



newsletter del observatorio n°42

2 de mayo de 2011

Asignación por embarazo para la protección social:

Una herramienta para reducir la mortalidad materno-infantil.

Gisell Cogliandro

Introducción

Recientemente se aprobó la ampliación de la cobertura del Programa Asignación Universal por Hijo (AUH) a las embarazadas en situación de vulnerabilidad, es decir, para las madres desocupadas o que tienen un trabajo informal. La nueva "Asignación por Embarazo para Protección Social" se estableció a través del Decreto N°446/2011, y modifica la Ley N° 24.714 de Asignaciones Familiares. El objetivo principal es brindarle protección social a las madres en situación de vulnerabilidad socioeconómica desde el estado de gestación, de forma tal de ofrecerles servicios públicos de diagnóstico y tratamiento oportuno, a los fines de disminuir los índices de mortalidad materna, perinatal, neonatal e infantil que se encuentran asociados a problemas en el acceso a los servicios de salud.

Por su parte, el programa Asignación Universal por Hijo para la Protección Social se creó mediante el Decreto N° 1602/2009 en noviembre de 2009. El objetivo principal es mejorar la situación de niños/as y adolescentes en condiciones de vulnerabilidad social. De esta manera, se incorporó al ya existente Régimen de Asignaciones Familiares Ley N° 24.714 un subsistema no contributivo de Asignación Universal por Hijo para la Protección Social, destinado a aquellos niños, niñas y adolescentes de la Argentina que no contaran con otra asignación familiar prevista por el régimen existente y pertenecieran a grupos familiares desocupados o que se desempeñaran en la economía informal.

Los titulares del beneficio son las madres y los padres de los niños/as y adolescentes que sean monotributistas sociales, o se encuentren desocupados o se desempeñen en la economía informal y perciban una remuneración inferior al salario mínimo, vital y móvil. Asimismo, están comprendidos los trabajadores y las trabajadoras incorporados al Régimen Especial de Seguridad Social para Empleados del Servicio Doméstico que perciban un ingreso menor al salario mínimo, vital y móvil.

El beneficio consiste en una prestación monetaria no retributiva de carácter mensual, que se abona a uno solo de los dos padres. La prestación actual es de \$220 por cada niño/a

acreditado por el grupo familiar hasta un máximo acumulable al importe equivalente a cinco menores. A cambio deberá probarse el cumplimiento de los controles sanitarios y del plan de vacunación obligatorio para los niños/as hasta los 4 años inclusive; y la asistencia escolar para los niños/as desde los 5 hasta los 18 años.

Hasta el momento, las mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad social no estaban contempladas en este régimen. Debido a que la mortalidad materna es un indicador de la injusticia social, la inequidad de género y la pobreza, ya que el problema se vincula estrechamente con las dificultades de acceso a la educación y a los servicios de atención médica especializados, el nuevo régimen de asignación por embarazo busca proteger a las madres desde el estado de gestación.

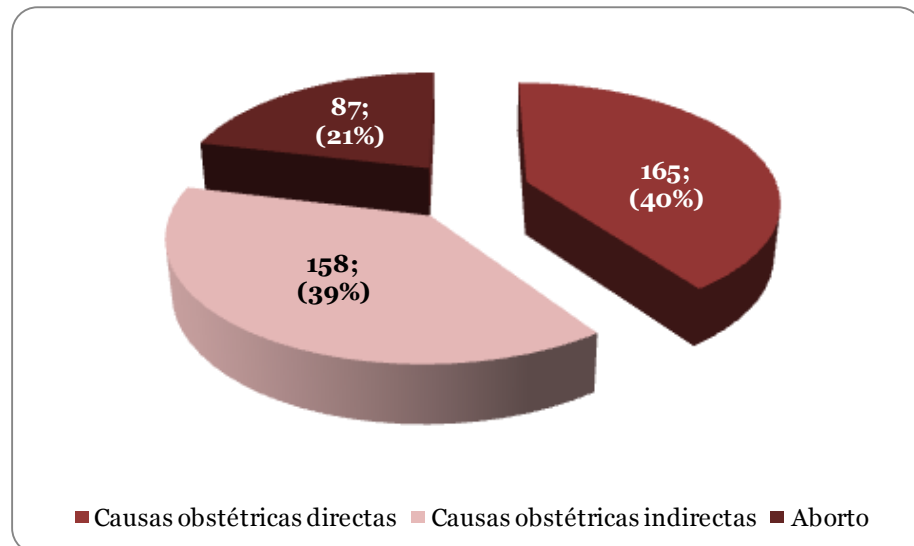
El objetivo de este newsletter es analizar las características principales del nuevo programa "Asignación por Embarazo para Protección Social" considerando la situación actual de la mortalidad materno-infantil que se presenta aún como un desafío pendiente.

