas (a nivel individual). Esta dimensión tiene que ver con el respeto a la diversidad cultural en tanto orígenes, religión, tipo de parto, nivel socioeconómico, etc.

Para conocer este aspecto se ha consultado:

En su institución, ¿Cuál es el procedimiento habitual de atención ante un caso de muerte perinatal? Por favor, redacte todo lo que considere necesario.

La mayoría de las respuestas giran en torno al *“respeto hacia los pacientes y al momento”, a “brindar una comunicación clara con lenguaje sencillo, la opción de hacer sentir acompañada a la paciente por su entorno familiar e incluso religiosa, respetando las costumbres y algún rito que se solicite realizar”, como por ejemplo, “vestir al recién nacido o llamarlo por el nombre”.*

Estas respuestas dan indicios que tanto la institución como los profesionales poseen el respeto necesario para este tipo de situaciones tal como lo indican las asociaciones de padres que se han consultado.

Recapitulando, además de lo que se ha detectado en los planes de estudio y de acuerdo al cuestionario implementado, los profesionales de la salud del hospital en cuestión, han demostrado tener respeto con cada caso que se les presente atender y poseen las habilidades comunicacionales que requiere una situación de muerte perinatal, en línea con lo que se ha relevado en esta investigación.

En el siguiente apartado se analizan las competencias que los profesionales poseen pero deberían desarrollar y trabajar en ellas.

Capítulo 7.- Competencias a desarrollar. Los profesionales de salud ¿necesitan adquirir nuevos conocimientos? Resultados del cuestionario aplicado.

*“He presenciado: llanto desgarradores;
abrazos entre parejas, familiares;
incredulidad; shock (...)”*

Como se ha expresado al inicio de esta investigación, uno de los objetivos es detectar aquellas competencias que los profesionales de la institución que se ha encuestado, necesitan desarrollar. El cuestionario implementado ha incluido preguntas tanto cerradas como abiertas al desarrollo, con el fin de conocer procedimientos, necesidades, sentimientos y posibilidades de llevar a cabo modificaciones institucionales que contribuyan a otorgarle identidad a este duelo en particular.

A continuación se detalla el análisis de cada competencia observada.

➤ **Competencia: Comunicación de la muerte**

Ha surgido el interés en saber cómo son las estrategias comunicativas que utilizan los profesionales a la hora de asistir y comunicar una muerte perinatal, con el objetivo de analizar las habilidades comunicativas que poseen. Para ello se les ha dado una serie de opciones acerca del modo que tienen de comunicarse con las pacientes, las más escogidas fueron las siguientes:

- Díganle cuánto lo quieren
- Es un momento muy duro para ustedes
- Llamar al bebé por el nombre
- ¿Necesitas que hagamos algo en particular para ayudarte?

Teniendo en cuenta esto es posible decir que las habilidades comunicativas que poseen les permiten transmitir mensajes de manera cordial y generando empatía. Las frases mencionadas coinciden con las recomendaciones que brindan las asociaciones de padres que han sufrido pérdidas perinatales (Cassidy et al, 2018; Santos Redondo, et al, 2015;

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2014). Sin embargo, algunos profesionales consideran poco adecuadas las siguientes frases:

- Debes ser fuerte por tus otros hijos.
- Es mejor así, (si tenía una malformación) ya no va a sufrir.
- Ahora ya está en el cielo, es un ángel.
- Sos muy joven, posiblemente tendrás otros hijos.
- Dios así lo quiso, todo pasa por algo.
- El tiempo lo cura todo.

El hecho de que consideren “poco adecuado” decir estas frases, indica que es probable que existan profesionales que las utilicen en algunos de los casos que atienden. Sin embargo, son poco recomendadas. (Ver Tabla 19). Estos resultados posiblemente den indicios de que necesiten capacitaciones para saber qué decir y cómo comunicarse cuando se les presente una situación de esta índole, de modo que sientan que no están incomodando con sus palabras o actitudes y que puedan asumir la seguridad de estar ejerciendo una buena comunicación. Además, para que tomen conocimiento de las recomendaciones que los padres y madres indican a la hora de abordar ese momento.

La siguiente dimensión corresponde a la atención a la muerte perinatal. Dentro de ella, se analizaron las siguientes competencias: Conocimiento sobre duelo perinatal, autoconocimiento/autoconfianza, habilidad de escucha.

➤ **Competencia: Conocimiento protocolos duelo perinatal**

Para conocer la preparación que la población de estudio tiene acerca del duelo perinatal se realizó la pregunta: “¿Conoce algún protocolo/guía o similar sobre cuidados en el duelo perinatal? ¿Ha realizado algún curso o taller acerca de ello?” En este caso, 32 de 38 manifestaron no conocer ni utilizar ninguna guía (Ver Tabla 6). Esto puede indicar que la institución aún no posee un protocolo ante estas situaciones. De ellos, solo 6 de 38 han tomado cursos sobre acompañamiento al duelo en los últimos 5 años (Ver Tabla 10). Los cursos mencionados son: actualizaciones obstétricas y médicas. Sin embargo, a través de las entrevistas realizadas, se observa que los informantes claves sí han tomado cursos de manera autoconvocada y en torno al modelo bio-psico-social y situacional que es “*donde se involucran y tratan todas las emociones*” (Entrevistada 1) y se estudian también “*la preparación del parto vivencial y el puerperio*”. Esto permite observar que el personal

jerárquico demuestra interés en capacitarse, lo que puede interpretarse como iniciativa en el aprendizaje por parte de estos, lo que indica que es posible que utilicen lo aprendido como herramientas para la transmisión de conocimientos al resto del staff.

A su vez, para abordar la competencia de conocimientos sobre el duelo perinatal se ha indagado acerca de los modos de apoyo ante el duelo a nivel de atención institucional y protocolar, en este caso. Para conocer el panorama, se preguntó acerca de los protocolos hospitalarios que siguen con respecto a los cuerpos en caso de mortinato.

Como se detalló en el capítulo 5, existen protocolos de tratamiento de cadáveres que están establecidos por procedimientos que detallan las acciones a realizar cuando se produce una muerte, entre ellos, una muerte fetal (CABA, 2014). Este protocolo indica que los cuerpos de fetos muertos o partes anatómicas son colocados en bolsas especiales con sus respectivos colores de etiquetas. Sabiendo esto, cuando se les preguntó acerca de este protocolo, las respuestas indicaron que 19 no saben cómo es el procedimiento de entrega, otros 11 prefirieron no responder. Solo 6 manifestaron saber que los cuerpos se entregan en una caja de cartón. (Ver Tabla 34).

Luego, se les preguntó si permiten a las madres llevar a cremación los cuerpos, 18 de 38 prefirieron no responder y sólo 14 dijeron que sí se permite (Ver Tabla 33). Respecto al traslado de los cuerpos, 18 de 38 no saben cómo se realiza y 12 no respondieron (Ver Tabla 35), 15 no saben acerca de realizaciones de ritos funerarios en el lugar, 12 no respondieron (Ver Tabla 36). En tanto, ocurre algo similar cuando se les pregunta si a los fallecidos intraútero se los anota con un nombre elegido por los padres, 13 prefirieron no responder mientras que 9 dijeron que sí y 9 que no se los inscribe cuando la muerte es fetal (Ver Tabla 37). Esto último, obedece a lo que indica el Código Civil en cuanto a la registración de muerte fetal.

Las heterogeneidades en estas respuestas dan cuenta del poco conocimiento acerca del duelo perinatal propiamente dicho, por fuera de los cuidados físicos y de las destrezas profesionales que el proceso requiere. De esta manera, es posible visualizar una necesidad de capacitación en los conocimientos acerca de duelo perinatal. De acuerdo a lo establecido por Blake (1997), esto permitiría que los profesionales adquieran conocimientos para que desarrollen nuevas competencias que les permitan ejercer sus tareas a lo largo del tiempo.

➤ **Competencia: Autoconfianza/ Autoconocimiento**

La competencia de la autoconfianza y el autoconocimiento refiere a la autopercepción que tienen los profesionales en torno a la seguridad con la que ejercen sus tareas. Estas tareas

engloban las destrezas, los conocimientos y las competencias de gestión. Como explican Spencer & Spencer (1993), estos últimos conceptos se encuentran dentro de lo más observable, mientras que el autoconocimiento dentro de lo más intrínseco (en Alles, 2005). Para ello, se han realizado una serie de preguntas que permitieran conocer acerca de las vivencias que los profesionales atraviesan durante la atención de una muerte perinatal, el modo en que las enfrentan y qué es lo que sienten ellos mismos a nivel personal con el fin de analizar las exigencias emocionales a las que se enfrentan.

La sección en donde se abordó estas dimensiones fue llamada: Atención a la muerte perinatal y anterior a eso, se consultó acerca del recibimiento de la noticia de la muerte por parte de los padres, algunas respuestas fueron:

“Ante una muerte fetal/perinatal, el shock es grande, y más si el feto intraútero era de término. Ni hablar de recién nacidos fallecidos después del parto/cesáreas.”

“He presenciado: llanto desgarradores; abrazos entre parejas, familiares; incredulidad; shock (no entienden la situación); madres que no desean ver al bebé después del evento; tristeza/desolación.”

Las respuestas que más se repitieron fueron: angustia, llanto, dolor y enojo (algunas veces con el personal de salud).

Como sostienen Spencer & Spencer (1993) en su modelo del *iceberg* (en Alles, 2005), indagar sobre el autoconocimiento y el concepto sobre Sí mismo, requiere realizar preguntas en profundidad. Por ello, para indagar la autopercepción, se les preguntó si se sienten capacitados para asistir emocionalmente a una mujer que atraviesa una muerte perinatal, las respuestas del cuestionario arrojaron que 12 de los 38 encuestados sienten que no están capacitados para saber cómo asistir emocionalmente a una mujer en situación de muerte fetal o neonatal. Mientras que 14 expresaron que sí saben. Por otro lado, 8 manifestaron no saber y 3 optaron por la opción “prefiero no responder” (Ver Tabla 20). Esto da indicios de que la autopercepción no es homogénea en todos los casos, pues los que prefirieron no responder posiblemente hayan decidido no hacerlo debido a razones de inseguridad en relación a la autoconfianza o autopercepción sobre su desempeño.

La siguiente pregunta fue: ¿Encuentra difícil acompañar a sus pacientes en el duelo de su pérdida perinatal? 18 de 38 encuentran difícil acompañar a sus pacientes en duelo (Ver Tabla 21).

Frente a esto, se les preguntó ¿Cuáles dificultades encuentran? Las respuestas que más se repitieron fueron las siguientes:

“No encontrar las palabras adecuadas en ese momento. No poder responder interrogantes de la familia.”

“Es difícil saber qué decir”

“No poder expresar en forma clara y con contención.”

“No saber qué decir, qué hacer, cómo solucionar algo que escapa de mis manos.”

“No saber qué decir frente a la muerte del neonato.”

“La manera de comunicarlo, no siempre pasa, se intenta evitar, pero cuando pasa ¡No se sabe cómo actuar! ¡Uno queda paralizado!”

No obstante, 20 de 38 reconocen que saber acompañar durante el duelo incide de manera positiva en la recuperación de lo sucedido (Ver Tabla 26). En este caso, el desafío se plantea en que ellos son conscientes de que si su atención y contención a las personas en duelo es empática, entonces deben adquirir conocimientos que les permitan poder actuar de esa forma.

Sin embargo, cuando se les solicitó que puntúan la atención autopercebida que brindan ante la muerte perinatal. El promedio de puntuación fue de 6.6. (Ver Gráfico 14). Esta puntuación puede ser interpretada como una combinación de sus competencias de conocimiento (idoneidad) y sus competencias de gestión (actitudinales), esto puede traducirse como seguridad de sus conocimientos, destrezas y habilidades clínicas pero no en sus conocimientos y capacidades en torno a la contención y conocimientos de duelo. Y, si bien poseen la empatía requerida para enfrentar estos episodios, no tienen las herramientas para utilizar las habilidades que ya poseen y que intentan implementar.

La autopercepción, entonces, posiblemente deje entre ver que no se sienten completamente seguros y con autoconfianza a la hora de asistir a padres en duelo perinatal. Esta falta de autoconfianza da indicios de una necesidad de capacitación en esta temática para dotarlos de herramientas que les sirvan de utilidad para abordar las exigencias emocionales a las que se exponen, que, en este caso, son propios de la naturaleza de la tarea en cuestión. Esto ayudaría, a que este riesgo, como indica Neffa (2015), no se transforme en un riesgo psicosocial perjudicial que afecte la psiquis de los trabajadores de la salud, en este caso.

➤ **Competencia: Manejo de Exigencias Emocionales**

Para abordar este concepto que compone uno de los ejes de los riesgos psicosociales que pueden estar presentes en la carga global del trabajo, se realizaron una serie de preguntas

abiertas donde se buscó que los profesionales se explayen en indicar aquellos sentimientos que experimentan ellos mismos cuando atienden una muerte perinatal.

Como se explicó en el apartado anterior, las reacciones que mayormente tienen que presenciar los profesionales cuando atienden una muerte perinatal son: angustia, llanto y dolor por parte de las personas gestantes, luego sigue en la tristeza, la ira y la rabia, seguido de búsqueda de culpables. Muchas veces esto se desencadena en descargo hacia los profesionales. Frente a esto, se les preguntó si ellos sienten que pueden manejar tales situaciones, 8 respondieron que generalmente pueden manejar los sentimientos de rabia o agresividad que pueden presentar los pacientes en algunas ocasiones. Otros 14 respondieron que las diferentes situaciones determinan si pueden o no manejarlas, mientras que 5 manifestaron sentir que no pueden maniobrar la situación, los otros 8 prefirieron no responder (Ver Tabla 17).

Luego, se les consultó: ¿Cómo actúa en general en estas situaciones? Por favor comente todo lo que desee. Algunas de las respuestas fueron las siguientes:

“Tranquilizar y ponerse a su disposición”.

“Solo tuve que acompañar a la persona que comunicó la muerte perinatal, me sentí mal, sin saber cómo actuar, inexperta de la situación” A lo largo de mi formación he tenido pequeños cursos donde se habló de estos temas pero no es lo mismo que vivas una capacitación, pura y exclusiva de muerte perinatal”

“Al principio, me costaba poder comunicar la situación, siempre acompañé al médico interno para dar la noticia. Me apoyo en los demás expertos para dar el diagnóstico certero del feto muerto. Jamás me sentí sola frente a esas situaciones.”

“Siento malestar, necesito alejarme un poco de la situación para poder a posteriori acompañar a esa mujer y la familia.”

