

# DIÁLOGOS DELIBERATIVOS

## SOBRE PRIMERA INFANCIA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Determinantes sociales y ambientales que pueden afectar el desarrollo infantil temprano a partir del embarazo:  
¿Cómo garantizar la realización de los derechos de niños y niñas con enfoque de equidad?

**NOVIEMBRE 2012**



HONORABLE CAMARA DE SENADORES  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES



FUNDACIÓN  
KALEIDOS

BUENOS AIRES SALUD | BA



Fondo de Fomento Infantil



# DIÁLOGOS DELIBERATIVOS

Tomar decisiones basadas en la evidencia disponible es la mejor manera de llegar a quienes más lo necesitan.

Los **diálogos deliberativos** son una técnica que permite reunir la evidencia con las visiones, experiencias y conocimientos teórico, empírico y vivencial de todos los involucrados para el tema en discusión.

Esto se logra:

1. Utilizando la **evidencia como un insumo de la discusión**.
2. Creando oportunidades para que los tomadores de decisiones discutan, contextualicen y determinen qué **significa la evidencia a la luz del conocimiento** y las experiencias del mundo real.
3. Equipando a los tomadores de decisiones con **medidas basadas en conocimientos relevantes, utilizables y disponibles a tiempo**.

“Deliberación” es más que solo una discusión de las cuestiones. También considera el producto que surge de esa discusión (por ejemplo, una decisión o un conjunto de recomendaciones), y el proceso a través del cual se llega a ese producto.

Los diálogos deliberativos reúnen la evidencia con las visiones, experiencias, valores y conocimientos de las personas involucradas, facilitando la transformación del conocimiento en política pública.

La toma de decisiones basada en la evidencia disponible ayuda a mejorar la efectividad, la eficiencia y la equidad de las políticas. Sin embargo, la interacción entre la evidencia y la formulación de políticas no es tan sencilla. Por un lado, porque la evidencia no siempre está disponible, puede no ser relevante en términos de las cuestiones que los tomadores de decisiones deben enfrentar, o no ser de fácil acceso. Otro aspecto tiene que ver con entender esta evidencia como uno de los numerosos factores a considerar en la toma de decisiones, por ejemplo la disponibilidad de recursos, los aspectos culturales o la legislación, entre otros.

Los diálogos deliberativos requieren tres elementos: **un ambiente** que propicie el intercambio, participantes que reflejen **distintos intereses y opiniones, y evidencia correctamente interpretada** para informar a los tomadores de decisiones.



Hay al menos **tres elementos claves para desarrollar un diálogo deliberativo**:

1. Crear **un ambiente apropiado para el diálogo**, optimizando las posibilidades de intercambiar ideas, información y reflexiones. Esto implica planificar el proceso, generar el compromiso de los participantes, clarificar los objetivos y conducir el debate de manera transparente, elegir el momento oportuno para abordar la temática particular, definir las reglas de involucramiento y una cantidad adecuada de personas para debatir, y trabajar antes (reuniendo la información necesaria), durante (facilitando el proceso) y luego (sistematizando todo el proceso) del debate.
2. Generar un **mix apropiado de participantes**, es decir, una combinación de visiones, experiencias y conocimientos que construirán el diálogo sobre el problema y sus posibles soluciones. En la medida de lo posible todos los intereses deben estar representados de manera equilibrada.
3. Favorecer un **uso apropiado de la evidencia** para informar la toma de decisiones, priorizar acciones, justificar ciertos cursos de acción, apoyar solicitudes de fondos, generar mejores políticas, impulsar la correcta utilización de los recursos y aumentar el conocimiento público para movilizar el apoyo hacia determinadas cuestiones.

# DESARROLLO INFANTIL Y EMBARAZO

Las políticas de promoción de la primera infancia deben tener en cuenta el espacio familiar para promover el crecimiento y desarrollo infantil.

La supervivencia, el crecimiento y el desarrollo infantil están íntimamente relacionados, son mutuamente interdependientes y se dan mutuo soporte. Por eso, las políticas públicas y los programas de apoyo a la familia deberían ser formulados con abordajes intersectoriales.

Una buena salud física, mental y emocional de la embarazada impacta positivamente en la infancia temprana, ya que el desarrollo del bebé en el útero depende del estado de la madre, de su alimentación y de sus emociones. Se estima que por lo menos un 20% de las enfermedades que sufren los niños y niñas menores de cinco años están relacionadas con la salud y nutrición deficiente de sus madres, así como con la calidad de la atención durante el embarazo y los primeros días de vida del recién nacido.

La **primera infancia** es la etapa más importante del desarrollo de un individuo. Se extiende desde el embarazo hasta los 5 años de vida. Esta etapa de la vida es clave para el desarrollo del cerebro y la vida psíquica, que depende de la interacción entre factores genéticos y del medio ambiente, como la nutrición, los contactos, las caricias, las palabras, las interacciones y las experiencias

Una buena salud física, mental y emocional de la embarazada impacta positivamente en la infancia temprana.

Las experiencias tempranas negativas, como la ausencia de cuidados adecuados, tienen efectos serios y permanentes en la organización y el funcionamiento del cerebro y la vida psíquica a lo largo de toda la vida y repercuten directamente sobre la capacidad de aprendizaje y el desarrollo de las aptitudes sociales y emocionales del niño o niña. Hay estudios que indican que, en los países de bajos y medianos ingresos, los niños y niñas menores de 5 años no logran su mayor potencial para el desarrollo debido a tres factores: **pobreza, deficiencias nutricionales y oportunidades de aprendizaje inadecuadas.**

Por eso, planificar las políticas para la primera infancia, desde el embarazo, considerando los determinantes sociales y ambientales, que propone el Modelo de Evaluación Global del Ambiente del Desarrollo Temprano de la Niñez (Total Environment Assessment Model [TEAM-ECD]), implica atender los diversos aspectos de la vida de las personas, sus procesos biológicos y su medio ambiente, como elementos claves para alcanzar el máximo potencial de cada individuo y su familia.

Estos determinantes ponen en relación al individuo, las familias, las viviendas, las comunidades residenciales y relacionales, los programas y servicios para la primera infancia, y los ámbitos regional, nacional y mundial. En cada una de estas esferas hay, además, factores sociales, económicos, culturales y de género que inciden también en la posibilidad de realización del potencial de cada niño y niña.