1. La mortalidad materno-infantil: un desafío social pendiente.

La mortalidad materna y la mortalidad infantil se encuentran en estrecha relación con aspectos económicos, sociales culturales y estructurales del sistema de salud, ya que todos ellos determinan –el nivel de bienestar de las mujeres en términos de salud, nutrición y educación (Presidencia de la Nación 2005: 43). Esta correlación significa que las madres en condiciones sociales desfavorables tienen mayores probabilidades de morir –ellas o sus hijos– o de tener embarazos y partos de alto riesgo¹.

La Organización Mundial de la Salud define la defunción materna como "la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales" (OMS, 2008).

Gráfico 1: Causas de las defunciones maternas. Año 2009.



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Estadísticas Vitales – Información Básica 2009. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Noviembre 2010.

En Argentina, en el año 2009 se produjeron 410 muertes maternas, de las cuales: el 40%, (165 casos), fueron por causas obstétricas directas (Estadísticas Vitales, Ministerio de Salud de la Nación). Es decir, se produjeron por factores relacionados directamente con el control del embarazo y con la atención del parto, tales como trastornos hipertensivos, hemorragias anteparto y posparto y sepsis, entre otras. Esto significa que estas muertes pueden ser

¹ Citado en Lupica, C. y Cogliandro, G. (2007). "Las brechas sociales de la maternidad en la Argentina. Anuario de Maternidad, Observatorio de la Maternidad. Buenos Aires, septiembre.

evitables con cuidados y controles prenatales. Por otra parte, el 39% de las muertes maternas se debieron a causas obstétricas indirectas –por enfermedades presentes antes del embarazo– y el 21% restante se explican por abortos.

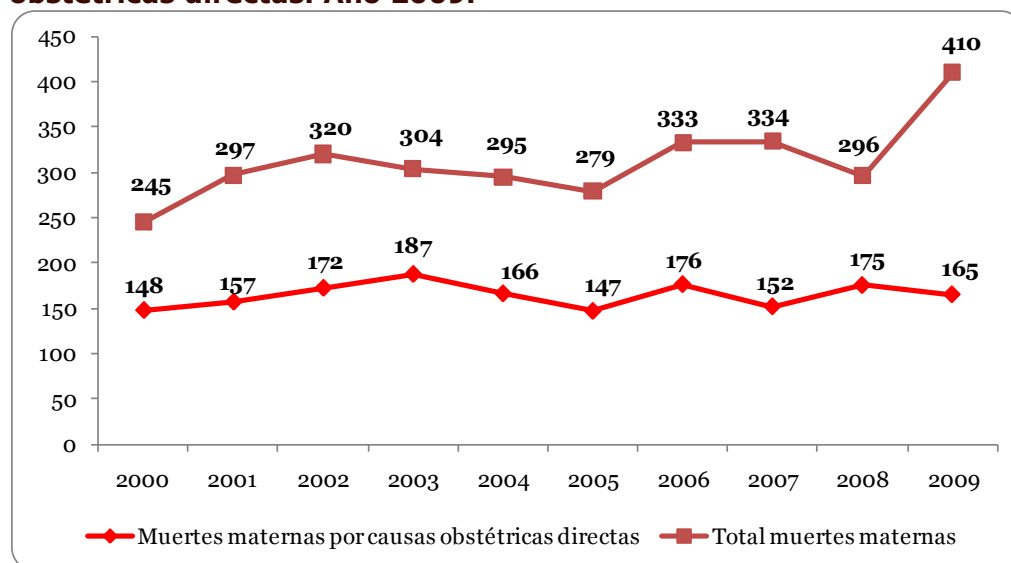
La evolución de las muertes maternas

En los últimos diez años las muertes maternas se incrementaron un 67% pasaron de 245 casos en el año 2000 a 410 casos en el 2009. Este incremento también se refleja en el incremento de la Tasa de Mortalidad Materna², ya que pasó de 3,5 por cada 10.000 nacidos vivos a 5,5 en dicho período de tiempo.