“Me pongo a disposición para responder preguntas, acompañando.”

“Sólo comunico la situación. Espero reacción. Me retiro.”

“Trato de yo mismo ponerme en la situación del otro (empatizar) con la situación para poder manejar la situación.”

“Trato de mantener la calma y si hay violencia retomar la comunicación en otro momento.”

“No sé cómo comunicar malas noticias.”

“La mayoría de las veces es angustia y tristeza.”

Seguidamente se les consulto acerca de las dificultades que encuentran a la hora de acompañar a los pacientes en duelo. Las respuestas que más se reiteraron fueron las siguientes:

“Me afecta mucho.”

“No saber qué decir, qué hacer, cómo solucionar algo que escapa de mis manos.”

“Es difícil saber qué decir”

“Conexión emocional. Escucha. Buena predisposición a comprender el dolor de otro. Manejar primero mi emoción frente al hecho.”

“No es un momento fácil, nunca se sabe qué reacción puede tener.”

“No encontrar las palabras adecuadas en ese momento. No poder responder interrogantes de la familia.”

“No poder expresar en forma clara y con contención.”

“La incomodidad por ser hombre, es decir, la incomodidad para ella con mi presencia.”

“No saber qué decir frente a la muerte del neonato.”

“Es muy difícil no angustiarme, y pensar que podría ser yo misma la que esté pasando por esa situación”

La siguiente pregunta fue

¿Cuáles son las principales emociones que siente Ud. cuando debe acompañar a una mujer que ha atravesado esta pérdida? ¿Cómo las maneja? Por favor, comente todo lo que desee. La mayoría de las respuestas fueron la siguientes:

“Tristeza”

“Tristeza. Enojo. Siento que mi ayuda tal vez no es la correcta, a veces. Impotencia. Las manejo alejándome un poco para poder centrar la atención en la paciente y familia. Busco un tiempo de recuperación, de respiro para entrar en escena de la mejor manera posible.”

“Angustia, dolor. Trato de salir de mi trabajo y hacer ejercicio físico.”

“Me cuesta no ponerme mal delante de la paciente.”

“Angustia. Trato de no emocionarme lo suficiente para poder contener.”

“Pena. Incomodidad.”

“Mucho dolor y angustia. Llego a casa y abrazo fuerte a los míos”.

“Mucha angustia, que trato de contener frente a la familia, pero es un tema que uno se lleva incluso a su hogar, porque son situaciones de las que necesita hablar en su casa.”

Estos testimonios dan cuenta de que es alta la exigencia emocional a la que están expuestos, pues muchas veces deben esconder los sentimientos que experimentan para poder contener a las pacientes y, no siempre están seguros de que lo estén haciendo bien, lo que aumenta la exigencia emocional y la carga del trabajo.

De 38, solo 15 comentan con sus compañeros lo sucedido o intentan hablar del tema para desahogarse, el resto prefirió no responder (Ver Tabla 27). Esto da indicios de que no es fácil hablar de este tema para ellos, y la negación es un mecanismo de defensa ante lo sucedido. La negación y el desinterés en la personalización de los pacientes focalizando solamente en cuidados médicos, es una clara forma de mecanismo de defensa tal como explican Dejourns & Gernet (2014) y un claro testimonio de ello es *“Siento malestar, necesito alejarme un poco de la situación para poder a posteriori acompañar a esa mujer y la familia”, “Sólo comunico la situación. Espero reacción. Me retiro.”*. Estos testimonios podrían interpretarse como desinterés por parte del profesional, pero como explican los autores mencionados, son mecanismos de defensa para preservar al Yo de la angustia.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento se manifiestan cuando responden con relatos como los siguientes: *“Llego a casa y abrazo fuerte a los míos”, “es un tema que uno se lleva incluso a su hogar, porque son situaciones de las que necesita hablar en su casa”, “Trato de salir de mi trabajo y hacer ejercicio físico.”*. Esto da cuenta de que actitudes como estas, son las que ayudan a sobrellevar la carga emocional que implica la naturaleza de la tarea.

Como ya se explicó, las exigencias emocionales son unos de los ejes que componen los riesgos psicosociales que pueden estar presentes en un trabajo.

Adicionalmente a este tipo de exigencias, pueden añadirse las extensas jornadas de trabajo ya sea por guardias o debido al pluriempleo que caracteriza al personal de salud (Acuña & Chudnovsky, 2002; Aspiazú, 2017) y a varios procedimientos a seguir en cuanto a los protocolos establecidos, lo que implica una doble atención en la ejecución de las tareas. Estos factores contribuyen al aumento de las exigencias emocionales a las que se enfrentan los profesionales, pudiendo ocasionar un aumento de este riesgo psicosocial (Neffa, 2015) y un bajo rendimiento a la hora de atender una muerte de este estilo.

➤ **Competencia: Compromiso Individual**

Para abordar la competencia de compromiso para con las mujeres que atraviesan un duelo perinatal, se ha recurrido al análisis específico y genérico, esto es, el compromiso que

poseen tanto a nivel individual como organizacional. Para ello, se ha consultado, por un lado, a acerca de la atención y el apoyo ante el duelo y, por el otro, la infraestructura.

En este apartado se analiza el compromiso individual y está estrechamente relacionado con el conocimiento de protocolos de duelo perinatal. Como se ha explicado anteriormente, existen acciones que facilitan el proceso de duelo, como por ejemplo, tener contacto con el feto sin vida o con el neonato fallecido, guardar algún tipo de recuerdo, entre otras (Cassidy, et al. 2018; García Cayuela, 2018; Pastor Montero, 2017; Santos Redondo, et al., 2018). Frente a esto, se ha consultado el accionar de los profesionales en términos de apoyo ante el duelo con las siguientes preguntas:

¿Guarda algún elemento como cabello, huellas, fotografías u otro elemento para entregar a las mujeres y sus parejas como recuerdo?

De 38, solo 12 respondieron que sí, 16 no guardan recuerdos, 2 respondieron “no sé” y el resto prefirió no responder. (Ver Tabla 25).

Como se explicó en el apartado de conocimiento de protocolos de duelo perinatal, la mayoría no sabe o prefirió no responder cuando se les preguntó si se permite para que los lleven a cremación ellas mismas (Ver Tabla 33). Asimismo, manifestaron desconocer las formas de entregar el cuerpo y la existencia de ritos funerarios.

Con esta información, es posible exponer que la mayoría de los profesionales no están seguros de que se cumplan los protocolos establecidos, esto puede deberse a varias razones, entre ellas, que el protocolo no se cumpla, que ellos no estén informados, que no exista interés en conocer qué es lo que sucede en situaciones de este estilo o que solamente se limiten a cuidados clínicos, por ejemplo. Esto puede resultar desfavorable a la hora de responder preguntas de los padres, lo cual puede desencadenar en situaciones desagradables tanto para los padres como para los profesionales.

Luego, se les preguntó ¿Hay una cochería/ empresa de servicios fúnebres que hace el traslado de los cuerpos? De manera similar, 19 indicaron que no saben si existe o no una empresa dedicada a esta actividad, 12 prefirieron no responder, mientras que 2 dijeron que no y 4 que sí existe una. (Ver Tabla 35). Como se establece en el Código Civil Argentino, en caso de muerte neonatal temprana, en neonatos que hayan vivido al menos una hora, el registro es con la identidad que hayan elegido los padres, es decir, con la que informen en el registro civil. Distinto es el caso de muerte fetal avanzada, cuyo caso requiere solamente el registro como N, por ello, se ha consultado ¿Facilitan la opción de anotar el nombre que habían elegido para su futuro hijo en un libro/ cuaderno? En esta ocasión, 9 respondieron que no saben, 13 prefirieron no responder, 5 indicaron que no y sólo 5 dijeron que sí los anotan

(Ver Tabla 37). Luego se les consultó ¿Les ofrecen a las mujeres apoyo psicológico luego de la pérdida? En esta pregunta 21 contestaron con seguridad que sí lo ofrecen, 4 no saben y 12 prefirieron no responder (Ver Tabla 38). Esto puede deberse a que frente a estos casos que no pueden manejar, ofrezcan ayuda en salud mental.

Frente a la pregunta ¿Les ofrecen a las mujeres un manual de apoyo o recomendaciones luego de la pérdida? 14 respondieron que no saben, 12 prefirieron no responder, 6 afirmaron que no se entregan manuales pero 4 manifestaron que sí (Ver Tabla 39). Esto puede deberse a que sólo una pequeña parte del personal de salud continua un seguimiento de los casos de muerte perinatal en los padres que atraviesan estos casos.

Se les consultó si ¿Existen grupos de apoyo de pares para acompañar a la mujer que ha sufrido la pérdida? 13 contestaron no saber, 12 prefirieron no responder, 9 afirmaron que existen grupos de apoyo mientras que 3 dijeron que no (Ver Tabla 40). El registro de altas respuestas como “no sé”, “prefiero no responder” o el hecho de no contestar, podría ser un indicador de que si bien el compromiso en la atención a la muerte existe, puede haber falencias en el compromiso en torno a la atención en el duelo. No saber cómo se anota al feto cuando se produce una muerte fetal tardía o no saber si existe entrega de manuales post egreso institucional, ritos funerarios o servicio fúnebre puede deberse a que existan otros sectores que se encarguen de estos procedimientos. De todas maneras, si los profesionales no pueden contestar a estos interrogantes, es posible que denote una falta de compromiso con la paciente en caso de que las preguntas las realice ella o su familia. Por lo tanto, es una cuestión que es recomendable que sea trabajada.

► **Competencia Compromiso General: Infraestructura**

Por otro lado, el compromiso a nivel genérico se analizó con relación a la infraestructura de la institución, es decir, en lo que realiza la institución en cuanto al apoyo ante el duelo. Se focalizó en observar acciones que demuestren que se ocupan de mitigar situaciones que los padres denominan como desagradables a la hora de atravesar un duelo perinatal.

En relación a lo mencionado, se indagó mediante las siguientes preguntas:

En el posparto ¿Alojan a la mujer en una sala con otras mujeres y sus bebés recién nacidos?

En este caso, 20 afirmaron que esto no sucede, mientras que 12 prefirieron no responder. otros 5 dijeron que sí. En las entrevistas y en las respuestas a desarrollar

informaron que esto acontece cuando hay excesos de partos y no se pueden respetar estas decisiones. (Ver Tabla 29).

¿Qué ofrece la institución para las mujeres que han sufrido una muerte perinatal? La mayoría (23 personas) contestó que se asegura la continuidad asistencial coordinándose con otros profesionales (como psicólogos o trabajadores sociales). El resto (13 personas) respondió que el hospital se ofrece una sala con otros pacientes, lejos de llantos de bebés. (Ver Tabla 30).

¿Colocan algún símbolo en la cama / historia clínica para que todos los miembros del equipo sepan que la mujer atraviesa muerte perinatal (por ejemplo, una mariposa)? De los consultados, 17 dijeron que no designan ningún símbolo a las pacientes, 4 contestaron que sí lo hacen, otros 15 prefirieron no responder. (Ver Tabla 32).

Como se explicó en el apartado anterior, según los encuestados, la institución ofrece apoyo psicológico a las mujeres tras la pérdida. Sin embargo, sólo 4 respondieron que ofrecen manuales de apoyo o recomendaciones luego de producido el hecho, y 9 afirmaron que existen grupos de apoyo de pares para acompañar a la mujer que ha sufrido el episodio. (Ver Tabla 38).

Del mismo modo ocurre con la existencia de ritos funerarios, la mayoría desconoce que exista, sólo 4 de 38 afirmaron que se permite, mientras que 6 contestaron que no está permitido. (Ver Tabla 36).

Estas preguntas sirvieron de orientación para conocer la forma en que la institución enfrenta el duelo perinatal. En la consulta tanto de documentos de asociaciones como de testimonios de mujeres que han atravesado esta situación, se menciona la importancia de la comprensión de la situación en términos de empatía, contención emocional, apoyo y atención, entre otras cosas.

La cuestión de compromiso, empatía y contención, en este trabajo, está estrechamente vinculado con los testimonios de pacientes que han sufrido esta pérdida. Cuando se les indaga acerca de la atención hospitalaria que recibieron al momento de la muerte perinatal, la mayoría la califica como negativa, insuficiente, poco empática, con poca contención por parte de la institución y de los profesionales que las atendieron en esa situación (D'Aquino, 2020). Por esta razón, una de las competencias a contrastar es el compromiso institucional de este hospital del Gran Buenos Aires en relación a los de otras instituciones.

El compromiso, entonces, fue medido en relación a lo siguiente:

- si las instalaciones de la institución contempla este tipo de casos, por ejemplo, si poseen habitaciones especiales para que la mujer no la comparta con otro recién nacido vivo.
- si respetan la voluntad de los padres de ver o no el cuerpo.
- si guardan recuerdos
- si usan distintivos para que todo el personal que atienda a la paciente sepa de la situación que está atravesando
- si se les da la posibilidad de realizar ritos funerarios
- las formas de entrega de los cuerpos, ya sea en cajas de cartón o bolsas
- si ofrecen manuales o recomendaciones postparto o la opción de un seguimiento con grupos de apoyo y profesionales de la salud mental.

Si todo esto fuera contestado positivamente, daría indicios de que la institución se interesa por asistir los casos de muerte perinatal. No obstante, en las respuestas, como se ha detallado anteriormente, han sido heterogéneas y la mayoría no sabía si esto era así o no o prefirió no responder. Esto da cuenta de que los pasos a seguir en términos de duelo, no están protocolizados, es decir, se rigen bajo la comunicación informal y según lo establecido en el momento, siguiendo lo que indique el personal que se encuentre a cargo de la paciente.

Por otro lado, también se relaciona con el compromiso individual de los profesionales para con sus pacientes. Que no sepan lo que sucede con el feto o la paciente cuando se produce una muerte perinatal cuestiona el compromiso que puedan llegar a tener con los casos clínicos. De todas formas, esto, como se aclaró previamente, deviene de la cultura organizacional en tanto compromiso institucional, pues la heterogeneidad en las respuestas puede indicar que lo que se debe realizar no es transmitido a todos los profesionales en igual manera, asimismo, también puede dar indicios de que los propios profesionales no están interesados en saber qué es lo que ocurre en estos casos, pues realizan la intervención y se retiran del lugar sin brindar la contención esperada por sus pacientes.

Tras este análisis, es posible aproximar que el compromiso para con la situación está, sin embargo, esta competencia necesita ser reforzada tanto nivel genérico como específico para lograr un desempeño más uniforme.