La infancia temprana es un período corto pero único, en el que los niños y las niñas necesitan atención, estímulos e interacciones adecuadas que les permitan desarrollar su potencial. No todos los déficits que se producen durante la primera infancia se pueden compensar más adelante y esto tiene un costo sumamente alto.



# DETERMINANTES SOCIALES Y AMBIENTALES

En Argentina todavía hay madres y embarazadas que sufren privaciones y sobrecarga de responsabilidades. Las privaciones sociales y afectivas de la embarazada pueden provocar alteraciones anatómicas y funcionales en el feto.

**FIGURA 1. DIMENSIONES QUE INCIDEN Y CONTRIBUYEN A CARACTERIZAR LA VIVENCIA DE LA MATERNIDAD**



Son múltiples las iniciativas realizadas en los últimos años y la salud materno infantil se ha instalado como un tema prioritario en la Argentina, aún así continúa existiendo una maternidad vulnerada. La figura 1 muestra las diferentes dimensiones que se interrelacionan y condicionan la vivencia de la maternidad.

**Gran parte del éxito de la AUH como política pública se debe a la integración de los aspectos educativos, económicos y sanitarios.**

La pobreza durante el embarazo puede causar que el feto se desarrolle por debajo del nivel óptimo, por circunstancias como la mala nutrición materna, el estrés, las adicciones, y una asistencia prenatal insuficiente. La vulnerabilidad socio-económica y el menor nivel de terminalidad educativa alcanzado son factores de riesgo para cualquier embarazada.

Por otra parte, se ha demostrado que la privación social y afectiva (definida como la falta de terminalidad educativa, de controles prenatales y de contención emocional) de la mujer embarazada repercute negativamente sobre su salud y la de su bebé, generando alteraciones anatómicas y funcionales en el feto. La discriminación o cualquier situación que vulnere sus derechos también podrá afectar al bebé.

## Determinantes sociales y ambientales que pueden afectar el desarrollo infantil temprano

- Agua, higiene y saneamiento
- Violencia
- Educación materna
- Trabajo: acceso y calidad
- Estrés y depresión materna
- Nutrición
- Accesibilidad y calidad de atención en los servicios de salud

## AGUA, HIGIENE Y SANEAMIENTO (AHYS)

Está ampliamente probada la efectividad de las intervenciones que garantizan el acceso y cobertura universal al AHYS.

El acceso adecuado al AHYS reduce los costos de los servicios de salud, mejora la asistencia escolar, incrementa el tiempo libre para las actividades productivas y asegura la igualdad de género, lo que a su vez genera beneficios para el conjunto de la economía.

Según la Dirección Provincial de Servicios Públicos de Agua y Cloacas, en Buenos Aires se cuenta con una cobertura del 63% en cloacas y del 72% en agua potable. El conurbano tiene una cobertura del 60% en cloacas y del 70% en agua potable, provista en su mayoría por AySA. Con el programa Agua más Trabajo se han incrementado los servicios y acortado los tiempos; de manera que se prevé, para 2015, un 80% de cobertura en cloacas y el 100% en agua potable.

**El acceso adecuado al AHYS reduce los costos de los servicios de salud, mejora la asistencia escolar y asegura la igualdad de género, lo que a su vez beneficia al conjunto de la economía.**

Por eso, el conurbano bonaerense es el que presenta los mayores desafíos para alcanzar estas metas.

**El reconocimiento de que la realización de los derechos humanos depende de los recursos disponibles en cada Estado-Parte sustenta al principio de realización progresiva: los Estados deben respetar, proteger y garantizar el derecho al agua al máximo nivel posible en cada situación.**

## VIOLENCIA

La violencia o amenaza de violencia física, sexual o psicológica y emocional ocasionadas a la mujer embarazada es más frecuente incluso que la hipertensión.

La razón más comúnmente relacionada con el alto riesgo de sufrir violencia en el hogar durante el embarazo es el aumento de estrés que siente el padre o compañero debido al parto inminente. Este estrés se manifiesta en el hombre como una frustración que dirige contra la madre y su niño no nacido. Es difícil estimar quienes serán las embarazadas más vulnerables, pero sí está documentado que las adolescentes embarazadas corren más riesgos de sufrir violencia, y si el embarazo es no deseado la violencia doméstica contra la mujer llega a ser cuatro veces más probable.

**Es urgente fortalecer las redes para la atención de las víctimas de violencia, con equipos interdisciplinarios que trabajen desde el inicio de los controles prenatales.**

Las consecuencias psicológicas a largo plazo de la violencia de género durante el embarazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento. Además, el hombre que golpea a su compañera probablemente también golpeará a sus hijos.

La gran mayoría de los profesionales entrevistados por el CEDES para una encuesta coincidió en que la violencia es un problema prevalente en sus respectivas jurisdicciones. Sin embargo, también manifestaron serias dificultades en su abordaje, lo que ocasiona sentimientos de impotencia. Esto plantea la urgencia de fortalecer las redes para la atención de las víctimas de violencia.

Según datos obtenidos de los registros del programa provincial contra la violencia de género y violencia familiar se observa que las franjas de edad más afectada son las de 15 a 24 años (28%) y 25 a 34 años (26%); otro indicador de importancia es "vínculo con el agresor", que muestra que el 50% son las parejas y el 28% es un familiar.