Cabe destacar que en el año 2009 el mayor incremento se debió a las muertes por la Gripe A. Si lo compara con el año 2008 por ejemplo se comprueba que hubo 296 casos atribuidos a esta causa. De acuerdo a las Estadísticas Vitales 2009 del Ministerio de Salud, se registraron 95 muertes por enfermedades respiratorias, pero solo se certificaron 33 defunciones por la Gripe A. Es importante destacar, que puede haber omisión de causa relacionada con la Gripe A en el resto de las muertes maternas por enfermedades del sistema respiratorio. Sin embargo, si se considera el incremento de los últimos años teniendo de referencia el año 2008, el incremento de las muertes maternas es del 21%.

De esta manera, tal como se observa en el Gráfico 2 la tendencia de las muertes maternas no presenta mejoras significativas y si bien en algunos años se observan reducciones no tiene una tendencia constante.

Gráfico 2: Evolución de las muertes maternas y de las muertes maternas por causas obstétricas directas. Año 2009.



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Estadísticas Vitales – Información Básica, 2000 - 2009. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires.

Por otra parte, la evolución de las muertes por causas obstétricas directas que representan el 40% de las defunciones maternas presenta un incremento del 11% en los últimos diez años, pasando de 148 casos en el año 2000 a 165 casos en el año 2009. Cabe destacar que, estas muertes pueden ser evitables si se mejoran las condiciones sociales de las madres embarazadas y el acceso a los servicios de salud, que les efectivizar los controles prenatales necesarios.

Estos datos evidencian la importancia de continuar promoviendo acciones tendientes a reducir las causas que impactan sobre la mortalidad materna.

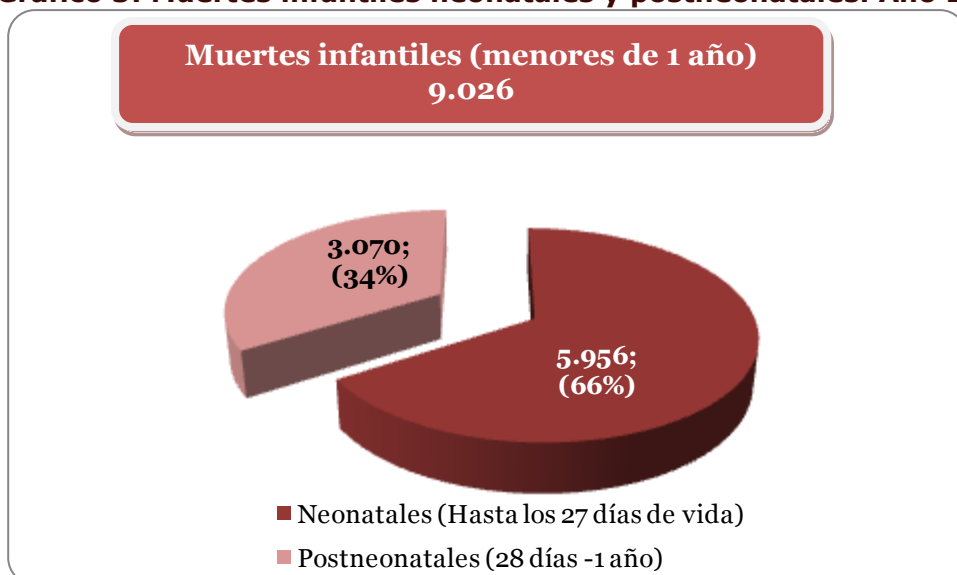
² La TMM expresa la relación entre el número de defunciones por causas maternas acaecidas en la población femenina de un área geográfica dada durante un año determinado, y el número de nacidos vivos registrados en la misma área geográfica y para el mismo año.