A raíz de conocer las competencias que posee el personal de este hospital y las que necesitan desarrollar de acuerdo al cuestionario implementado, a continuación se exponen los desafíos que se presentan a nivel institucional con el fin de acompañar las recomendaciones que manifiestan tanto los testimonios y asociaciones de padres que atravesaron una pérdida

como las necesidades de los profesionales de la salud que han participado de esta investigación.

Desafíos

En los capítulos anteriores se han investigado las competencias que poseen y que deberían desarrollar los profesionales de la salud de un hospital del Gran Buenos Aires. Se han presentado algunos factores que condicionan sus comportamientos y que son peculiares del sistema hospitalario argentino con el fin de comprender que estos trabajadores tienen varias cuestiones que influyen en su desempeño laboral.

Como se expuso anteriormente, existen varias competencias que los profesionales de esta institución que asisten una muerte perinatal deberían desarrollar, estas son:

- Habilidades de contención
- Autoconfianza
- Habilidades de Comunicación
- Compromiso
- Manejo de las exigencias emocionales
- Conocimiento acerca de duelo perinatal

Tomando conocimiento de esto, se presentan desafíos a nivel macrosocial y sistema hospitalario que involucran cuestiones estructurales de grandes modificaciones que van, desde lo normativo hasta las negociaciones colectivas, por ejemplo. Del mismo modo, se presentan desafíos a nivel microsociales e institucionales con respecto a la entidad del duelo perinatal, como por ejemplo, capacitaciones y un compromiso colectivo y homogéneo.

Uno de los desafíos a nivel institucional es capacitar al personal para que puedan ser idóneos en atención al duelo perinatal y, de esta manera, se vea impactado en un mayor compromiso y habilidades de contención, para que fortalezcan su autoconfianza y para que puedan manejar sus las exigencias emocionales a las que están expuestos por la naturaleza de la tarea.

Para ello se consultó a los profesionales una serie de sugerencias que proponen para que estos factores se vean favorecidos.

Se les preguntó: ¿Cuáles cree que deberían ser los contenidos de una capacitación para personal de salud sobre atención a mujeres que atraviesan muertes perinatales? Por favor, comente todo lo que desee.

Las respuestas que más se repitieron fueron las siguientes:

“Talleres de ética en todos los niveles de la asistencia en salud: se deberían tocar indefectiblemente los temas clínicos y términos debidos. Promoción de la pluralidad cultural.”

“La forma de abordar el tema, el acompañamiento y seguimiento en éstas situaciones.”

“Herramientas para manejar el duelo”

“Acompañar al duelo. Contención. Cómo informar a los padres que su familiar falleció.”

“Cómo comunicar la noticia. Afrontar el llanto de la paciente sin que afecte mi trabajo,.”

“Capacitar en informar sobre cambios físicos. Trabajar psicológicamente el instinto y la razón. Instinto maternal, cuándo aparece y desaparece. Trabajar en sentir el feto muerto. Saber escuchar. Indagar en la historia de cada mujer, su recorrido histórico, su entorno y en las mujeres de su familia.”

“Lo mayor posible. Completo.”

“Abordar el tema desde la evidencia científica y poder tener herramientas para afrontar esas difíciles situaciones. Contar con un equipo de apoyo frente a estas situaciones. Listado de pasos a seguir para dar conocimiento a la pareja y familiares.”

“Acompañamiento frente al dolor”

“Herramientas para ayudar a la mujer y su familia para atravesar ese momento. Cómo comunicar la muerte.”

“Proceso de duelo. Atención a la madre y a la familia.”

“Abordajes generales según la situación de la mujer, si es menor, si está sola o acompañada y su situación económica. Respetar las creencias y costumbres. Cuidados paliativos fetales y neonatales, acompañamiento perinatal”.

Seguidamente se les consultó acerca de la atención que ofrece la institución cuando ocurre una muerte perinatal y las respuestas en su mayoría fueron:

“asistencia coordinada”

“ofrecer salas con otros pacientes, lejos de llantos de recién nacidos”

“salas con otras madres que atraviesan la misma situación”

Si bien estas respuestas denotan compromiso institucional con el tema en cuestión, se indagó profundizando en ¿Cuáles otras considera usted que debería ofrecer? Por favor, indique las que considere,

Las respuestas fueron las siguientes:

“Grupo de padres que hayan pasado por situación similar”

“Que continúe con apoyo psicológico si lo desea post egreso institucional.”

“Seguimiento postparto.”

“Acompañante psicológico según necesidad de la pareja o madre.”

“En el hospital que me desempeñó como residente, Tiene dos habitaciones con solo dos camas, que las guardamos para estos casos donde esa pareja pierde a su hijo, incluidas los abortos! Pero el caudal de mujeres internadas nos supera y ese espacio se ocupa! A veces se complica poder tener estas consideraciones frente a estas mujeres, por falta de infraestructura”

“Servicio de salud mental. Trabajador/a social para el puerperio. Hacer visitas 1 vez por semana. Hacer seguimiento. Conformar el equipo con varios especialistas en psicología de duelo perinatal sin límites de horarios, de manera que siempre haya alguien para atender.”

“Frente al colapso de camas en la institución, a veces se complica buscar un lugar adecuado para estas pacientes y familiares. No contamos con un lugar específico y destinatario para estas situaciones.”

“Acompañamiento familiar continuo”

“Armar talleres de capacitación en duelo.”

“Habitación individual.”

Ante estas sugerencias por parte del personal de salud, se les consultó si ellos consideran que estos postulados tienen posibilidades reales de llevarse a cabo en un determinado tiempo y 22 de 38 afirmaron que sí sería posible, 12 prefirieron no responder, 2 respondieron que no sería posible y 1 contestó no sé. El restante no contestó. (Ver Tabla 31).

Entendiendo estas recomendaciones y, considerando las limitaciones que presenta el sistema hospitalario argentino, estas sugerencias u opiniones a nivel capacitaciones, requiere una detallada planificación de manera que el personal pueda ser instruido en horario laboral o pueda acceder a ellas sin que se vean afectadas tanto sus tareas en la institución (ya sean propias o las que puedan impactar en sus compañeros), como su remuneración y el seguimiento de sus casos. Esto facilitaría el desempeño de los profesionales cuando se les presente atender una muerte perinatal de manera que perciban que su desempeño es el mejor

posible, mejorando su autoconfianza y minimizando las exigencias emocionales que están presentes en la naturaleza de la tarea.

Por otro lado, considerando las limitaciones estructurales del propio sistema sanitario argentino, su complejo escenario y las relaciones laborales que se presentan en él, tal como se ha desarrollado de acuerdo a diversos autores, otro desafío que se presenta a nivel institucional es la habilitación de un espacio destinado para aquellas personas que atraviesan una pérdida de este estilo, más allá del colapso de camas que a veces se genera. De esta forma, se conservaría la privacidad necesaria para estos casos y se demostraría un compromiso institucional con el duelo perinatal.

Por último, el establecer un seguimiento luego del egreso hospitalario realizado por profesionales en torno al área de la psicología y propiciar un apoyo tanto profesional como de padres que hayan atravesado la misma situación, colaboraría en una ayuda al procesamiento y la asimilación de la muerte perinatal en aquellos casos que acepten y requieran tal ayuda.

La presentación de estas respuestas presentan desafíos que permiten a la institución la posibilidad de plantearse, de protocolizar y de llevar al plano real, estas acciones, si se dan las condiciones.

Reflexiones finales.

En este trabajo se expusieron definiciones acerca del duelo perinatal y las formas en que ha sido abordado este suceso a lo largo de los últimos años.

Los avances de la sociedad y de la tecnología, han permitido planificar la maternidad, razón que genera una mayor ilusión ante un embarazo. Este motivo le da otra visión a la muerte perinatal y la coloca en un escalón de igual importancia que otros duelos, con sus particularidades.

El objetivo de esta investigación ha sido detectar las competencias que poseen los profesionales de la salud e identificar aquellas que necesitan desarrollar para lograr una atención que no genere un impacto emocional en mujeres que atraviesan una muerte perinatal.

Se ha detectado que los protocolos de atención hospitalaria se refieren a los tratamientos de cadáveres y a procedimientos de atención médica para llevar a cabo en caso de interrupción de embarazo por diferentes causas. Sin embargo, el tratamiento del duelo que

puede generar este tipo de muerte, queda librado al accionar institucional en función del compromiso profesional y edilicio.

Por otro lado, se ha descubierto que en las últimas décadas las asociaciones involucradas en la ayuda a personas que atravesaron una pérdida perinatal, poseen varias recomendaciones que intentan divulgar para la ayuda tanto de las personas que padecen la pérdida como para los profesionales que asisten esa situación.

En torno al marco normativo existente que regula a las mujeres que atraviesan una muerte perinatal, se ha llegado a conocer que existen escasos CCT que amparen esta contingencia, incluso en las actividades con mayor presencia de personal femenino. De esta manera, existe aún en nuestro país varias áreas vacías en cuanto a normas legales que contemplen una pérdida de este estilo, tanto a nivel organizacional amparando a las trabajadoras como en la atención hospitalaria que se brinda, dejando a criterio institucional los procedimientos a seguir para con ellas.

Este trabajo se apoya en las cifras significativas de muerte perinatal que arrojan los organismos oficiales. Uno de los objetivos específicos fue conocer a nivel estadístico las cifras de muerte perinatal en Argentina. En relación a este punto se ha logrado saber que la tasa de muerte perinatal es de 11,3% a nivel nacional y que en el sur Gran Buenos Aires existen cifras significativas en relación a otras regiones. Asimismo, se pudo conocer que el mayor riesgo de pérdida de embarazo se produce entre la semana 22 y los 7 días de vida, período coincidente con la etapa perinatal. Estos datos, permiten poner en relevancia el tema, pues es posible que los profesionales de la salud en algún momento de su carrera deban enfrentar un caso de este estilo y para ello deben estar capacitados, además de los cuidados clínicos, en la contención hacia la paciente y en sobrellevar la carga emocional que se genera en ellos mismos.

Se detalló la configuración del sistema hospitalario argentino para comprender las condiciones de trabajo y empleo que rodean al personal de salud en Argentina. Se ha podido conocer que personal de salud convive con procedimientos que están protocolizados en cuanto a accionar médico y, además, están insertos en un sistema sanitario con complejas negociaciones colectivas que determinan sus condiciones y medio ambiente de trabajo y empleo, cuyas tareas pueden verse afectadas debido a estas condiciones y al pluriempleo que predomina en el sector. Si bien las remuneraciones están establecidas, muchos deben recurrir al él para obtener salarios más altos de acuerdo a sus capacidades, experiencia y formación.

Uno de los interrogantes de la investigación ha sido conocer la preparación académica de los profesionales. En base a esto, se ha llegado a saber que los programas de planes de

estudio de las carreras concernientes a la salud no especifican que traten puntualmente el duelo o la muerte perinatal, sin embargo, sí tienen preparación en materias alusivas a la psicología y a salud materno-infantil. De todas maneras, muchos profesionales relatan que ese conocimiento puede resultar insuficiente a la hora de dar una noticia de un fallecimiento o en cuestiones de contención emocional a las familias.

Otro de los interrogantes ha sido conocer las competencias que están en juego a la hora de enfrentar una situación de este estilo. De acuerdo a diversos autores y a testimonios de pacientes que se han relevado, se pudo conocer que la empatía, las habilidades de comunicación, el compromiso, el conocimiento sobre el duelo, entre otras cuestiones, son fundamentales para poder atender una muerte perinatal de manera que no genere una alta exigencia emocional en los profesionales que los lleve a implementar mecanismos de defensas que puedan ser interpretados en forma negativa por parte de las pacientes.

El aporte que este trabajo pretende exponer es que la formación en duelo perinatal también ayuda a que el personal de salud brinde una contención profesional más allá de no haber podido salvar ese caso clínico, pudiendo así, enfrentar las exigencias emocionales que implica atender este tipo de situaciones.

Utilizar como herramienta una encuesta y observar los planes de estudio de las principales carreras que forman profesionales que atienden partos, han permitido conocer las competencias que posee el personal de salud de un hospital del Gran Buenos Aires determinado. Gracias a las preguntas abiertas que éste contuvo y a las entrevistas en profundidad que se han realizado, se han podido conocer que existen competencias que estos profesionales necesitarían desarrollar un poco más para poder brindar una contención de acuerdo a lo que disponen tanto las asociaciones de padres como los organismos oficiales.

Los desafíos que se presentan son a nivel macro y microsocioal. A nivel macrosocioal, debido a que la salud pública se solventa con los fondos impositivos, se condiciona el poder realizar cambios microsocioales institucionales en relación a la infraestructura y, por ejemplo, poder tener mayor cantidad de habitaciones para las mujeres que atraviesan la situación. Condiciona, a su vez, que los profesionales tengan que realizar varias horas de guardias y que sus contratos estén precarizados. Otro de los factores en juego, es el recambio de personal en el sentido de que luego de laborar en guardias de veinte horas sin descanso, es posible que la atención y el trato hacia el paciente puede verse afectado en términos de contención, pues el cansancio puede afectar la actitud, puesto que la lucidez mengua con tantas horas de trabajo.

Con esto se quiere argumentar que las competencias, los comportamientos y las actitudes que posee el personal no dependen solamente de su formación ni de la capacitación

que se les pueda brindar, sino que también existen factores externos a la institución propios del sistema laboral y de salud de la Argentina que impactan en el desempeño de éstos, de manera que se manifiesta en una recepción heterogénea por parte de los pacientes que se ven afectados con el tipo de pérdida tratada en esta investigación.

Referencias bibliográficas

- Acevedo, G., Farías, M., Astegiano, C., Buffa, G., Álvarez Loyaute, G., Demaría, M., & Fernández, A. (2013, dic.). Condiciones y medio ambiente de trabajo en hospitales públicos provinciales de la ciudad de Córdoba, Argentina. *XVII, 17*, 10–23. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/262373712_Condiciones_y_medio_ambiente_de_trabajo_en_hospitales_publicos_provinciales_de_la_ciudad_de_Cordoba_Argentina
- Acuña, C. H., & Chudnovsky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina. Documento 60. Universidad de San Andrés. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad.
- Alles, M. A. (2006). *Selección por competencias*. Ediciones Granica S.A. p. 20-47, 145-174, 261. ISBN: 950-641-474-2
- Alles, M. (2005). *Diccionario de preguntas. Gestión por competencias*. (Primera edición). Buenos Aires: Granica S.A. p.19-45. ISBN: 950-641-422-X
- Alles, M. (2005). *Elija al mejor. Cómo entrevistar por competencias*. (2da ed.). Buenos Aires: Granica. p.103-107, 110-113. ISBN: 950-641-392-4
- Alustiza, E., Amado, Y., Bostal, C., Carrari, J., Cassini, J., Florin, F., ... Suárez Maestre, A. (2017). ¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en el trabajo en los establecimientos privados de salud. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Económicas. Instituto de Investigaciones Administrativas. Recuperado de

<https://www.econo.unlp.edu.ar/frontend/media/52/12352/1c19b54bed1eb75a66a354f5a8ec886f.pdf>

Alvarado García, R. (2003). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *5, 24*, 11–304.