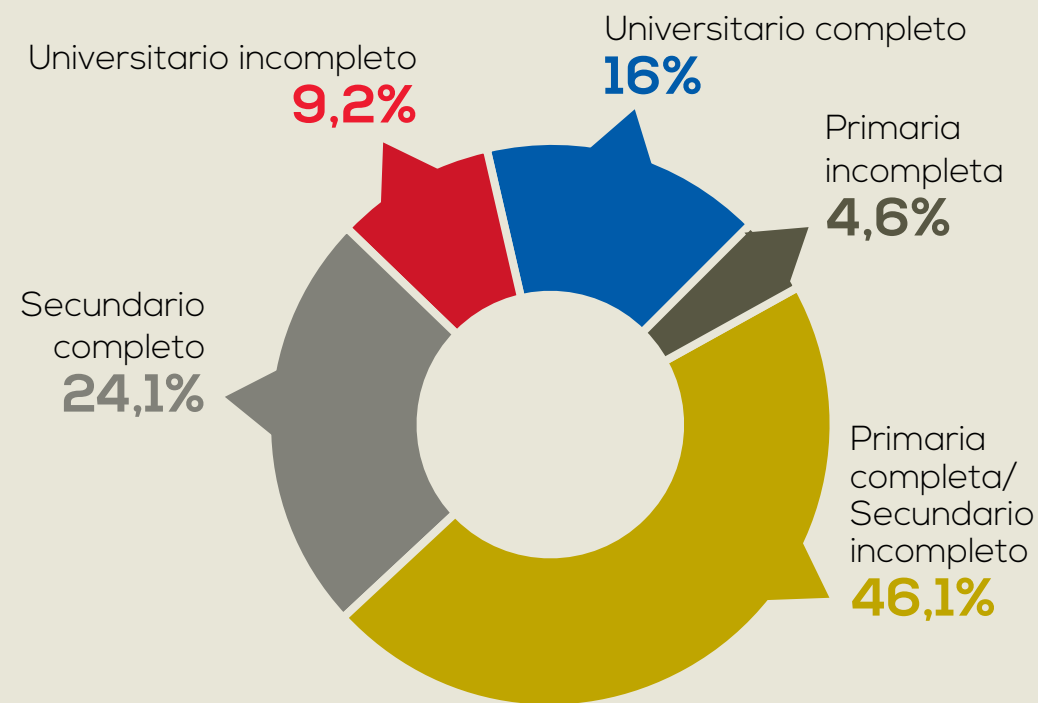
## EDUCACIÓN MATERNA

Los niños de madres con mayor terminalidad educativa tienen mayores niveles de desarrollo cognitivo y menor exposición a factores riesgosos.

La terminalidad educativa de las mujeres incide en la crianza y el desarrollo físico, intelectual y emocional de sus hijos e hijas. La educación materna puede actuar como un factor protector reduciendo la mortalidad infantil y promoviendo un desarrollo saludable temprano del niño.

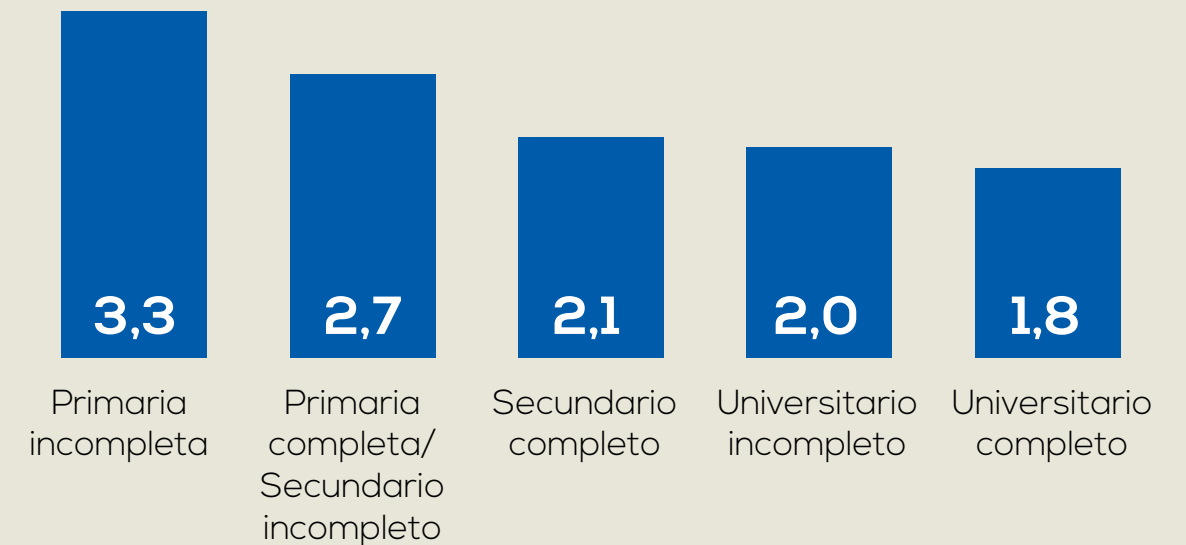
En la provincia de Buenos Aires, el 51% de las madres no terminó el secundario.

**GRÁFICO 1. NIVEL EDUCATIVO DE LAS JEFAS O CONYUGUE MADRES. PARTIDOS DEL GBA. 2010. EN PORCENTAJES.**



Fuente: Observatorio de la Maternidad. Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH 2010, 4° trimestre. INDEC.

**GRÁFICO 2. PROMEDIO DE HIJOS DE LAS JEFAS O CÓNYUGES MADRES SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. PARTIDOS DEL GBA. 2010**



Fuente: Observatorio de la Maternidad. Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH 2010, 4° trimestre. INDEC.

El gráfico 1 muestra que el 51% de las madres en los partidos del Gran Buenos Aires (GBA) tiene bajo nivel educativo (casi el 5% no completó el primario y el 46% no completó el secundario), y solo el 24% completó el secundario.

A mayor terminalidad educativa, menor es la cantidad de hijos. En promedio, las mujeres con primario incompleto tienen 3,3 hijos y las que completaron la universidad tienen 1,8.

La terminalidad educativa de las madres tiene incidencia en la cantidad de hijos que tienen. Las madres bonaerenses tienen en promedio 2,3 hijos. Sin embargo, las madres que no finalizaron los estudios primarios tienen 3,3 hijos, mientras que las madres con estudios universitarios completos tienen 1,8 hijos (gráfico 2).

Los establecimientos educativos tienen el deber de garantizar el acceso y la permanencia en la escuela de las alumnas embarazadas.