Mortalidad infantil: la incidencia de las muertes neonatales.

De acuerdo al Ministerio de Salud (2010: 118)³, la mortalidad infantil comprende, "la mortalidad de menores de un año: se llama mortalidad neonatal a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión mortalidad postneonatal designa la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año".

En Argentina, en el año 2009 se produjeron 9.026 muertes infantiles, de las cuales el 66% correspondían a la mortalidad neonatal (5.956 casos) y el 34% a las muertes postneonatales (3.070 casos).

Gráfico 3: Muertes infantiles neonatales y postneonatales. Año 2009.



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Estadísticas Vitales – Información Básica 2009. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Noviembre 2010.

Más de la mitad de las muertes neonatales (55,4%) es decir 3.301 casos son reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno. De los cuales, 1.925 por acciones realizadas durante el embarazo, 554 casos durante el parto y 756 casos en los recién nacidos (Tabla 1). Por otra parte, el 40,3% restante de las muertes neonatales son difícilmente reducibles.

Tabla 1: Grupo de causas de las muertes neonatales (hasta los 27 días de vida).

Grupo de causas de las muertes neonatales	Cantidad	%
TOTAL	5.956	100,0
Reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno	3.301	55,4%
En el embarazo	1.925	32,3%
En el parto	554	9,3%
En el recién nacido	756	12,7%
Otras reducibles	66	1,1%
Difícilmente reducibles	2.403	40,3%
Otras causas y causas mal definidas	252	4,2%

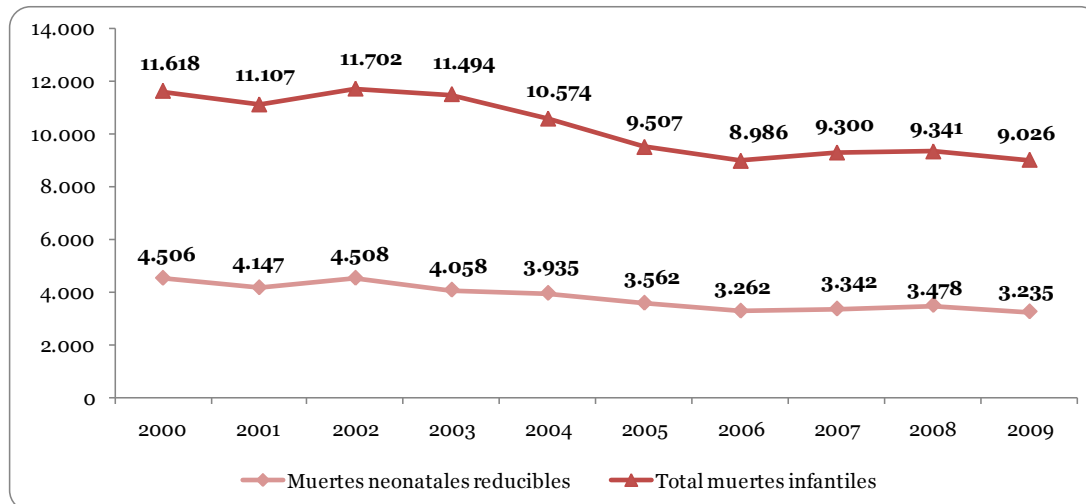
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Estadísticas Vitales – Información Básica 2009. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Noviembre 2010.

Es por ello, que son claves los controles y seguimiento de las madres embarazadas para lograr reducir la mortalidad infantil. De esta manera, la extensión de la AUH a las embarazadas constituye una muy buena oportunidad para mejorar el acceso de estas madres a los controles de salud durante su embarazo.

³ Ministerio de Salud (2010). "Estadísticas Vitales. Información Básica 2009". Noviembre, Buenos Aires.