Recuperado de www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Aspiazú, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado de la salud. *Trabajo y Sociedad. Sociología del trabajo- Estudios culturales- Narrativas sociológicas y literarias.* Recuperado de

<https://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/28%20DOSSIER%2002%20ASPIAZU%20ELIANA%20Enfermeras.pdf>

Aspiazú, E., Baldi, L. y Lanari, E. (2011, agosto). Prestadores, prestatarios y pacientes: un análisis de las voces y silencios de los reclamos de los profesionales de la salud. p. 1-18. Ponencia presentada en el 11° Congreso ASET, Buenos Aires, Argentina.

Recuperado de: http://www.aset.org.ar/congresos/10/ponencias/p6_Aspiazu.pdf

Biza Di Croce, Y. A. (2016). *Los riesgos psicosociales y los mecanismos de defensas de las enfermeras del sector de Neonatología del conurbano Sur, época actual – 2015-* (Tesis de grado). Universidad Nacional Arturo Jauretche, Florencio Varela.

Recuperado

de: https://drive.google.com/file/d/1Ks7SOvVGeSYnV3U249UCCFtSR04_JC2B/viw

Blake, O. J. (1997). *La capacitación. Un recurso dinamizador de las organizaciones.* (2da edición corregida y aumentada, Vol. 2). Buenos Aires, Bogotá, Caracas, México DF.: Ediciones Macchi. p. 53-70

Capretti, María Belén; Castillo Madrid, Irene O.; Pérez, Evangelina E. (2006). *Calidad de atención de enfermería a pacientes post-aborto:*(Tesina de grado). Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería.

Dirección URL del informe: <http://bdigital.uncu.edu.ar/7722> .

Fecha de consulta del artículo: 01/07/19

Carbonelli, M., Irrazábal, G., & Esquivel, J. C. (2011). Introducción al conocimiento científico y metodología de la investigación social. 115. Recuperado 30 de mayo de 2019, de <https://www.aacademica.org/gabriela.irrazabal/50.pdf>

Cordero V, Miguel Ángel, Palacios B, Paulina, Mena N, Patricia, & Medina H, Luis. (2004). Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista chilena de pediatría*, 75(1), 67-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062004000100011>
Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000100011&script=sci_arttext

D'Aquino, M. (Inédito). *Reincorporación al trabajo durante el proceso del duelo gestacional en Buenos Aires: perspectivas de las trabajadoras en la actualidad.* Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Dejours, C. (1990) Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo Área de Estudios e Investigaciones Laborales de la SECYT, CEIL/CONICET, CREDAL/CNRS, Facultad de Psicología de la UBA, Hvmánitas, 1990.

Dejours, C. y Gernet, I. (2014) Psicopatología del trabajo. Miño y Dávila/CEIL/Ministerio de Trabajo de la provincia de Buenos Aires/Trabajo y Sociedad, Buenos Aires. p. 35-36.

Delgado Rodríguez, N., Aguado Corbala, D., Casado Barrios, M., & Recuero Fernández, A. (2011). Contexto laboral hostil ante el embarazo: efectos sobre la salud de las trabajadoras embarazadas. *Archivos de prevención de riesgos laborales*. Recuperado de http://www.archivosdeprevencion.com/view_document.php?tpd=2&i=1988

Díaz Muñoz, J. G. (2017). Mujeres, Trabajo y Familia. Una Perspectiva de Género desde América Latina. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 6(3), 1439-1462. Doi:10.4471/generos.2017.2917.

Díaz, R., & Arancibia, V. H. (2002). El enfoque de las competencias laborales: Historia, definiciones y generación de un modelo de competencias para las organizaciones y las personas. *Psykhe*. Recuperado de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/433>

Domínguez Santarén MJ. Elaboración y prueba piloto de un cuestionario para conocer la capacidad y la disposición del personal sanitario en el acompañamiento al duelo perinatal. *NURE Inv. (Revista en Internet)* 2013 Ene-Feb. (01/07/19); 10(62):aprox. 33 pant)

Esquivel, V., & Pereyra, F. (2018). Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas. *Trabajo y Sociedad. Sociología Del Trabajo- Estudios Culturales- Narrativas Sociológicas y Literarias*, 28, 58–63, 72-75. Recuperado de https://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/28%20DOSSIER%2004%20PEREYRA%20FRANCISCA_ESQUIVEL%20Trabajadoras%20del%20cuidado%20Editado.pdf

Felitti, K., & Irrazábal, G. (2018). Los no nacidos y las mujeres que los gestaban: Significaciones, prácticas políticas y rituales en Buenos Aires*. *Revista de Estudios Sociales*, no. 64, 125-137. <https://doi.org/10.7440/res64.2018.10>

Fiorentino, C. (2016). *El Defectus Incubus de la madre en el aborto espontáneo y su atención en los servicios de salud* [en línea]. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/defectus-incubus-madre-aborto-espontaneo.pdf> [Fecha de consulta: 29/05/2019]

Galarzo, M. C. G., García, A. M., Estarlich, M., García García, F., Esplugues, A., Rodríguez, P., ... Ballester, F. (2009). Prevalencias de exposición a riesgos laborales en trabajadoras embarazadas (proyecto INMA-Valencia). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv23n5/original9.pdf>

García Cayuela, J. (2018). *Guía básica hospitalaria de atención al duelo perinatal*. Universidad de Salamanca, España. Recuperado de https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/136958/TFG_GarciaCayuela_DueloPerinatal.pdf;jsessionid=47AA7648334BB18E51BEDF5F2EE37E7B?sequence=1

González, M., & Larguía, M., & Lomuto, C. (2007). Contención de padres en crisis. Comunicación y manejo de los padres de RN en riesgo de morir. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 26 (4), 177-181.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91226407>

Goren, N. (2017). Desigualdades socio laborales. Una aproximación a sus marcos interpretativos desde la perspectiva feminista. *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo*. N° 2. ISSN 2591-2755. Recuperado de <http://www.ceil-conicet.gov.ar/ojs/index.php/lat/article/view/307>

Gutiérrez San Miguel, M. (2018). *Implicación emocional en la práctica de la enfermería*. Universidad de La Rioja, España. Recuperado de https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE004720.pdf

Gutiérrez Cuevas, A. (2009). *Manejo de duelo en las madres que pierden a su hijo o hija en forma inesperada*. Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfgmae/tfg-m-2009-01.pdf>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (Quinta Edición). Mc Graw Hill. p. 84-87, 180, 181. ISBN: 978-607-15-0291-9.

Lodoño Palacios, Olga; Maldonado Granados, Luis; & Calderón Villafañe, Licy (2016). *Guía para construir el estado del arte*, Bogotá: ICKN. Recuperado el 29/06/2019 de <http://iconk.org/docs/guiaea.pdf>

López García de Madinabeitia, Ana Pía. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70. Recuperado en 18 de junio de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&tlng=es

Marradi, A., Archenti, N., & Piovani, J. I. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales: Vol. II* (1° Edición). Emecé Editores. p. 45, 67-69, 2011. ISBN: 978-950-04-2868-2.

Meccia, Ernesto. Los métodos y las técnicas cualitativas de construcción y validación del conocimiento en Ciencias Sociales. Disertación. Buenos Aires: Metodología y Técnicas de la Investigación en Ciencias Sociales/Facultad de Ciencias Sociales/Universidad de Buenos Aires, S/F.

Mota González, Cecilia, Calleja Bello, Nazira, Aldana Calva, Evangelina, Gómez López, María Eugenia, & Sánchez Pichardo, Marco Antonio. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 419-428. Recuperado Julio 01, 2019, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342011000300003&lng=en&tlng=es

Neffa J.C. (1988). ¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva. Área Estudios e Investigaciones Laborales de la SECYT, CEIL/CONICET CREDAL/CNRS, Hvmánitas. Partes IV, V y VII (págs. 57 a 119 y 137 a 155)

Neffa, J. C. (2015). Los riesgos psicosociales en el trabajo. Contribución a su estudio. Centro de Estudios e Investigaciones Laborales CEIL-CONICET. ISBN: 978-987-21579-9-9. p. 112-128.

Pastor Montero, Sonia M^a; Vacas Jaén, Ana Gema; Rodríguez Tirado, M^a Belén; Macías Bedoya, José M^a; Pozo Pérez, Francisca. Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. *Rev. Paraninfo Digital*, 2007; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n1/o104.php> Consultado el 29 de Mayo del 2019. ISSN: 1988-3439. España

Pastor Montero, S. M. (2016). *Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación participativa.* (Tesis doctoral). Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería, España. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10045/54551>

Ronda, E., & Gadea, R. (2008). Riesgo laboral en trabajadoras embarazadas y en período de lactancia: la necesidad de una estrategia preventiva consensuada. Recuperado de

https://www.researchgate.net/profile/Elena_Ronda/publication/39441933_Riesgo_laboral_en_trabajadoras_embarazadas_y_en_periodo_de_lactancia_la_necesidad_de_una_estrategia_preventiva_consensuada/links/0c96051c92ac5a74c2000000.pdf

Sánchez González, M. I. (2012). La maternidad en la empresa. Presented at the IV Congreso Universitario Nacional Investigación y Género (pp. 1879-1888), Sevilla, España. Recuperado de https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/40722/Pages%20from%20Investigacion_Genero_12-1509-2188-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sánchez Rodríguez, A., Marrero Fornaris, C. E., & Martínez Martínez, C. C. (2005, June). Una mirada a los orígenes de las competencias laborales. Centro de Información y Gestión Tecnológica de Santiago de Cuba. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1815/181517957001.pdf>

Umpiérrez, G. (2015). *El duelo en madres que pierden hijos*. Universidad de la República de Uruguay, Montevideo, Uruguay. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/5732> p.3-12.

Fuentes

Avolio, J. (2013, Mayo 7). Despido por maternidad en caso de pérdida de embarazo [Blog Spot]. Recuperado de <https://estudioavolio.blogspot.com/2013/07/despido-indemnizacion-por-embarazo-y-maternidad-aborto.html>

Cassidy, p., Cassidy, j., Olza, I., Martín Ancle, a., Jort, s., Sánchez, D., Martínez Serrano, p. (2018). Informe Umamanita encuesta sobre la calidad de la atención Sanitaria en casos de muerte intrauterina (técnico N. ° 1; p. 229). Recuperado de Asociación Amamanta webzine: <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/11/Informe-Umamanita-Calidad-Atencion-Muerte-Intrauterina-2018.pdf>

Cercós, L. (2019, Octubre 31). “A todos los bebés que nos dejasteis antes de tiempo.” Recuperado de

https://elpais.com/ccaa/2019/10/30/catalunya/1572459558_250261.html Consultado el 10/07/2020

Código Civil de La Nación (Ley 340). Recuperado el 15 de junio del 2019, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/105000-109999/109481/texact.htm>

CIIPME, & CONICET. (2020, Febrero 26). Curso de Postgrado en Psicología Perinatal 2020. Recuperado de <http://www.ciipme-conicet.gov.ar/wordpress/curso-de-postgrado-en-psicologia-perinatal-2020/>

Convenio Colectivo de Trabajo Sanidad 103/75. Disponible en <https://www.sanidad.org.ar/acciongremial/cct/c103.aspx>

Convenio Colectivo de Trabajo UPCN <http://upcndigital.org/~archivos/pdf/conveniosycarreras/convenios/08-CCT-Genaral-del-Sector-Publico-Nacional.pdf>

Convenio Colectivo de Trabajo CONADU. Disponible en: <https://conadu.org.ar/wp-content/uploads/CCT-completo.pdf>

Convenio Colectivo de Trabajo ADEF. Disponible en: <https://www.edef.org.ar/institucional/legislacion/convenio-colectivo-de-trabajo-nro-414-05>

Decreto N° 2557. Residencias Médicas Provincia de Buenos Aires. Recuperado de <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=7830>

DEIS (2017). Natalidad y Mortalidad. Síntesis estadística N° 5. Recuperado el 10 de junio de 2019 de <http://www.deis.msal.gov.ar/>

DEIS (2019). Tabla46: defunciones fetales según tiempo de gestación, por jurisdicción de residencia de la madre. República argentina - Año 2017. Recuperado el 25 de mayo del 2019, de <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/anuario-2017/>

Dirección de Información en Salud, Subsecretaría de Planificación y Contralor Sanitario, & Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. (2020). Defunciones por partido de

- ocurrencia. Provincia de Buenos Aires año 2018. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/infoensalud/estadistica/hechos-vitales-y-demograficos/>
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Á. de N. (2014). Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000513cnt-viabilidad.pdf>
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación (DINAMI). (2015). Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000695cnt-0000000587cnt-Guia-para-la-atencion-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>
- El Litoral. (2019, Diciembre 17). Posadas contará con un cementerio para bebés nacidos sin vida. Recuperado de https://www.ellitoral.com/index.php/id_um/218590-posadas-contara-con-un-cementerio-para-bebes-nacidos-sin-vida-iniciativa-pionera-nacionales.htm Consultado el 10/07/2020
- Equipo de Mercado de Trabajo. Dirección General de Estudios Macroeconómicos y Estadísticas Laborales – MTEySS. (2018). Mujeres en el mercado de trabajo argentino. Recuperado de http://www.trabajo.gov.ar/downloads/estadisticas/genero/mujeres_mercado_de_trabajo_argentino-3trim2017.pdf
- Era en Abril. 2019a. Sitio web institucional. <http://www.eraenabril.org>.
- Esther, mamá desobediente: “Las mujeres tenemos que ventilarnos de esta maternidad tóxica.” (2019, Mayo 5). [El español]. Recuperado de https://www.elespanol.com/reportajes/20190505/esther-mama-desobediente-mujeres-ventilarnos-maternidad-toxica/395960753_0.html Consultado el 10/07/2020
- Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (2019, Marzo 28). PROYECTO DE LEY Expediente 1240-D-2019 Sumario: ESTABLECER PROCEDIMIENTOS

MÉDICO- ASISTENCIALES PARA LA ATENCIÓN DE LA PERSONA GESTANTE FRENTE A LA MUERTE PERINATAL. Recuperado de <https://www.hcdn.gob.ar/proyectos/proyecto.jsp?exp=1240-D-2019> . Consultado el 02 de marzo de 2020.