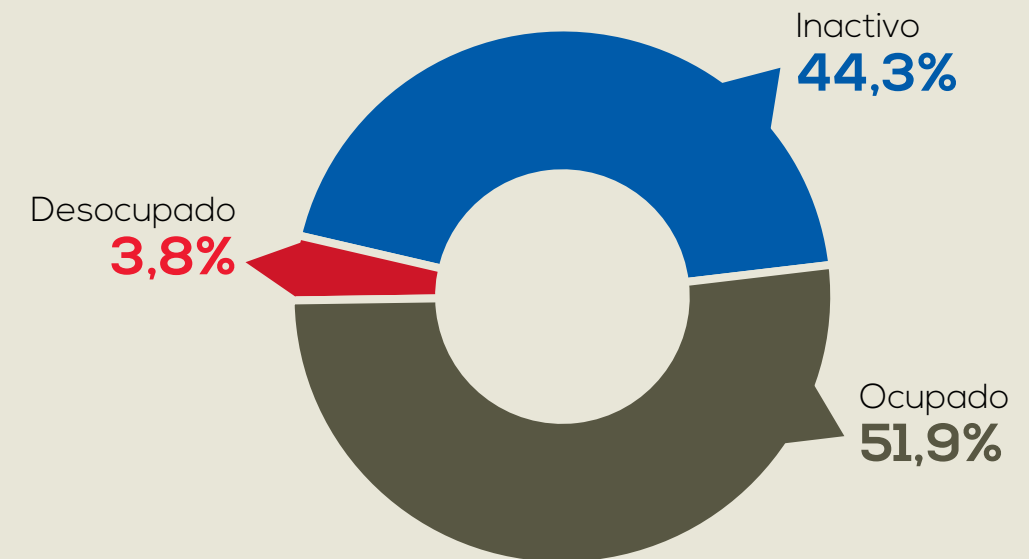
## SITUACIÓN LABORAL

Tener un trabajo informal implica mayor vulnerabilidad social para las madres: menores ingresos y sin los beneficios de la seguridad social durante el embarazo, parto y puerperio.

El gráfico 3 muestra que, en los partidos del GBA, el 56% de las madres se encuentra activa (52% ocupada y 4% desocupada) y el 44% inactiva (no trabaja ni busca trabajo).

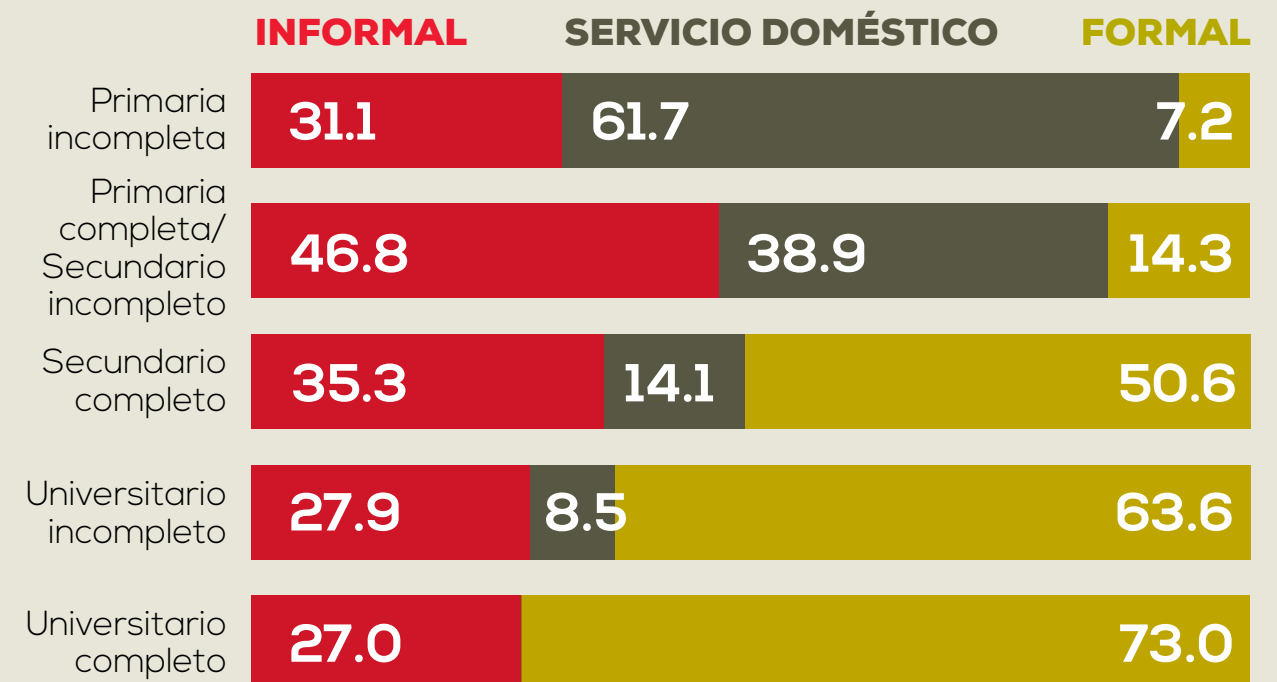
Respecto a los ingresos percibidos, los datos para 2010 de los partidos del GBA reflejan que las madres que trabajan fuera de sus hogares contribuyen con prácticamente la mitad del ingreso total del hogar (46,3%), con un aporte promedio de \$2.084,9. Sin embargo, se encuentran en desventaja con respecto a las jefas de hogar que no son madres, ya que estas aportan el 57,9% de los recursos del hogar, \$2.865,8 en promedio.

**GRÁFICO 3. CONDICIÓN DE ACTIVIDAD DE LAS JEFAS O CÓNYUGES MADRES. PARTIDOS DEL GBA. 2010. EN PORCENTAJES.**



Fuente: Observatorio de la Maternidad. Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH 2007-2010, 4° trimestre. INDEC.

**GRÁFICO 4. CALIDAD DEL EMPLEO DE LAS JEFAS O CÓNYUGES MADRES SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. PARTIDOS DEL GBA. 2010. EN PORCENTAJES.**



Fuente: Observatorio de la Maternidad. Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH 2010, 4° trimestre. INDEC

**El 86% de las madres sin secundaria completa trabaja en el sector informal o en el servicio doméstico.**

6 de cada 10 madres tienen un trabajo informal o de servicio doméstico. Esta situación se acentúa cuanto menor es la terminalidad educativa: el 86% de las madres con secundaria incompleta trabaja en el sector informal (47%) o de servicio doméstico (39%). Mientras que el 73% de las madres con nivel universitario completo tienen un empleo formal, solo el 7% de las madres que no completaron el primario acceden a esos empleos. Estas madres, en su mayoría, son empleadas domésticas (gráfico 4).

**Las madres que trabajan fuera de sus hogares contribuyen con prácticamente la mitad del ingreso total del hogar. Mientras las mujeres sin hijos aportan casi el 60% del ingreso.**

## ESTRÉS Y DEPRESIÓN MATERNA

La pobreza, la baja terminalidad educativa, el acceso y calidad del trabajo y la falta de apoyo social pueden provocar depresión, impactando negativamente en el desarrollo de los niños.