Por otra parte, en los últimos diez años las muertes infantiles descendieron un 22%, pasaron de 11.618 casos en el año 2000 a 9.026 casos en el año 2009. Este descenso también se observa en las Tasas de Mortalidad Infantil⁴, ya que pasaron de 16,6 por cada 1.000 nacidos vivos en el 2000 a 12,1 en el 2009. Mientras que, este descenso fue mayor en el caso de la muertes neonatales de causas reducibles –el 28%– por diagnóstico, prevención y tratamiento vinculadas al embarazo, el parto y en el recién nacido. Estas muertes pasaron de 4.506 casos en el año 2000 a 3.235 casos en el año 2009.

Gráfico 4: Evolución de las muertes infantiles 2000-2009.



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Estadísticas Vitales – Información Básica, 2000 - 2009. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires.

De esta manera, si bien se observa una tendencia más clara de reducción en el caso de la mortalidad infantil en comparación a lo que ocurrió con la mortalidad materna, en ambas poblaciones todavía es un desafío importante lograr mejorar la situación de las madres y los niños en situación de vulnerabilidad social.

En este sentido, que la mortalidad materna, perinatal y neonatal sea superior en la población que se encuentra en situación de pobreza e indigencia, es un indicador de que lograr la universalización de los programas destinados a mejorar de manera integral la salud materno infantil, desde la etapa de gestación, contribuirá a lograr una mayor equidad social.

2. La nueva Asignación por Embarazo para la Protección Social.

La extensión de la cobertura de la Asignación Universal por Hijo para las embarazadas se realizó a través del Decreto N° 406/2011. Este decreto estableció como beneficiarias a las embarazadas desde la décimo segunda semana del embarazo hasta el nacimiento o interrupción del embarazo. Las condiciones para acceder al beneficio son: estar desocupada, ser monotributista social sin ninguna prestación contributiva o no contributiva; desempeñarse en la economía informal o en el servicio doméstico, y percibir un salario igual o inferior al salario mínimo vital y móvil.

El beneficio consiste en una prestación monetaria no retributiva mensual de \$220. Para ello la mujer embarazada deber ser argentina o nativa por opción, naturalizada o residente, con residencia legal en el país no menor a 3 años. Debe acreditar la identidad mediante el DNI, y el "estado de embarazo", mediante la inscripción en el Plan Nacer del Ministerio de Salud de la Nación⁵. En aquellos casos que prevea la reglamentación, en que la embarazada cuente con

⁴ La Tasa de Mortalidad Infantil relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año.

⁵ El Plan Nacer es un programa que se creó en el año 2005 dentro del ámbito del Ministerio de Salud y brinda cobertura de salud a embarazadas, puérperas hasta 45 días y niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. El Plan tiene como finalidad disminuir los índices de morbimortalidad materno infantil fortaleciendo la red pública de atención primaria de la salud. Este programa funciona en los hospitales, maternidades y centros de atención primaria. Actualmente el programa cuenta con 1.398.353 según los datos del Ministerio de Salud. <http://www.plannacer.msal.gov.ar/index.php/contents/detail/datos-nacionales-de-gestion>.

cobertura de obra social, la acreditación del estado de embarazo será mediante certificado médico. Cabe aclarar, en el caso de embarazo múltiple sólo le corresponderá el importe equivalente a una asignación por embarazo, dado que lo que se está cubriendo con esta prestación es el "cuidado de su embarazo". Sin embargo, la percepción de esta asignación no es incompatible con la AUH para los niños menores de 18 años o sin límite de edad cuando se trate de un niño con discapacidad a cargo de la mujer embarazada.

La modalidad de pago consiste en que el 80% del monto previsto (\$176) se abona mensualmente a las beneficiarias y el 20% (\$44) restante será efectivizado una vez finalizado el embarazo y en un solo pago, en la medida que se cumplan con los controles médicos de seguimiento previsto en el Plan Nacer del Ministerio de Salud.

El programa prevé cubrir alrededor de 177.177 mujeres a partir del 1º de mayo y para ello está previsto destinar un presupuesto de \$234 millones aproximadamente en el año 2011. (ANSeS, <http://www.anses.gob.ar/prensa/noticia.php?id=213>).