La nueva. (15, Julio 2012). San Juan: habilitan un cementerio para bebés muertos antes de nacer. Recuperado de <https://www.lanueva.com/nota/2012-7-15-15-18-0-san-juan-habilitan-un-cementerio-para-bebes-muertos-antes-de-nacer> Consultado el 10/07/2020

La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. (2013). Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.paho.org/arg/images/gallery/pub69.pdf?ua=1>

Ley N° 20.744. Ley de Contrato de Trabajo. Recuperado el 15 de mayo del 2019, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25552/texact.htm>

Ley N°22.127. Sistema Nacional de Residencias de la Salud. Recuperado de <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=6301>

Ley N° 24.540. Art 1, 10, 11. Régimen de identificación de los recién nacidos <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27386/norma.htm>

Ley N° 26.844. Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/210000-214999/210489/norma.htm>

Ley Marco de Regulación del Empleo Público N°25.164 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/60458/norma.htm>

Ley Provincial 14.078. 2009. Registro de las personas de la provincia de Buenos Aires. Disponible <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-14078.html>

Ministerio de Salud, C. de B. A. (2014). Protocolo para el tratamiento de cadáveres, nacidos muertos, segmentos y partes anatómicas en hospitales del GCBA. Recuperado de <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/protocolo-para-el-tratamiento-de-cadaveres-nacidos-muertos-segmentos-y-partes-anatomicas>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. <http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/uploads/2016/06/Regiones-Sanitarias.pdf>

Ministerio de Salud, Secretaría de Acceso a la Salud, Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica, & Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2019). Estadísticas vitales. Información básica. Argentina- año 2018. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/01/Serie5Nro62.pdf>

No hay indemnización si hubo aborto. (2019, Julio 16). Recuperado de <https://aldiaargentina.microjuris.com/2019/07/16/no-hay-indemnizacion-si-hubo-aborto-la-indemnizacion-por-despido-agravada-no-procede-si-el-embarazo-de-la-trabajadora-se-interrumpio-por-un-aborto-espontaneo/>

Ordenanza N°40997/86. Disponible en http://www.ciudadyderechos.org.ar/derechosbasicos_l.php?id=18&id2=104&id3=9273

Organización Mundial de la Salud. Sitio web oficial (2017).

OIT (2010). La maternidad en el trabajo: examen de la legislación nacional. Oficina Internacional del Trabajo, Condiciones de Trabajo.-- 2a edición. – Ginebra. Recuperado el 6 de junio del 2019, de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---don/---pub/documentos/publicación/wcms_142159.pdf

OMS (2017) Para que cada bebé cuente Auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales. Recuperado de <http://apps.who.int/iris>.

OMS (2017) Servicios esenciales. Recuperado de <https://www.ilo.org/legacy/spanish/dialogue/ifpdial/llg/ch5/ex4.htm> 11/12/19

Partido solidario. Sitio web institucional. <http://www.partidosolidario.org.ar/proyectos-de-ley/regimen-de-licencias-por-paternidad-y-> . Consultado el 15 de mayo de 2019.

Pittaro, E. (2019, Septiembre 10). Inauguran en un cementerio un espacio para los “querubines de Dios.” Recuperado de <https://es.aleteia.org/2019/09/10/inauguran-en-un-cementerio-un-espacio-para-los-querubines-de-dios/>

Pubmed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4496896> criterio de búsqueda.

Publicación oficial de la Subcomisión de Ps. Perinatal del Colegio de Psicólogos. (2019). Revista electrónica semestral de la Subcomisión de Ps. Perinatal del Colegio de Psicólogos- Distrito X. Pcia de Buenos Aires. 1, 1, 34. Recuperado de <https://www.psicologosdistritox.org/wp-content/uploads/2019/12/Revista-Perinatal-N1.pdf>

Santos Redondo, P., Yáñez Otero, A., & Al-Adib Mendiri, M. (2015). Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. Recuperado de https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/libro_duelo_ses.pdf

Umamanita 2019a. Sitio web institucional <https://www.umamanita.es>

Unión del Personal Civil de la Nación. (n.d.). Cuadernos de igualdad de oportunidades. Serie: Derechos. Protección de la maternidad del sector público- Argentina. Recuperado de <https://www.upendigital.org/~archivos/pdf/bibliotecavirtual/cdn/igualdad/maternidad.pdf>

Vicente Herrero, M. T., Torres Alberich, I., Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V., Terradillos García, M. J., Muñoz Ruiperez, C., & López González, Á. A. (2013). Embarazo-lactancia natural y riesgos laborales en España. A propósito de una sentencia: una misma trabajadora y dos situaciones preventivas distintas. 2, 18(Revista CONAMED), 75–81. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2013/con132e.pdf>

Anexo

Anexo I. Gráficos de criterios de búsqueda en sitios académicos y cuadro de relevamiento de CCT.

Gráfico 2

Cantidad de artículos publicados por año en Redalyc. Fuente: D’Aquino, Micaela. *Reincorporación al trabajo durante el proceso del duelo gestacional en Buenos Aires: perspectivas de las trabajadoras en la actualidad.* Universidad Nacional Arturo Jauretche. Inédito.



Gráfico 3

Cantidad de artículos encontrados por idiomas en Redalyc. . Fuente: D'Aquino, Micaela. *Reincorporación al trabajo durante el proceso del duelo gestacional en Buenos Aires: perspectivas de las trabajadoras en la actualidad.* Universidad Nacional Arturo Jauretche. Inédito.

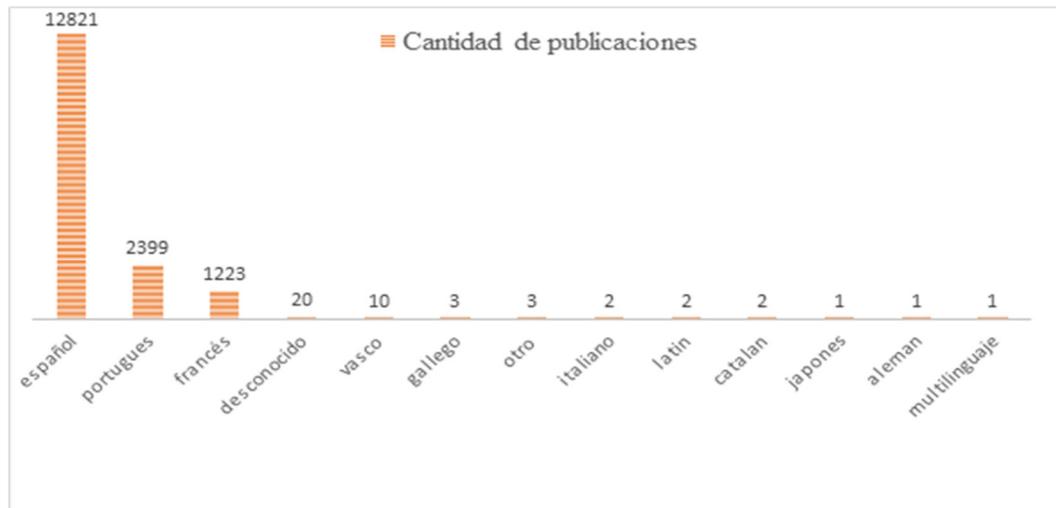


Gráfico 4

Artículos encontrados por disciplina Redalyc. Fuente: D'Aquino, Micaela. *Reincorporación al trabajo durante el proceso del duelo gestacional en Buenos Aires: perspectivas de las trabajadoras en la actualidad.* Universidad Nacional Arturo Jauretche. Inédito.

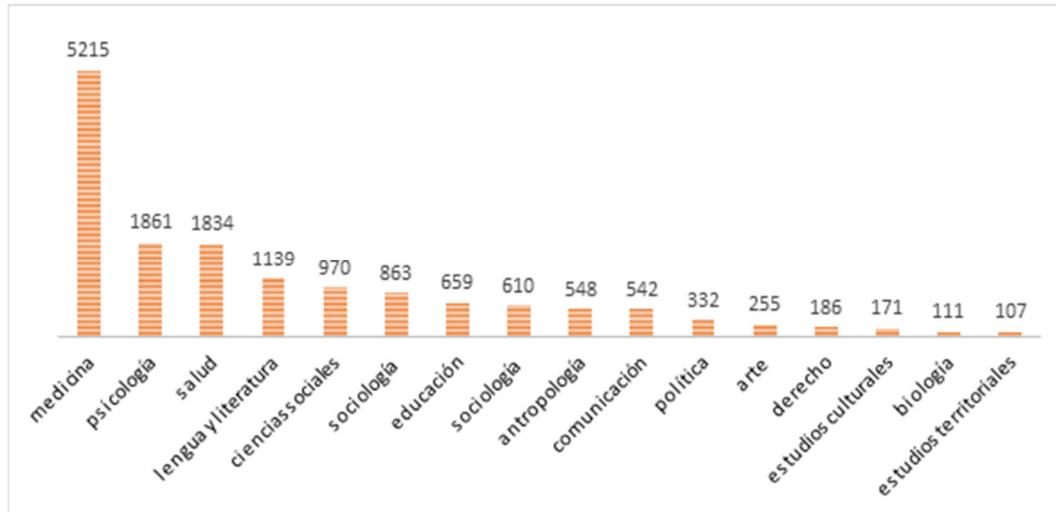


Gráfico 5

Cantidad de publicaciones según el país Redalyc. Fuente: D'Aquino, Micaela. *Reincorporación al trabajo durante el proceso del duelo gestacional en Buenos Aires: perspectivas de las trabajadoras en la actualidad.* Universidad Nacional Arturo Jauretche. Inédito.

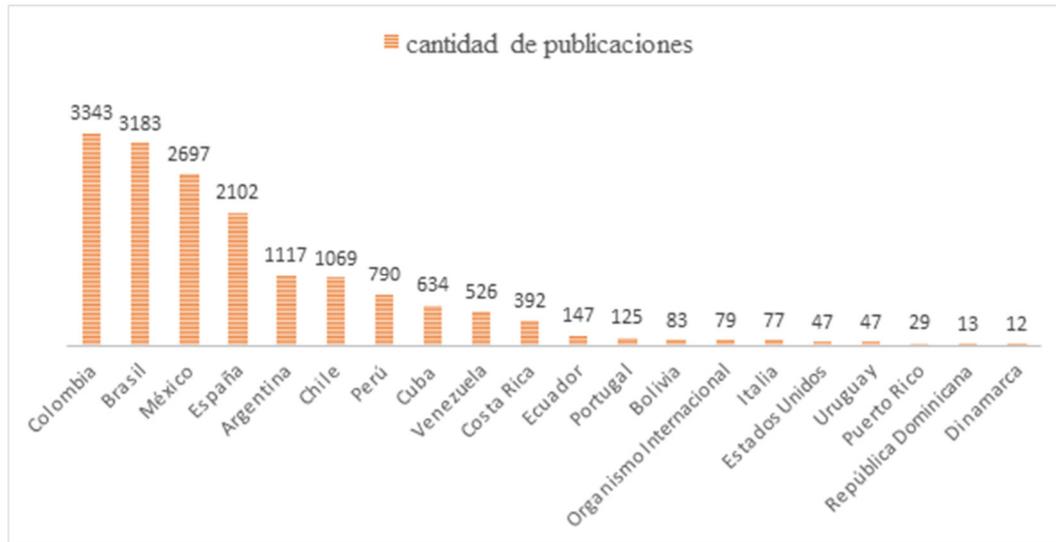


Gráfico 6

Artículos encontrados en Dialnet según tipo de artículo. . Fuente: D'Aquino, Micaela. *Reincorporación al trabajo durante el proceso del duelo gestacional en Buenos Aires: perspectivas de las trabajadoras en la actualidad.* Universidad Nacional Arturo Jauretche. Inédito.

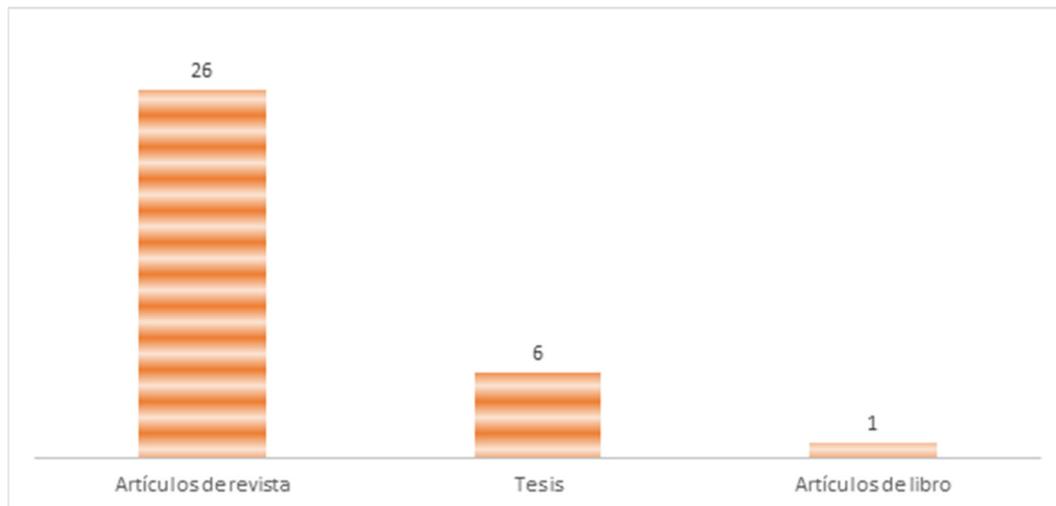


Gráfico 7

Publicaciones por año en Dialnet. Fuente: D'Aquino, Micaela. *Reincorporación al trabajo durante el proceso del duelo gestacional en Buenos Aires: perspectivas de las trabajadoras en la actualidad.* Universidad Nacional Arturo Jauretche. Inédito.