La ansiedad materna en la segunda mitad del embarazo podría producir cambios persistentes en el sistema de adaptación al estrés del niño, que lo harían más vulnerable e incrementarían considerablemente el riesgo de que padezca trastornos de conducta, emocionales o de hiperactividad. Altos niveles de ansiedad materna en la fase prenatal fueron asociados a complicaciones obstétricas, daños al desarrollo fetal, problemas emocionales y de comportamiento en la infancia y la adolescencia. Esta demostrada la co-ocurrencia de ansiedad materna y depresión.

Una de las causas de estrés materno es la soledad y el aislamiento social (pobreza, violencia, abuso, fallecimiento de la pareja, enfermedad psiquiátrica previa). En cualquier circunstancia la soledad silencia a la embarazada y al vínculo con su bebé. Además, es altamente probable que le produzca depresión, afectando directamente el desarrollo de su hijo.

**La ansiedad y la depresión materna pueden producir complicaciones obstétricas, daños al desarrollo fetal y problemas emocionales y de comportamiento en la infancia y la adolescencia.**

La depresión materna ha sido destacada como un factor de riesgo para el desarrollo infantil temprano. Una de las consecuencias más graves que produce en el bebé es el retraso y alteración en la adquisición del lenguaje. Es posible evaluar la depresión materna en el monitoreo obstétrico, por la presencia de signos de tristeza, aislamiento y retracción persistentes.

**Es posible evaluar la depresión materna en el monitoreo obstétrico, por la presencia de signos de tristeza, aislamiento y retracción persistentes.**

## NUTRICIÓN

Los primeros 1.000 días (contando el embarazo y los primeros dos años de vida) son la “ventana de oportunidad” para la prevención de las patologías nutricionales de la infancia.

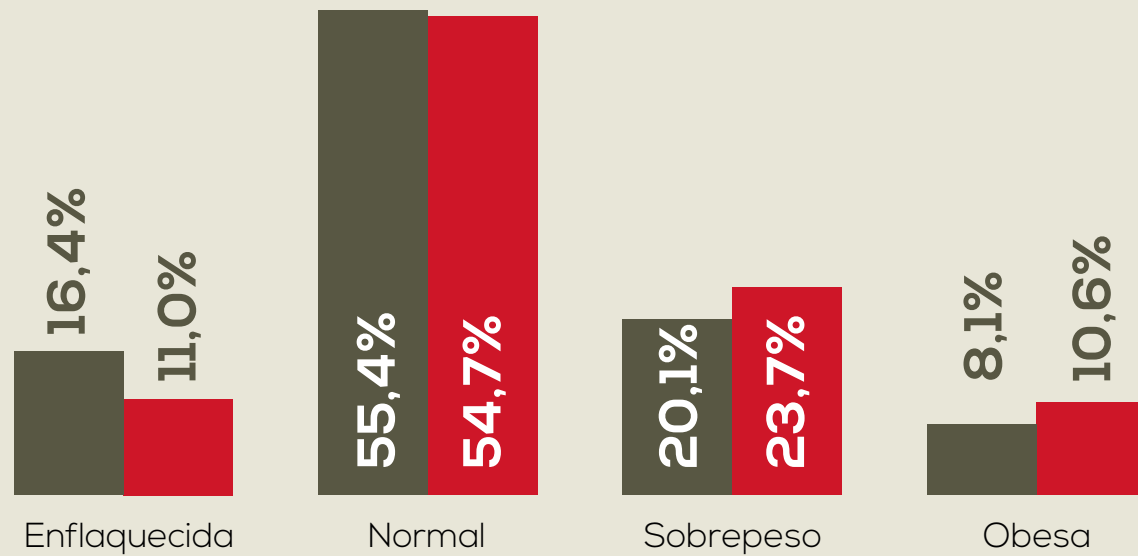
Se considera ese período como el momento de máximo potencial preventivo donde las intervenciones nutricionales alcanzan su mayor impacto. Las lesiones sufridas en la edad temprana crean en las personas trastornos permanentes que incluyen un mayor riesgo de convertirse en adultos de baja estatura y que darán a luz bebés más pequeños, con problemas en el desarrollo cognitivo, el desempeño académico y los logros educativos. El retardo en el crecimiento intrauterino o en el crecimiento lineal durante los dos primeros años de vida disminuye la productividad económica en la adultez, es por eso que la talla del niño acorde con su edad es el mejor indicador a futuro del capital humano.

**Si la desnutrición materna afecta al feto en el primer trimestre, puede provocar muerte embrionaria o malformaciones. Si ocurre durante el segundo y tercer trimestre, provocará retardo de crecimiento intrauterino y aumento de la morbimortalidad postnatal.**

El gráfico 5 muestra que, en los últimos años, disminuyó la desnutrición materna pero aumentó el sobrepeso y la obesidad. La obesidad y sus consecuencias generan grandes gastos en salud por los efectos adversos en la expectativa de vida, la productividad económica y los costos del tratamiento. Estudios epidemiológicos longitudinales han mostrado que existe una asociación importante entre la condición nutricional materna y –a largo plazo– algunas enfermedades crónicas del adulto como problemas cardiovasculares, obesidad y diabetes.