Las condicionalidades exigidas a las mujeres embarazadas.

Para acceder al beneficio, las mujeres embarazadas deben inscribirse en el Plan Nacer. Una vez confirmado el embarazo, deben llevar una tarjeta de seguimiento de su embarazo a fin de registrar los controles sanitarios que prevé dicho programa social. Los controles que deben realizarse durante el embarazo son los que se enumeran a continuación: a) cinco controles médicos de peso, medición de la embarazada, control mamario, medición de la panza, latidos del bebé y papanicolau; b) recibir información sobre cuidados durante el embarazo, luego del parto y del recién nacido, situaciones de consultas urgentes durante el embarazo y luego del parto, lactancia materna, etc.; d) examen odontológico, y análisis de sangre y orina: Grupo sanguíneo, chagas, sífilis, SIDA, cultivo de orina, etc.; e) vacunas: dos dosis de vacuna doble (tétano y difteria) en el embarazo y una dosis de vacuna doble viral (sarampión y rubeola) luego del parto; f) realización de dos ecografías y g) derivación en caso de ser necesario a: médicos especialistas, nutricionistas asistentes sociales, psicólogo, etc.

De esta manera, el gobierno manifiesta que el cumplimiento de la condicionalidad en salud permitirá mejorar el acceso a los servicios de salud de las mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad y reducir la mortalidad materna y neonatal principalmente. Sin embargo, en el decreto de creación las condicionalidades se plantean solo desde el lado de la demanda, es decir, estableciendo obligaciones para las beneficiarias, pero no se considera una mejora o incremento de la oferta de los servicios de salud para asegurar el cumplimiento de las mismas. En este sentido, si bien la condición es inscribirse en el Plan Nacer, el decreto no establece, por ejemplo, las modificaciones o ampliaciones del Presupuesto Nacional para cubrir el incremento de beneficiarias, y las adecuaciones necesarias del programa ante la concurrencia de cerca de las 200.000 nuevas beneficiarias. Esta situación también ocurre con el Programa Asignación Universal por Hijo, en el cual se plantean las condicionalidades en salud y educación para los beneficiarios pero no se consideraron en la misma dimensión el incremento y mejora de la calidad de las ofertas públicas en los servicios de salud y educación (Cogliandro, 2010)⁶.

Efectivamente, no se tienen en cuenta los obstáculos que enfrentan las personas en mayor situación de vulnerabilidad para acceder a los beneficios de salud. En este sentido, deberían analizarse las experiencias en localidades del país donde el sistema de salud presenta serios problemas y donde los médicos se ven obligados a otorgar certificados solicitados por las madres si haber realizado los controles correspondientes. (Zibecchi, 2008)⁷.

En suma, si el objetivo es asegurar la cobertura de la seguridad social a las embarazos en situación de vulnerabilidad social, protegiendo el tiempo de gestación, es clave aumentar y mejorar la calidad de las ofertas públicas en los servicios de salud y no solamente exigir el cumplimiento a las beneficiarias.

⁶ Cogliandro, G. (2010). "El programa Asignación Universal por Hijo para Protección Social y los cambios en los Programas de Transferencias Condicionadas". Apuntes N°12. Fundación Siena. Marzo.

⁷ Citado en Cogliandro, G. (2010). "Las madres y las políticas sociales: análisis del Programa Asignación Universal por Hijo para la Protección Social". En el Boletín de la Maternidad N° 8, Febrero. Observatorio de la Maternidad.

Conclusiones.

La implementación del reciente Programa Asignación por Embarazo para la Protección Social es un avance importante para otorgar cobertura en el ámbito de la seguridad social a casi 200 mil madres en situación de vulnerabilidad social desde el estado de gestación. Asimismo, con este programa se reconoce la situación de inequidad e injusticia social que provoca los mayores índices de mortalidad materno, neonatal e infantil en las poblaciones de menores recursos socioeconómicos. En este sentido, la problemática de la mortalidad materno-infantil no es un tema meramente sanitario, es necesario abordarla como un problema integral, donde los factores socioeconómicos, educativos, y regionales tienen una incidencia clave en la solución del problema.