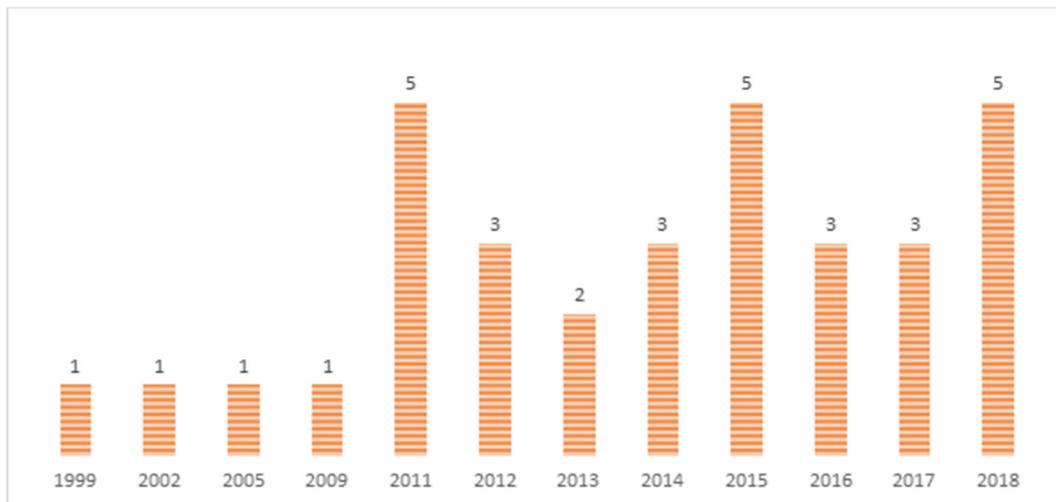


Gráfico 8

Clasificación de publicaciones según el idioma en Dialnet. Fuente: D'Aquino, Micaela. *Reincorporación al trabajo durante el proceso del duelo gestacional en Buenos Aires: perspectivas de las trabajadoras en la actualidad.* Universidad Nacional Arturo Jauretche. Inédito.

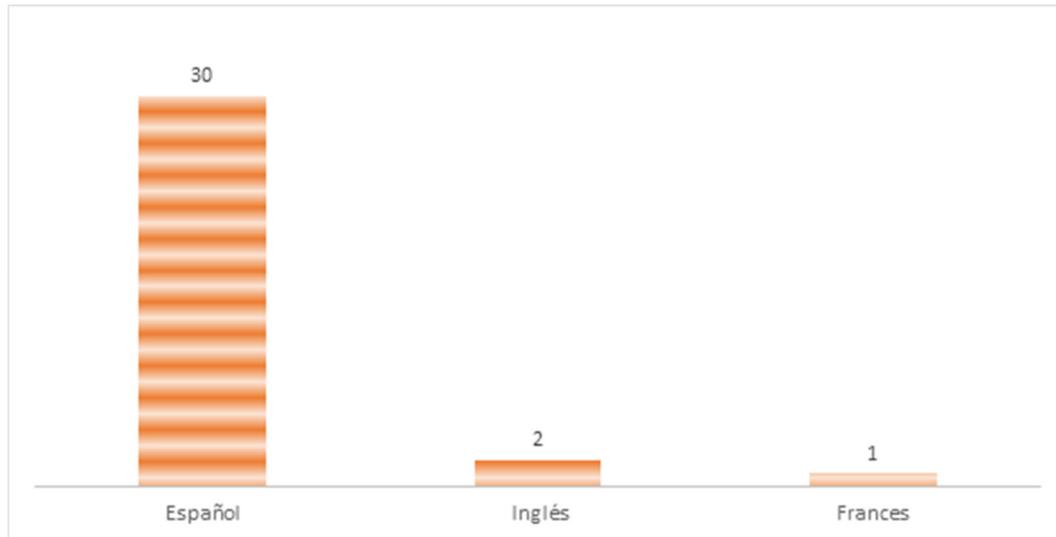


Gráfico 9

Clasificación de publicaciones según la disciplina en Dialnet. Fuente: D'Aquino, Micaela. *Reincorporación al trabajo durante el proceso del duelo gestacional en Buenos Aires: perspectivas de las trabajadoras en la actualidad.* Universidad Nacional Arturo Jauretche. Inédito.

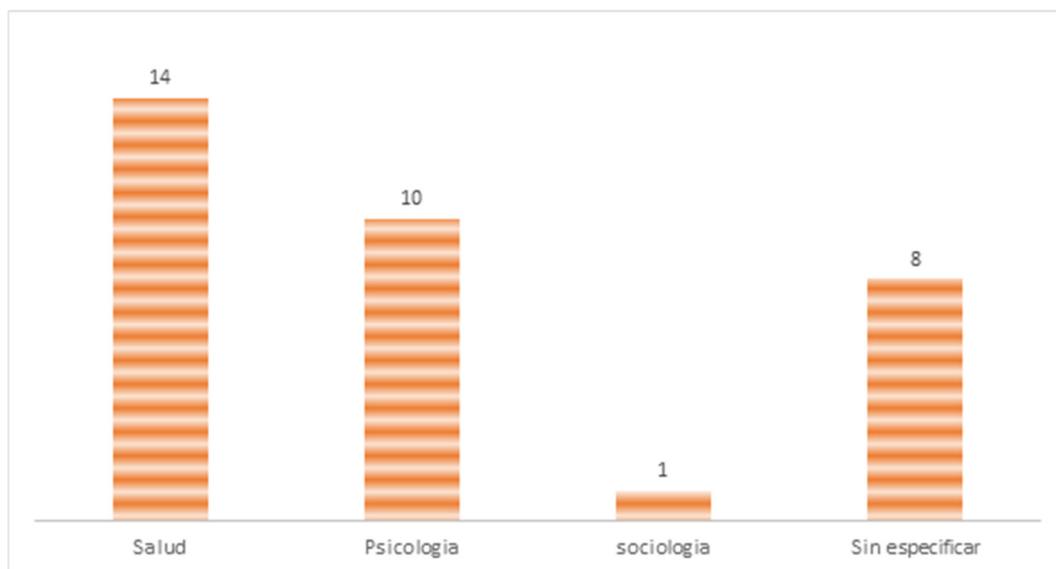


Gráfico 10

Cantidad de publicaciones según año encontrados en Scielo. Fuente: D'Aquino, Micaela. *Reincorporación al trabajo durante el proceso del duelo gestacional en Buenos Aires: perspectivas de las trabajadoras en la actualidad.* Universidad Nacional Arturo Jauretche. Inédito.

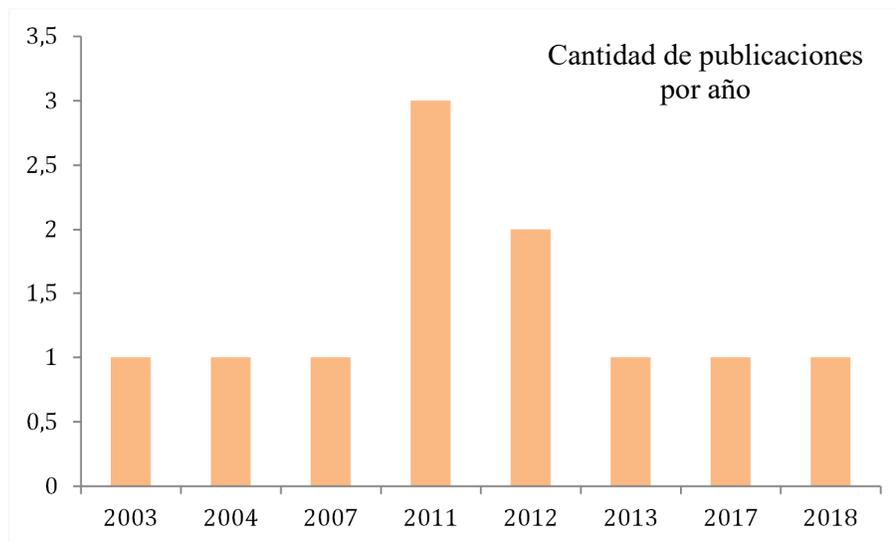


Gráfico 11

Cantidad de publicaciones según idioma en Scielo. Fuente: D'Aquino, Micaela. *Reincorporación al trabajo durante el proceso del duelo gestacional en Buenos Aires: perspectivas de las trabajadoras en la actualidad.* Universidad Nacional Arturo Jauretche. Inédito.

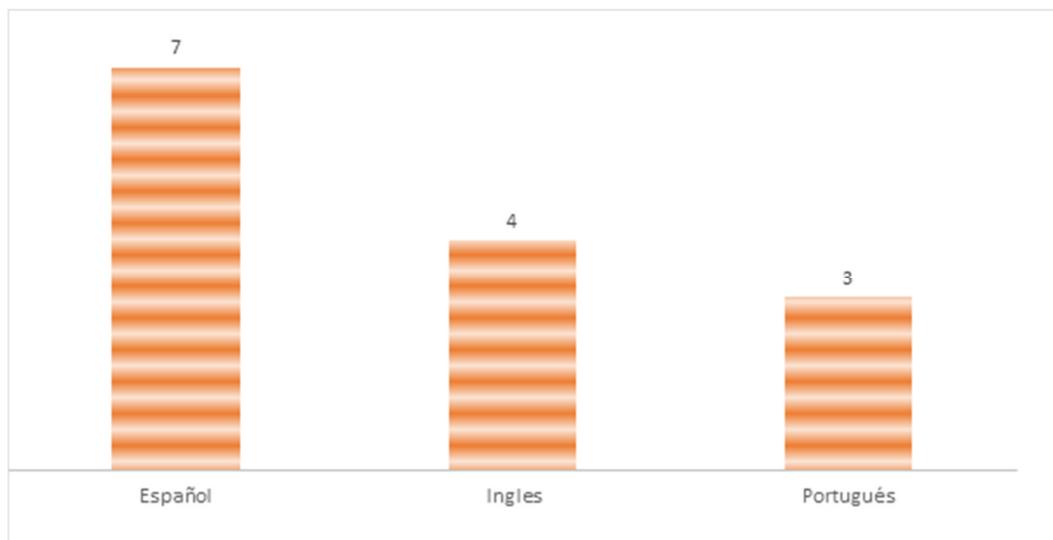


Gráfico 12

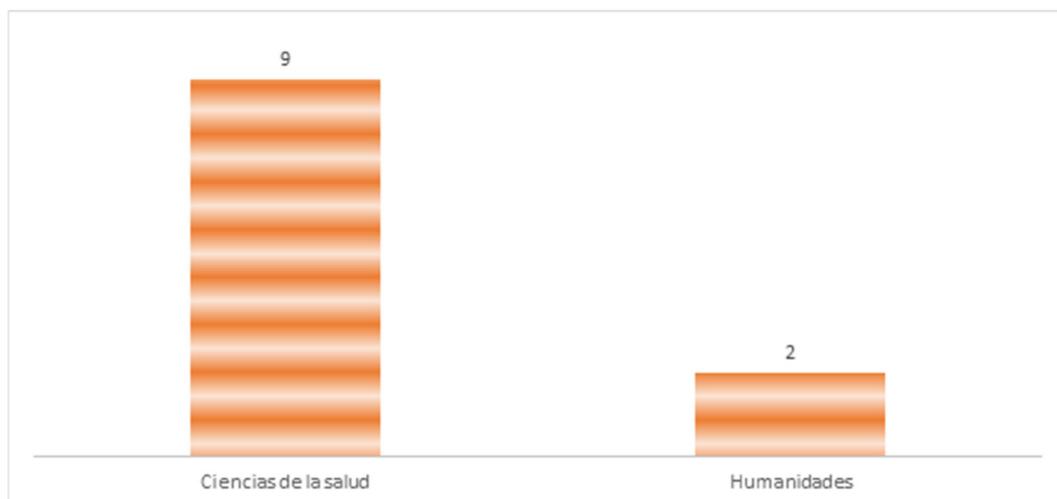
Cantidad de publicaciones según país en Scielo. Fuente: D'Aquino, Micaela. *Reincorporación al trabajo durante el proceso del duelo gestacional en Buenos Aires:*

perspectivas de las trabajadoras en la actualidad. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Inédito.



Gráfico 13

Cantidad de publicaciones según disciplina en Scielo. Fuente: D'Aquino, Micaela. *Reincorporación al trabajo durante el proceso del duelo gestacional en Buenos Aires: perspectivas de las trabajadoras en la actualidad.* Universidad Nacional Arturo Jauretche. Inédito.



Cuadro 3. Búsqueda de Convenios Colectivos de Trabajo en las actividades más feminizadas según el MTySS (2018).

CCT	RAMA/ACTIVIDAD	ASOCIACIÓN GREMIAL	LICENCIA PÉRDIDA DE EMBARAZO
473/2016	SANIDAD	FATSA - FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA CAMARA ARGENTINA DE EMPRESAS DE INTERNACION DOMICILIARIA	NO. FALLECIMIENTO HIJO 7 DIAS
657/2012	SANIDAD	ATSA ROSARIO - ASOCIACION DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA DE ROSARIO CAMARA DE EMERGENCIAS MEDICAS Y MEDICINA EXTRAHOSPITALARIA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE	NO. FALLECIMIENTO HIJO 7 DIAS
609/2010	SANIDAD	ATSA ROSARIO - ASOCIACION DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA DE ROSARIO ASOCIACION DE CLINICAS, SANATORIOS Y HOSPITALES PRIVADOS DE LA CIUDAD DE ROSARIO Y SU ZONA	NO. FALLECIMIENTO HIJO 7 DIAS
476/2006	SANIDAD	ATSA ROSARIO - ASOCIACION DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA DE ROSARIO ASOCIACION DE CLINICAS, SANATORIOS E INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS DE LA CIUDAD DE ROSARIO	NO. FALLECIMIENTO HIJO 7 DIAS
471/2006		ATSA ROSARIO - ASOCIACION DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA DE ROSARIO LA UNIDAD PRESTACIONAL SANTA FE SUR	NO. FALLECIMIENTO HIJO 7 DIAS
470/2006	SANIDAD	ATSA ROSARIO - ASOCIACION DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA DE ROSARIO ASOCIACION DE CLINICAS, SANATORIOS Y HOSPITALES PRIVADOS DE LA CIUDAD DE ROSARIO Y SU ZONA	NO. FALLECIMIENTO HIJO 7 DIAS

459/2006	SANIDAD	FATSA - FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA FEDERACION DE CAMARAS DE EMERGENCIAS MEDICAS Y MEDICINA DOMICILIARIA	NO. FALLECIMIENTO HIJO 7 DIAS
42/1989	SANIDAD	FATSA - FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA FEDERACION ARGENTINA DE INDUSTRIAS DE LA SANIDAD	NO. FALLECIMIENTO HIJO 7 DIAS
434/1975	SANIDAD	MUTUALIDAD DEL MAGISTERIO	³ *SIN DATOS
277/1975	SANIDAD	ATSA - FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA REPRESENTANTES PATRONALES DE CONSULTORIOS MEDICOS, ODONTOLOGICOS Y DE RADIOLOGIA	*SIN DATOS
122/1975	SANIDAD	FATSA - FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA ASOCIACION ARGENTINA DE ESTABLECIMIENTOS GERIATRICOS;ASOCIACION CIVIL DE CLINICAS Y SANATORIOS PRIVADOS DE NEUROPSIQUIATRIA;CAMARA DE INSTITUCIONES MEDICO ASISTENCIALES DE LA REPUBLICA ARGENTINA;CONFEDERACION ARGENTINA DE CLINICAS...	NO. FALLECIMIENTO HIJO 7 DIAS
108/1975	SANIDAD	FATSA - FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA ASOCIACION DE INSTITUTOS Y ORGANIZACIONES MEDICAS SIN INTERNACION;COLMEGNA S.A.	NO. FALLECIMIENTO HIJO 7 DIAS
104/1975	SANIDAD	FATSA - FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA FEDERACION ARGENTINA DE INDUSTRIAS DE LA SANIDAD	NO. FALLECIMIENTO HIJO 7 DIAS
103/1975	SANIDAD	FATSA - FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA	NO. FALLECIMIENTO HIJO 7 DIAS

³*Sin datos debido a no hallarse disponible la página web del Convenio Colectivo de Trabajo.