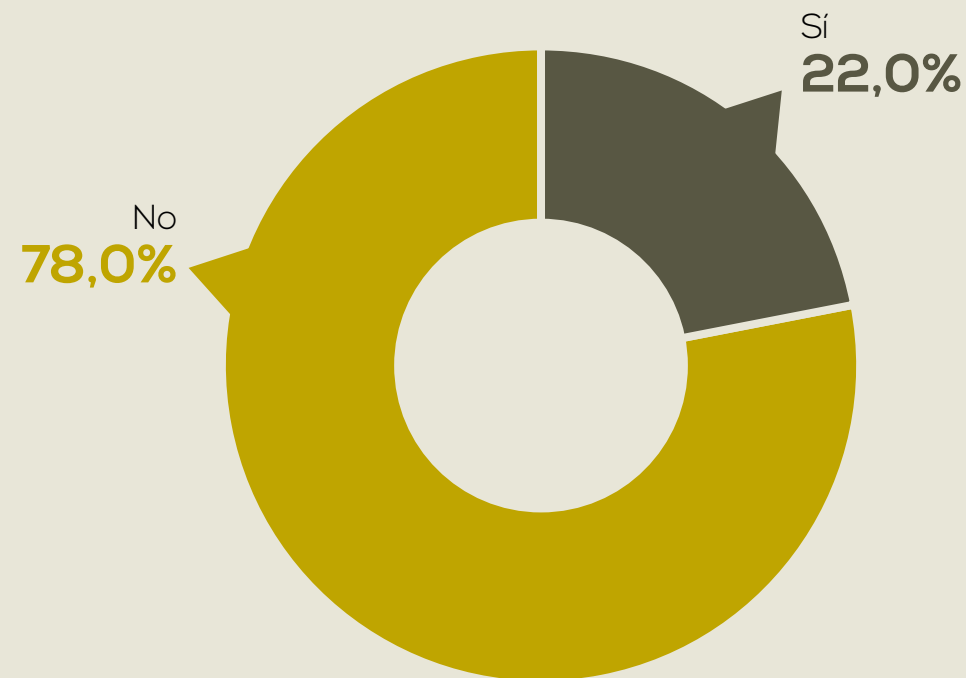


**GRÁFICO 5. ESTADO NUTRICIONAL DURANTE LA GESTACIÓN SEGÚN TABLA DE ATALAH, COMPARACIÓN ENTRE 1ER Y 3ER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. SIPA 2011. EN PORCENTAJES.**



Fuente: Sistema Informático Perinatal Ambulatorio (SIPA). Provincia de Buenos Aires. 2011.

**GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN DE EMBARAZADAS ANÉMICAS EN PROVINCIA DE BUENOS AIRES. SIPA 2010. EN PORCENTAJES.**



Fuente: SIPA provincia de Buenos Aires. 2010

Una mala condición nutricional materna (anemia, obesidad, etc.) pueden provocar enfermedades crónicas en la adultez como obesidad, diabetes o complicaciones cardiovasculares.

El gráfico 6 muestra que, en la provincia de Buenos Aires, el 22% de las embarazadas tiene anemia. Las consecuencias de la anemia materna incluyen bajas reservas de hierro en el recién nacido (es decir que tendrá déficit de hierro en sus primeros meses de vida), mayor morbilidad y mortalidad neonatal infantil y materna, y mayor riesgo de parto prematuro y de bajo peso al nacer, entre otras.

Las políticas públicas destinadas a garantizar el pleno desarrollo infantil deben ser integrales e intersectoriales, buscando el bienestar de las mujeres madres y embarazadas. Así, una adecuada nutrición desde el embarazo garantiza la igualdad de oportunidades para los niños y niñas.



## ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

En Argentina, el riesgo de una mujer de morir por causas relacionadas con el parto, el embarazo o el puerperio es de 1 en 560 nacimientos, mientras que en Uruguay es de 1/1.600; en Chile, de 1/2.200; y en Europa del norte, de 1/17.400.

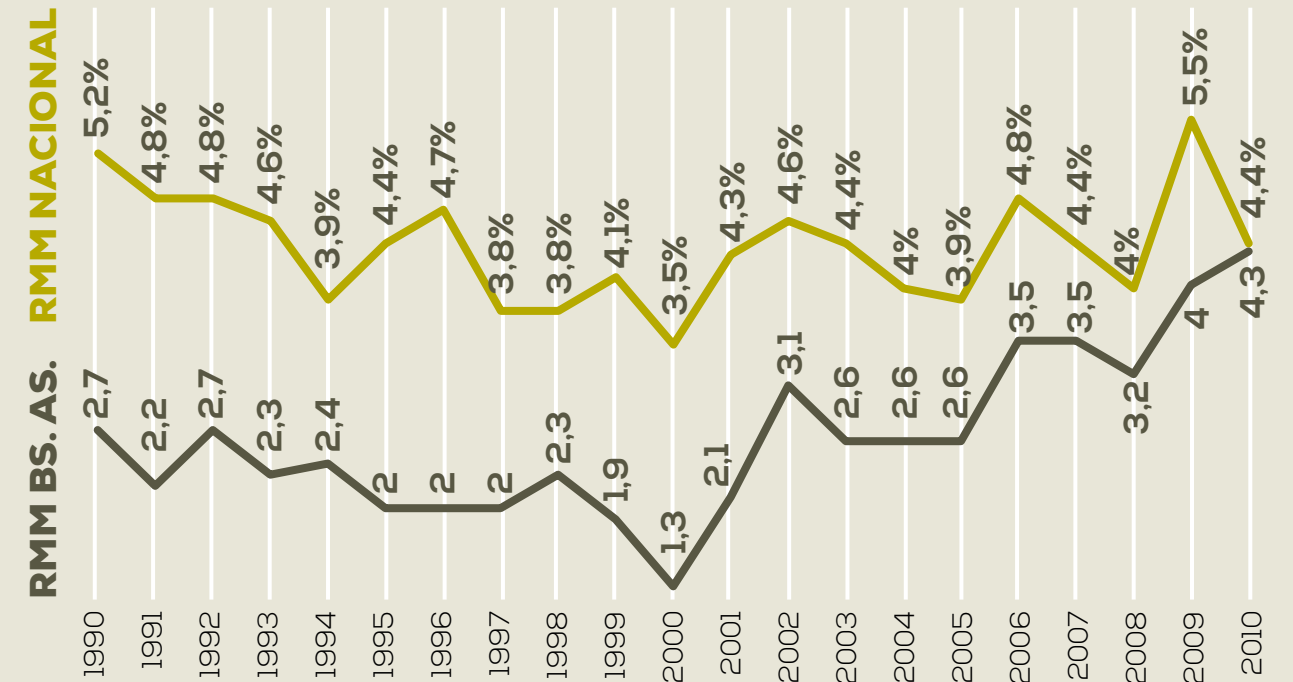
Uno de los ODM de la Argentina para 2015 es reducir la Razón de Mortalidad Materna (RMM) a 13,5/100.000 nacidos vivos. Sin embargo, según las estadísticas oficiales, en el año 2010 la RMM fue de 44/100 mil nacidos vivos, y se ha mantenido en esos niveles durante los últimos 20 años.