En la Argentina, aún existen desafíos pendientes: 410 mujeres mueren al año por causas relacionadas con su embarazo o parto y el 40% de las mismas son evitables con controles y tratamientos de salud adecuados. Además, 9.026 niños/as menores de un año mueren al año y el 66% son muertes neonatales (se producen hasta los primeros 27 días de vida). Esta situación es más significativa si se tienen en cuenta que el 55,4% (3.301 casos) de las muertes neonatales son evitables, 32,3% por acciones realizadas durante el embarazo, 9,3% durante el parto y 12,7% en el recién nacido.

Es por ello, que la implementación del programa Asignación por Embarazo para la Protección Social si bien les permitirá mejorar el acceso a las embarazadas en situación de vulnerabilidad a los controles de salud, es importante considerar el incremento y las mejoras de la calidad de las ofertas públicas en los servicios de salud.

Estas condiciones son fundamentales a los fines de reducir los índices de la mortalidad materno-infantil y lograr un mayor bienestar para las embarazadas, sus hijos y sus familias.

novedades

Publicaciones del Observatorio de la Maternidad

Cuadernillo estadístico de la maternidad N° 5

“Características socio-laborales de los hombres que conviven con hijos en la Argentina”. Procesamiento de Datos de la Encuesta Permanente de Hogares INDEC - Segundo Semestre 2006

Carina Lupica, Gisell Cogliandro, Eduardo Chávez Molina y Laura Saavedra
Abril de 2011.

Disponible en: <http://www.o-maternidad.org.ar/publicaciones.aspx>

“Boletín de la Maternidad N° 11: Maternidad, embarazo y primera infancia”.

Febrero 2011.

Carina Lupica y Gisell Cogliandro.

Disponible en: <http://www.o-maternidad.org.ar/publicaciones.aspx>

Anuario de la maternidad 2010.

“Los hijos. ¿Influyen de igual manera en la vida de las mujeres y de los hombres?”.

Carina Lupica.

Diciembre de 2010.

Disponible en: <http://www.o-maternidad.org.ar/publicaciones.aspx?Bajada=anuario>

publicaciones de terceros

Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas (CIEPP).

Rodríguez Enríquez, Corina; Giosa Zuazúa, Noemí y Nieva, Dora.

"*Las políticas de conciliación entre la vida laboral y familiar. Las implicancias económicas y sociales de su ausencia en América Latina*". Documento de trabajo N° 77. Buenos Aires, Noviembre 2010.

Disponible en: <http://www.ciepp.org.ar/trabajo.htm>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

"Estado Mundial de la Infancia 2011". Nueva York, Febrero 2011

Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/estado_mundial_infancia_2011.pdf

Observatorio Social.

"*Modelos de familia y políticas públicas*". Revista del Observatorio social N° 30. Buenos Aires, marzo de 2011.

Disponible en: http://www.observatoriosocial.com.ar/dev/pdfs/revi_30.pdf

Centro de Estudios de la Mujer (CEM).

Mauro Cardarelli, Amalia (Investigadora Responsable), Godoy Catalán, Lorena y Díaz Berr, Ximena (Co-investigadoras).

"*Trabajo y empleo femenino en Chile 1880-2000. Su aporte al desarrollo del país desde la economía doméstica, el trabajo voluntario y el trabajo remunerado*". Informe Final Proyecto Fondecyt Regular 10 60057. Santiago de Chile, 2010.

Disponible en <http://www.cem.cl/publica/trabajo.pdf>

Fundación Chile Unido.

"*Estudio mejores empresas para madres y padres que trabajan*". Medición 2010. Santiago de Chile, Noviembre 2010.

Disponible en:

http://www.chileunido.cl/docs/INF_GRAL_MEJORES_EMPRESAS_PARA_MADRES_Y_PADRES_QUE_TRABAJAN_2010.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

"*Exploring Linkages: Women's Empowerment, Microfinance and Health Education*".

Marzo de 2011.

Disponible en: <http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/7262>

Banco Mundial

"*Global Monitoring Report 2011: Improving the ODDS of Achieving the MDGs. Heterogeneity, Gaps and Challenges*". Washington, Marzo de 2011.

Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTGLOMONREP2011/Resources/7856131-1302708588094/GMR2011-CompleteReport.pdf>

eventos

congresos, cursos y seminarios

Presentación del libro "Hacia una Maternidad Segura y Centrada en la Familia".

Fecha: 6 de mayo, 15:30 hs.

Organiza: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y 37° Feria del Libro de Buenos Aires.

Lugar: Sala Alfonsina Storni, la Rural Predio de Exposiciones – Av. Sarmiento 2704.

Más Información: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/>

Curso intensivo para profesionales: "Lactancia, salud y crianza 2011".

Duración: 14 de mayo al 22 de octubre.

Organiza: Fundación Lactancia y Maternidad (FUNDALAM).

Lugar: Fundalam - Av. Gral. Paz 898 - Ciudad de Buenos Aires.

Más Información: <http://www.fundalam.com> / fundalam@fibertel.com.ar

Curso Virtual de Posgrado: Violencia urbana e inseguridad desde un enfoque de género.

Duración: 15 de junio al 30 de noviembre.

Organiza: Centro de Estudios Urbanos y Regionales (CEUR-CONICET), Red Mujer y Hábitat América Latina, ONU Mujeres y Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo (AECID-Ministerio de Asuntos Exteriores de España).

Más información e inscripción: www.ceur.org.ar / ceur@conicet.gov.ar

Concurso de selección de Buenas Prácticas en prevención, atención y/o registro en Violencia contra la Mujeres.

Fecha de cierre de presentaciones: hasta el 15 de mayo.

Organiza: Observatorio Nacional de Violencia contra las Mujeres (Consejo Nacional de la Mujer).

Más información: <http://www.cnm.gov.ar/ObservatorioDeViolencia/ConvocatoriaAbierta.html>

Programa de actualización: abordaje interdisciplinario del maltrato infantojuvenil y la violencia familiar e institucional.

Comienzo del curso: Agosto de 2011.

Organiza: Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (FFyL -UBA) y Asociación Argentina de Prevención del Maltrato Infantojuvenil (ASAPMI).

Más información: maestria@filo.uba.ar - maesvivi@filo.uba.ar / Tel: 4432-0606/0334/3525 interno 189 - Directo: 4433 - 5925.

Concurso Maternidad Segura – Buenas Prácticas y Fotografía.

Fecha de cierre de presentaciones: hasta el 15 de mayo.

Organiza: ONU Mujeres, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y Únete Latinoamérica (Campaña del Secretariado General de las Naciones Unidas para poner fin a la violencia contra las mujeres).

Más información:

http://new.paho.org/arg/index.php?option=com_content&task=view&id=653&Itemid=1

13° Encuentro Nacional de Investigación Pediátrica.

Fecha: 10 y 11 de junio de 2011.

Fecha prórroga para entregar resúmenes: 9 de mayo de 2011.

Organiza: Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).

Lugar: Hotel San Antonio – Guardias Nacionales 1050 – Río Cuarto- Córdoba.

Más Información: www.sap.org.ar / congresos@sap.org.ar

Taller de mortalidad infantil.

Fecha: 2 de junio de 2011.

Organiza: Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).

Lugar: Jockey Club Victoria – Alem 91 – Victoria, Entre Ríos.

Más Información: www.sap.org.ar / congresos@sap.org.ar

IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población

Fecha: 10, 11 y 12 de agosto de 2011.

Fecha límite para resúmenes: 6 de mayo de 2011.

Organiza: Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani – Facultad de Ciencias Sociales – UBA.

Lugar: Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires (UBA)

Más información: <http://www.iigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/ixjornadas/principal.php>

El presente Newsletter es enviado periódicamente desde el portal del Observatorio de la Maternidad, Buenos Aires, Argentina. Cualquier comentario, noticia, recomendación o sugerencia que quiera remitir puede hacerlo a info@o-maternidad.org.ar

Si desea cancelar su suscripción, por favor envíe un correo electrónico a: info@o-maternidad.org.ar con la frase "cancelar suscripción".

Muchas gracias.