		ASOCIACION DE HOSPITALES PARTICULARES DE BENEFICIENCIA Y MUTUALISTAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	
559/2009	SANIDAD	ASOCIACION DE MEDICOS DE LA ACTIVIDAD PRIVADA CAMARA DE EMERGENCIAS MEDICAS DE LA CAPITAL	No menciona licencias
619/2011	SANIDAD	ASOCIACION DE MEDICOS DE LA ACTIVIDAD PRIVADA ASOCIACION DE CLINICAS SANATORIOS Y HOSPITALES PRIVADOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA	NO. FALLECIMIENTO HIJO 7 DIAS
552/2008	SANIDAD	ASOCIACION DE MEDICOS DE LA ACTIVIDAD PRIVADA; FEDERACION MEDICA GREMIAL DE LA CAPITAL FEDERAL ASOCIACION DE HOSPITALES DE COLECTIVIDADES Y PARTICULARES SIN FINES DE LUCRO	NO. FALLECIMIENTO DE HIJO 3 DIAS
549/2008		ASOCIACION DE MEDICOS EMPLEADOS (TUCUMAN) FUTURO S.A.; MUTUALIDAD PROVINCIAL TUCUMAN; ORGANIZACION GALVEZ S.A.; SANATORIO 9 DE JULIO S.A.; SANATORIO MODELO S.R.L.; SANATORIO PASQUINI S.R.L.; SANATORIO REGIONAL S.R.L.; SANATORIO RIVADAVIA S.A.; SOS SAN BERNARDO MEDICINA PREPAGA S.A	No. ÍDEM LCT
361/2003	SANIDAD	FEDERACION MEDICA GREMIAL DE LA CAPITAL FEDERAL ASOCIACION DE HOSPITALES DE COLECTIVIDADES Y PARTICULARES SIN FINES DE LUCRO	Ídem 522/08
346/2002	SANIDAD	ASOCIACION DE MEDICOS EMPLEADOS (TUCUMAN) FUTURO S.A.; MUTUALIDAD PROVINCIAL TUCUMAN; ORGANIZACION GALVEZ S.A.; SANATORIO 9 DE JULIO S.A.; SANATORIO MODELO S.R.L.; SANATORIO PASQUINI S.R.L.; SANATORIO REGIONAL S.R.L.; SANATORIO RIVADAVIA S.A.; SOS SAN BERNARDO MEDICINA PREPAGA S.A.	No especifica
325/2000	SANIDAD	FEDERACION MEDICA GREMIAL DE LA CAPITAL FEDERAL	*SIN DATOS

		ASOCIACION ARGENTINA DE ESTABLECIMIENTOS GERIATRICOS	
323/2000	SANIDAD	FEDERACION MEDICA GREMIAL DE LA CAPITAL FEDERAL FEDERACION ARGENTINA DE CAMARAS DE ASOCIACIONES PSIQUIATRICAS	*SIN DATOS
99/1990	SANIDAD	FEDERACION MEDICA GREMIAL DE LA CAPITAL FEDERAL CAMARA ARGENTINA DE EMPRESAS DE EMERGENCIAS Y TRANSPORTE DE PERSONAS EN AMBULANCIAS.	*SIN DATOS
100/1990	SANIDAD	FEDERACION MEDICA GREMIAL DE LA CAPITAL FEDERAL ASOCIACION ARGENTINA DE ESTABLECIMIENTOS GERIATRICOS	NO
71/1989	SANIDAD	FEDERACION MEDICA GREMIAL DE LA CAPITAL FEDERAL ASOCIACION DE HOSPITALES DE COLECTIVIDADES Y PARTICULARES SIN FINES DE LUCRO	NO
42/1989	SANIDAD	FATSA - FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA FEDERACION ARGENTINA DE INDUSTRIAS DE LA SANIDA	NO
697/2014	SANIDAD/DROGUERIAS	Sanidad. Personal administrativo y obrero de todas las droguerías en general. Segunda circunscripción de la provincia de Santa Fe.	No 5 días por fallecimiento de hijo
759/2019	SANIDAD	AMRA	No 7 días fallecimiento hijo
487/2007	EDUCACION	No docentes de la enseñanza privada (universidades)	No Fallecimiento hijo 7 días
469/2006	EDUCACION	NO DOCENTES DE LA ENSEÑANZA PRIVADA (UNIVERSIDADES)	No Fallecimiento hijo 7 días
366/2006	EDUCACIÓN	NO DOCENTES DE LAS INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS NACIONALES	SI 45 DIAS POR HIJOS NACIDOS MUERTOS

326/2000	EDUCACIÓN	NO DOCENTES DE LA ENSEÑANZA PRIVADA (UNIVERSIDADES) EXCEPTO CABA Y GBA	NO ESPECIFICA
318/1999	EDUCACIÓN	NO DOCENTES DE LA ENSEÑANZA PRIVADA (EXCEPTO UNIVERSIDADES)	NO 4 DIAS POR FALLECIMIENTO DE HIJO
257/1995	EDUCACIÓN	NO DOCENTES DE LA ENSEÑANZA PRIVADA (EXCEPTO UNIVERSIDADES)	NO 4 DIAS POR FALLECIMIENTO DE HIJO
187/1992	EDUCACIÓN	NO DOCENTES DE LA ENSEÑANZA PRIVADA (EXCEPTO UNIVERSIDADES)	*SIN DATOS
173/1991	EDUCACIÓN		SI
		DOCENTES Y/O PROFESIONALES UNIVERSITARIOS	45 DIAS
		CONADU	
98/1990	EDUCACIÓN		
		DOCENTES Y/O PROFESIONALES UNIVERSITARIO	
88/1990	EDUCACIÓN		NO ESPECIFICA
		NO DOCENTES DE LA ENSEÑANZA PRIVADA (EXCEPTO UNIVERSIDADES)	
/2003	EDUCACIÓN	CONADU	SI
			45 DÍAS
130/75	COMERCIO	CONVENCION COLECTIVA DE TRABAJO N° 130/75 EMPLEADOS DE COMERCIO.	NO ESPECIFICA 4 DÍAS CORRIDOS DE LICENCIA POR FALLECIMIENTO DE HIJOS
1631/2020	COMERCIO	FEDERACION ARGENTINA DE EMPLEADOS DE COMERCIO Y SERVICIOS;SEC - SINDICATO EMPLEADOS DE COMERCIO DE CAPITAL FEDERAL	NO ESPECIFICA 10 DÍAS HÁBILES POR FALLECIMIENTO DE HIJO
1611/2019	COMERCIO	SINDICATO DE EMPLEADOS DE COMERCIO DE CORRIENTES	NO ESPECIFICA
1583/2018	COMERCIO	FEDERACION ARGENTINA DE EMPLEADOS DE COMERCIO Y SERVICIOS;SINDICATO DE EMPLEADOS DE COMERCIO DE MAR DEL PLATA - ZONA	NO ESPECIFICA

		ATLANTICA	
177/1975	COMERCIO	CONFEDERACION GENERAL DE EMPLEADOS DE COMERCIO FEDERACIÓN ARGENTINA DE ENTIDADES DE SERVICIO FUNEBRE Y AFINES	NO ESPECIFICA
157/1995	COMERCIO	FAECYS - FEDERACION ARGENTINA DE EMPLEADOS DE COMERCIO Y SERVICIOS. EXOLGAN S.A.	NO ESPECIFICA 4 DIAS CORRIDOS POR FALLECIMIENTO DE HIJOS
SN/1995	COMERCIO	FAECYS - FEDERACION ARGENTINA DE EMPLEADOS DE COMERCIO Y SERVICIOS COOPERATIVA DE PROVISION DE AGUA POTABLE Y OTROS SERVICIOS PUBLICOS DE ASENSION LIMITADA Y ADHERIDAS;FEDERACION DE COOPERATIVAS DE AGUA POTABLE Y OTROS SERVICIOS PUBLICOS;FEDERACION SANTAFESINA DE COOPERATIVAS DE AGUA POTABLE;FEDERACION SANTIAGEÑA COOPERATIVAS DE PROVISION DE AGUA POTABLE	SIN DATOS.

Anexo II. Planes de estudio de carreras vinculadas a la atención perinatal.

Planes de estudios en los siguientes links:

<http://www.med.unlp.edu.ar/index.php/grado2/lic-en-obstetricia/plan-de-estudios>

<http://www.med.unlp.edu.ar/index.php/grado2/medicina-1/plan-2004>

<http://www.med.unlp.edu.ar/index.php/grado2/enfermeria-universitaria/plan-de-estudio>

<https://www.fmed.uba.ar/carreras/medicina/plan-de-estudios-plan-cs-759109>

<https://www.fmed.uba.ar/index.php/carreras/licenciatura-en-obstetricia/plan-de-estudios>

<https://www.fmed.uba.ar/carreras/licenciatura-en-enfermeria/plan-de-estudios>

https://www.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/2018/12/Plan-de-estudios-Enfermeria_Version-2018-abreviado.pdf

https://www.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/2019/04/Medicina_Plan-de-estudios-para-web.pdf

<http://undav.edu.ar/index.php?idcateg=224>

<http://undav.edu.ar/general/recursos/adjuntos/6157.pdf>

Cuadro 1. Listado de currículas alusivas al duelo perinatal por carreras y universidad

	UBA	UNAJ	UNDAV	UNLP
Lic. en Obstetricia	Introducción a la disciplina obstétrica	No posee	No posee	Obstetricia normal
	Ciencias psicosociales y la disciplina obstétrica			Obstetricia patológica
	Obstetricia normal			La salud materno infantil
	Neonatología normal			Clínica obstétrica normal y patológica
	Psicología evolutiva situacional			Neonatología normal y patológica
	Psicología situacional del embarazo			
	Atención perinatal			
	Obstetricia patológica			
	Neonatología patológica			
	Salud mental			
	Antropología y obstetricia			
Lic. en Enfermería	Psicología evolutiva	Antropología de la salud	Trabajo social comunitario	Atención de Enfermería en Salud Materno Infantil
	Enfermería en salud mental	Psicología	Relaciones humanas en cuidados de enfermería	Enfermería en Salud Mental
	Enfermería en salud mental	Comunicación en salud	Psicología de la personalidad	
	Enfermería en Salud Materno Infantil	Cuidados integrales de la salud materno infantil	Psicología evolutiva	
		Aspectos éticos y legales en enfermería		
		Enfermería en salud mental y psiquiatría		
Medicina	Salud mental	Salud mental		Psicología médica
	Obstetricia	Salud y enfermedad en la mujer		

Cuadro 1. Fuente: UBA, UNAJ, UNDAV, UNLP. Elaboración propia.

Anexo III. Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019 – Encuesta a profesionales de la salud de un hospital materno-infantil del Gran Buenos Aires.

Preguntas de clasificación- Participación.

Preguntas de Clasificación	Datos Absolutos
Sexo	
Mujer	27
Varón	2
Otro	0
No responde	9
Total	38
Edad	
Menos de 30	5
Entre 30 y 40	12
Entre 41 y 50	4
Entre 51 y 60	1
Mas de 60	1
No responde	12
Total	38
Profesión	
Médicos/as	10
Lic. en Obstetricia	9
Médicos/as Neonatólogos/as	12
Enfermeros/as	2
Estudiantes	2
Otra especialidad	2
No responde	1
Total	38

Tabla 4.: Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

Tabla 5. Años de experiencia en función de la profesión.

Profesión	Menos de 5 años de experiencia	Entre 5 y 10 años de experiencia	Entre 10 y 15 años de experiencia	Entre 15 y 20 años de experiencia	Entre 20 y 30 años de experiencia	Más de 30 años de experiencia
Médico/a	3	5	1	0	3	0
Lic. en Obstetricia	5	1	1	0	2	3
Médicos/as Neonatólogos/as	0	0	0	0	2	0
Enfermeros	0	0	1	0	0	0
Estudiantes	1	0	0	0	0	0
Otra especialidad			1			
Total	9	6	4	0	7	3

En base a 29 respuestas

Tabla 5. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

Tablas de preguntas y respuestas del cuestionario⁴

PARTE I -PROTOCOLOS DE COMUNICACIÓN

1. ¿Conoce alguna guía, protocolo o similar sobre cuidados en el duelo perinatal?	Mujeres	Varones
Sí	2	0
No	32	2
Prefiero no responder	1	1
Total	35	3

Tabla 6. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

2. ¿Utiliza alguna guía, protocolo o similar (incluyendo alguna guía de preguntas que Ud. suele realizar de rutina) sobre cuidados en el duelo perinatal? Por favor, Por favor, marque su respuesta.	Mujeres	Varones
Sí	2	0

⁴ Las preguntas faltantes han sido abiertas al desarrollo y sus respuestas están expresadas en los capítulos 6 y 7.