Los programas de salud destinados a las embarazadas deben contemplar también los aspectos educativos, sociales y económicos de cada mujer.

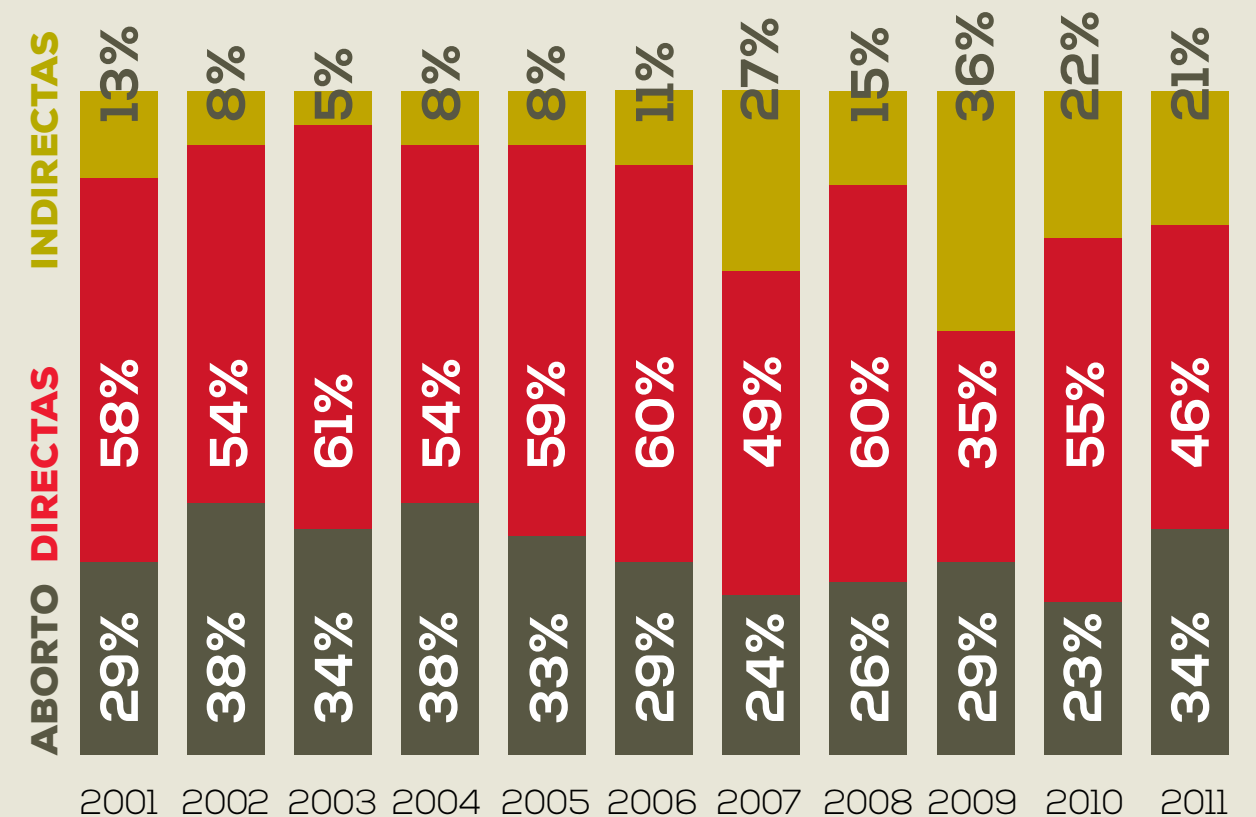
En la provincia de Buenos Aires, la RMM actual es superior a la de 1990: 2,7‰ contra 3,1‰ en 2011 (gráfico 7). El 78% de las muertes maternas de la provincia de Buenos Aires, en 2011, se concentraron en el conurbano bonaerense (regiones sanitarias V, VI, VII y XII). La distribución por causa se observa en el gráfico 8. En este sentido, es importante destacar que el aumento registrado se debe, en parte, a las mejoras en la recolección de información y la construcción de estadísticas.



**GRÁFICO 8. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA. ARGENTINA. 1990. PROYECTADO 2015**



**GRÁFICO 9. CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA. 2001-2010**



Fuente: Dirección de Información Sistematizada de la Provincia de Buenos Aires.

La experiencia de la maternidad es diferente según el nivel de ingresos, la educación y el lugar de residencia de la mujer-madre. Las dos primeras dimensiones se correlacionan con la edad en que una mujer tiene su primer hijo, la cantidad de hijos que tiene, situación conyugal de la mujer-madre, las características de la cobertura de salud y su inserción y desarrollo en el mercado de trabajo, entre otros elementos que condicionan la vivencia de la maternidad. A modo de ejemplo se consideran dos indicadores: 1) la edad en la que las mujeres se embarazan y 2) la precocidad de la consulta: según el Sistema Informático Perinatal (SIP 2012), el 26% de las mujeres se embarazan durante la adolescencia (gráfico 9) y solo 4 de cada 10 de ellas realizó sus primeros controles antes de las 13 semanas (gráfico 10). Además, según la Encuesta Perinatal 2008, el 23% de las púerperas tuvieron un control prenatal insuficiente (menos de 5 controles), lo que se explica principalmente por el embarazo no deseado, la condición de indigente y/o pobre, la gran multiparidad, la situación de pareja sola o en unión eventual, y la terminalidad educativa.