No	32	2
Prefiero no responder	1	1
Total	35	3

Tabla 7. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

	Sí	No	Prefiero no responder	NS/NC
2.1. ¿Utiliza alguna guía, protocolo o similar (incluyendo alguna guía de preguntas que Ud. suele realizar de rutina) sobre cuidados en el duelo perinatal? Por favor, Por favor, marque su respuesta.	2	32	3	1
Total				38

Tabla 8. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

	Sí	No	Prefiero no responder	NS/NC
3 ¿Considera que sus conocimientos sobre la muerte perinatal son suficientes para acompañar a las mujeres que han atravesado esta situación?	4	32	1	1
Total				38

Tabla 9. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

	Sí	No	Prefiero no responder	NS/NC
4. ¿Ha realizado algún curso o taller sobre el acompañamiento al duelo perinatal en los últimos 5 años? Por favor, marque su respuesta.	6	31	0	1
Total				38

Tabla 10. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

	Sí	No	Prefiero no responder	NS/NC
5. ¿Ha realizado algún curso o taller sobre habilidades de comunicación en los últimos 5 años? Por favor, marque su respuesta.	6	28	3	1
Total				38

Tabla 11. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

	Sí	No	Prefiero no responder	NS/NC
6. ¿Recuerda haber tenido dentro su formación académica materias relacionadas al duelo perinatal? Por favor, indique la respuesta.	16	19	2	1
Total				38

Tabla 12. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

	Sí	No	Prefiero no responder	NS/NC
7. ¿Cuáles cree que deberían ser los contenidos de una capacitación para personal de salud sobre atención a mujeres que atraviesan muertes perinatales? Por favor, comente todo lo que desee.	16	19	2	1
Total				38

Tabla 13. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

	Sí	No	Prefiero no responder	NS/NC
8. A lo largo de su carrera ¿Le ha tocado comunicar una muerte perinatal? Por favor, indique la respuesta.	17	18	2	1
Total				38

Tabla 14. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

	Sí	No	Prefiero no responder	NS/NC
9. Y ¿Le ha tocado presenciar una muerte perinatal? Por favor, indique la respuesta.	25	12	0	1

Total	38
--------------	-----------

Tabla 15. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

10. A la hora de comunicar y dar información a las mujeres que han sufrido una muerte perinatal, ¿Utiliza Ud. alguna de estas herramientas? ¿Y en general, la mayoría de sus colegas del hospital utiliza estas herramientas? Por favor, circule la respuesta	10.1	10.1	10.2	10.2
	Usted	Usted	La mayoría De los colegas del Htal.	La mayoría De los colegas del Htal.
	Sí	No contesta	Sí	No contesta
1. Mirar al los ojos, expresión facial relajada.	21		15	
2. Control de la comunicación no verbal, postura relajada.	15		13	
3. Calidez en la comunicación.	22		16	
4. Proximidad física permitida (apretón de manos, abrazo, mano en el hombro).	19		11	
5. Utiliza los silencios o frases que le eviten comunicarse	9		8	
6. Lenguaje claro y preciso	23		16	
7. Ofrece llamar a algún familiar, se pone a disposición.	22		18	
8. Deriva a un especialista en el tema	11		6	
9. Se pone a disposición para contestar preguntas	19		15	
Prefiero no responder	13		14	
Total				

Tabla 16. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

	Sí, generalmente puedo	Sí, a veces puedo. Depende de la situación	No	Prefiero no responder	Ns/Nc
13. ¿Siente que puede manejar los sentimientos de rabia o agresividad que pueden presentar en ocasiones estas pacientes? Por favor, indique la respuesta	10	14	5	8	1
Total					38

Tabla 17. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

15. A la hora de acompañar en el proceso del duelo en mujeres que han perdido un embarazo ¿Qué aspectos atiende? Puede seleccionar más de una respuesta	Sí	No contesta	Total
	Sí	No contesta	
1. Apoyo emocional a la mujer y su pareja	21	17	38
2. Cuidados físicos maternos.	14	24	38
3. Exploración de las necesidades espirituales y particularidades culturales.	10	28	38
4. Acceso a guías espirituales.	5	33	38
5. Educación a la mujer y su pareja sobre el proceso de duelo, evolución física y cuidados tras el alta.	8	30	38
6. Apoyo social y/o familiar: informar a la familia y permitir la presencia de estos.	23	15	38
7. Asegura la continuidad asistencial coordinando con otros profesionales (como psicólogos o trabajadores sociales).	21	17	38

Tabla 18. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

17. ¿Cuáles de las siguientes frases considera más adecuada para contener a una persona que acaba de sufrir una muerte perinatal? Por favor, seleccione la respuesta	Muy adecuada	Poco adecuada	Nada adecuada	Ns/Nc	Total
1. Lo siento mucho, es un bebé precioso.	4	10	14	10	38
2. El tiempo lo cura todo.	0	7	21	10	38
3. Sos muy joven, posiblemente tendrás otros hijos.	1	7	20	10	38
4. Debes ser fuerte por tus otros hijos (si es que la paciente indica que ya tiene otros).	10	11	7	10	38
5. Ahora está en el cielo y es un ángel.	3	12	13	10	38
6. ¿Necesitas hablar? Estamos aquí para escuchar.	28	1	1	8	38
7. Es mejor así, (si tenía una	0	10	18	10	38

malformación) ya no va a sufrir.					
8. Díganle cuánto lo quieren.	16	7	5	10	38
9. Es un momento muy duro para ustedes.	21	6	3	8	38
10. Llamar al bebé por el nombre.	20	3	7	8	38
11. ¿Necesitas que hagamos algo en particular para ayudarte?	27	0	0	11	38
12. Dios así lo quiso, todo pasa por algo.	1	8	18	11	38
Pregunta de opción múltiple					

Tabla 19. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

PARTE II - ATENCIÓN EN LA MUERTE PERINATAL

18. ¿Siente que sabe actuar cuando ofrece apoyo emocional a mujeres que han sufrido una pérdida perinatal? Por favor, indique la respuesta	Sí	No	Prefiero no responder	No sé	No contesta
	14	12	3	8	1
Total					38

Tabla 20. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

19. ¿Encuentra difícil acompañar a sus pacientes en el duelo de su pérdida perinatal? Por favor, indique la respuesta.	Sí	No	Prefiero no responder	No contesta
	18	10	8	2
Total				38

Tabla 21. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

21. ¿Informa a sus pacientes sobre las circunstancias de la muerte y los procedimientos que va a llevar a cabo? Por favor, indique la respuesta.	Sí	No	Prefiero no responder	No contesta
	25	3	9	1
Total				38

Tabla 22. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

22. En caso de atender un parto en situación de muerte fetal ¿pregunta a sus pacientes sus preferencias respecto a cómo llevar a cabo el parto (anestesia, tipo de parto)? Por favor, indique la respuesta.	Sí	No	Prefiero no responder	No contesta
	14	7	7	10
Total				38

Tabla 23. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

23. ¿Facilita que las mujeres y sus parejas puedan ver, tocar y/o estar con el cuerpo un tiempo que les permita despedirse? Por favor, indique la respuesta.	Sí	No	Prefiero no responder	No contesta
	28	1	6	3
Total				38

Tabla 24. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

24. ¿Guarda algún elemento como cabello, huellas, fotografías u otro elemento para entregar a las mujeres y sus parejas como recuerdo? Por favor, indique la respuesta	Sí	No	Prefiero no responder	No sé	No contesta
	12	16	7	2	1
Total					38

Tabla 25. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

25. ¿Siente que cuando acompaña el duelo de estas mujeres está influyendo positivamente en su recuperación? Por favor, indique la respuesta.	Sí	No	Prefiero no responder	No sé	No contesta
	20	3	10	4	1
Total					38

Tabla 26. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

27. ¿Comenta con sus compañeros los pensamientos, sentimientos o preocupaciones que puede causarle a usted este acompañamiento? Por favor, indique la respuesta.	Sí	No	Prefiero no responder	No contesta
	15	10	11	2
Total	38			

Tabla 27. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

28. ¿Cómo valoraría la calidad de su propia atención ante la muerte perinatal con una escala del 1 al 10, donde 10 es muy buena atención?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Respuestas	0	0	0	1	3	7	5	6	1	0
Total En base a 23 respuestas										

Tabla 28 Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

Promedio de calidad brindada autopercebida:

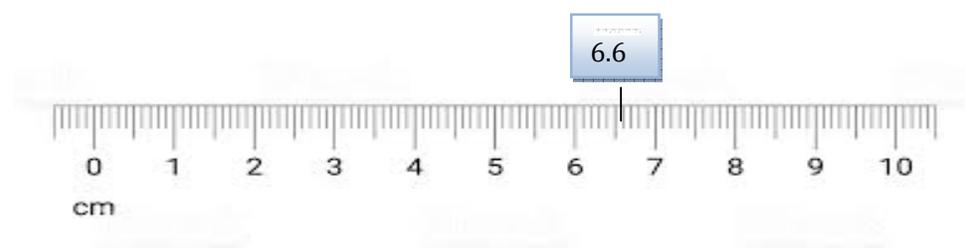


Gráfico 14. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

PARTE III -INFRAESTRUCTURA

29. En el posparto ¿Alojan a la mujer en una sala con otras mujeres y sus bebés recién nacidos? Por favor, indique la respuesta.	Sí	No	Prefiero no responder	No contesta

	5	20	12	1
Total	38			

Tabla 29. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

30 ¿Cuáles de las siguientes cuestiones ofrece la institución para las mujeres que han sufrido una muerte perinatal? Puede seleccionar más de una opción	Cantidad de respuestas
1. Sala con otras madres que atraviesan la misma situación.	9
2. Sala con otros pacientes, lejos de llantos de bebés.	13
3. Asegura la continuidad asistencial coordinándose con otros profesionales (como psicólogos o trabajadores sociales)	23
Total base (pregunta de opción múltiple)	45

Tabla 30. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

32. ¿Considera Ud. que sería posible implementar una sala especial para madres que atravesaron una muerte perinatal en su institución? Por favor, indique la respuesta.	Sí	No	Prefiero no responder	No sé	No contesta
	22	2	12	1	1
Total	38				

Tabla 31. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

33. ¿Colocan algún símbolo en la cama / historia clínica para que todos los miembros del equipo sepan que la mujer atraviesa muerte perinatal (por ejemplo, una mariposa)? Por favor seleccione la respuesta	Sí	No	Prefiero no responder	No sé	No contesta
	4	17	14	1	2
Total	38				

Tabla 32. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

PARTE V- APOYO ANTE EL DUELO

34. ¿Entregan los cuerpos a las pacientes para que los lleven a cremación ellas mismas? Por favor, seleccione la respuesta	Sí	No	Prefiero no responder	No sé	No contesta
	14	3	18	2	1
Total					38

Tabla 33. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

35. ¿Cómo entregan los cuerpos? Por favor, seleccione la respuesta	Cantidad de respuestas
1. En una bolsa de color verde	0
2. En una bolsa de color negra	0
3. En una caja de cartón	6
4. No sé cómo entregan los cuerpos	19
5. Prefiero no responder	11
6. No contesta	2
Total	38

Tabla 34. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

36. ¿Hay una cochería/ empresa de servicios fúnebres que hace el traslado de los cuerpos? Por favor indique la respuesta	Sí	No	Prefiero no responder	No sé	No contesta
	4	2	14	12	6
Total					38

Tabla 35. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

37. ¿Facilitan la opción de realizar algún rito funerario? Por favor, seleccione la respuesta	Sí	No	Prefiero no responder	No sé	No contesta
	4	6	12	15	1
Total					38

Tabla 36. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

38. ¿Facilitan la opción de anotar el nombre que habían elegido para su	Sí	No	Prefiero no responder	No sé	No contesta
---	----	----	-----------------------	-------	-------------

futuro hijo en un libro/ cuaderno? Por favor, indique la respuesta					
	9	5	13	9	2
Total					38

Tabla 37. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

39. ¿Les ofrecen a las mujeres apoyo psicológico luego de la pérdida? Por favor, seleccione la respuesta	Sí	No	Prefiero no responder	No sé	No contesta
	21	0	12	4	1
Total					38

Tabla 38. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

40. ¿Le ofrecen a las mujeres un manual de apoyo o recomendaciones luego de la pérdida? Por favor, seleccione la respuesta	Sí	No	Prefiero no responder	No sé	No contesta
	4	6	12	14	2
Total					38

Tabla 39. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

41. ¿Existen grupos de apoyo de pares para acompañar a la mujer que ha sufrido la pérdida? Por favor, circule la respuesta.	Sí	No	Prefiero no responder	No sé	No contesta
	9	3	12	13	1
Total					38

Tabla 40. Fuente: Cuestionario de acompañamiento al duelo perinatal, 2019. Elaboración propia.

Aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital de Alta complejidad El Cruce

Florencio Varela, 12 de Noviembre de 2019

DICTAMEN DE EVALUACION ETICA 69/2019

A la IP. Ana Lucia Olmos Alvarez y equipo de investigación

Director Ejecutivo del H. Alta Complejidad El Cruce

Dr. Gonzalez Villa Monte Gabriel

S/D

Ante la presentación efectuada y conforme las competencias del Comité de Ética en Investigación y habiendo evaluado el proyecto de investigación: "Creencias y salud: Articulaciones biomédicas y espirituales en el proceso de salud-enfermedad-atención en Avellaneda".

Y Considerando:

- La pertinencia del estudio, teniendo en cuenta el conocimiento disponible, así como los requisitos de la Ley 11.044 y Decreto Reglamentario 3385/08.
- Los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, justificación de los riesgos y molestias previsibles para el participante, así como los beneficios esperados.
- El informe técnico de evaluación.
- El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información para el participante y formulario de consentimiento, como así también el resguardo de la confidencialidad.-

El Comité de Ética en investigación del Hospital Alta Complejidad en Red El Cruce NCK, dictamina en forma **favorable**, desde el punto de vista ético, para la realización del proyecto en el Hospital.-

Documentos Evaluados y aprobados

- I. Solicitud Evaluación_ OLMOS ALVAREZ
- II. Proyecto UNDAVCYT Especial 2017 - Olmos Alvarez_2019
- III. UNDAVCYT_CONSENTIMIENTO INFORMADO Y HOJA DE INFORMACION
- IV. RES 1092-18 Aprobación de los proyectos en el marco de la Convocatoria UNDAVCYT Edición Especial 2017 (Expte. 892-17)
- V. Nota_ El Cruce Dra. Paiva HEMI Ana Goitia
- VI. CUESTIONARIO SOBRE ACOMPAÑAMIENTO AL DUELO PERINATAL
- Cuestionario_CUE REINCORPORACION LABORAL LUEGO DE LA PERDIDA DE EMBARAZO

1. Deberá presentar al Comité de Etica de Investigación en forma periódica cada tres, seis meses y finales del presente proyecto, los correspondientes informes finales.-
2. Queda sujeto al cumplimiento de las disposiciones establecidas por la Ley 11.044 y Decreto 3385/2008 de la Pcia. de Buenos Aires, Declaración de Helsinki (versión Fortaleza 2013), Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, Pautas CIOMS y Pactos de Derechos Humanos vigentes en la República Argentina.-
3. Se le solicita al Investigador Principal una nota compromiso sobre el resguardo de confidencialidad de los datos de los pacientes.



Dr. Juan Pablo von Arx
Presidente Comité de Etica en Investigación
Hospital Alta Complejidad El Cruce