**GRÁFICO 9. USO DE CORTICOIDES PRENATALES EN LOS RECIÉN NACIDOS MENORES DE 34 SEMANAS DE GESTACIÓN.**

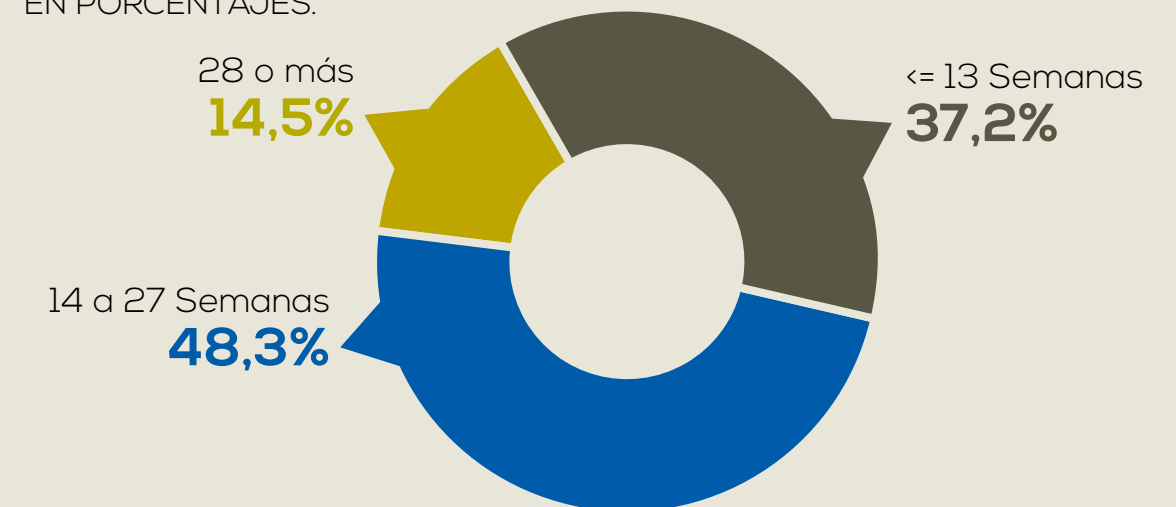


**El 78% de las muertes maternas de la provincia de Buenos Aires, en 2011, se concentraron en el conurbano bonaerense.**

El uso de corticoides en mujeres con riesgo de parto prematuro reduce el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular y muerte perinatal, pero solo los reciben el 58% de las embarazadas que lo requieren.

El parto prematuro es una de las principales causas de discapacidad y muerte perinatal y representa un problema importante para la salud pública en todo el mundo. Es más frecuente en comunidades económicamente desfavorecidas, y se agudiza por la falta de acceso a centros de atención de salud neonatal de calidad y el limitado acceso a intervenciones costosas como por ejemplo, el tratamiento con surfactantes. El uso de corticoides en mujeres con riesgo de parto prematuro, sin embargo, es comparativamente poco costoso y particularmente importante dada la efectividad de los mismos para reducir considerablemente los riesgos de complicaciones relacionadas con la prematurez como el síndrome de dificultad respiratoria, la hemorragia intraventricular y la muerte perinatal.

**GRÁFICO 10. MOMENTO DEL INICIO DE LOS CONTROLES DE EMBARAZO EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES, PROVINCIA DE BUENOS AIRES. EN PORCENTAJES.**



La terapia con corticosteroides es relativamente económica y una intervención factible de implementar (no requiere infraestructura especial), siempre que se cuente con personal sanitario capacitado para identificar a las mujeres con riesgo de parto prematuro y para administrar inyecciones intramusculares. Es llamativo que sólo el 58% de las embarazadas que lo requería lo recibió (gráfico 11).

# DERECHOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS

Existen diversos derechos relacionados a la salud, la educación y el trabajo de las embarazadas.

**LEY NACIONAL DE PARTO RESPETADO (25.929):** a partir de 2004 se establecieron las prestaciones de embarazo, trabajo de parto, parto y posparto del Programa Médico Obligatorio (PMO) de las obras sociales y los derechos que tienen todas las mujeres, como el de ser informadas sobre las distintas intervenciones médicas que se realizan, ser tratadas con respeto, de modo individual y personalizado, garantizando su intimidad y teniendo en cuenta sus pautas culturales. También garantiza el derecho al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, y a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario.

**LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LAS MUJERES Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA (26.485, NACIONAL; 12.569, PROVINCIAL):** la ley nacional, sancionada en 2009 promueve y garantiza la eliminación de la discriminación y violencia contra las mujeres, el desarrollo de políticas públicas sobre violencia contra las mujeres, la remoción de patrones socioculturales que promuevan y sostengan la desigualdad de género, el acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia, y la asistencia integral en las áreas estatales y privadas. En esta ley quedan comprendidas la violencia doméstica, psicológica, patrimonial, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica y mediática. Además, en 2012 la provincia de Buenos Aires sancionó la **Ley provincial declarando la emergencia pública en materia social por violencia de género.**

Entre los actuales proyectos de ley relacionados al embarazo y la primera infancia figuran la denuncia obligatoria de bajo peso al nacer, el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología y la gratuidad del transporte público para las mujeres durante la totalidad del embarazo y los tres primeros meses posteriores al parto.

**LEY DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (25.673, NACIONAL; 13.066, PROVINCIAL):** vigente desde 2002 y visible a través del funcionamiento de los Programas de Salud Sexual y Procreación Responsable (PSSyPR), tiene el objetivo de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva para la población, prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, lograr una mayor participación femenina en la toma de decisiones, disminuir la morbilidad materno infantil y promover la salud sexual de los adolescentes.

**LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (26.061, NACIONAL; 13.298, PROVINCIAL):** certifica a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos. Además, prohíbe a las instituciones educativas públicas y privadas discriminar, con sanciones disciplinarias o medidas correctivas, las situaciones de embarazo, maternidad y paternidad. También establece que las mujeres privadas de su libertad sean especialmente asistidas durante el embarazo y el parto, y reciban los medios materiales necesarios para la crianza de su hijo mientras permanezca en el medio carcelario.

**LEY DE EDUCACIÓN (26.206, NACIONAL; 13.688 PROVINCIAL) Y LEY NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL (26.150):** en el artículo 81 de la ley provincial se estableció que las autoridades jurisdiccionales de la provincia de Buenos Aires deben adoptar las medidas necesarias para garantizar el acceso y la permanencia en la escuela de las mujeres embarazadas, así como la continuidad de los estudios luego del parto. También deben existir salas de lactancia dentro de las escuelas y, en caso de necesidad, se podrá incluir en la modalidad la educación domiciliaria y hospitalaria a las alumnas madres durante el pre y posparto.

**LEY PROVINCIAL DE RÉGIMEN DE INASISTENCIA PARA ALUMNAS EMBARAZADAS (11.273):** desde 2003 se actualizó el régimen de inasistencias para alumnas embarazadas de establecimientos dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación, justificando 30 faltas desde el embarazo hasta la posteridad del parto, o 45 en caso de nacimiento múltiple. Por otra parte, se fomenta la lactancia materna, posibilitando el egreso de las madres de las instituciones educativas dos horas diarias durante los doce meses posteriores al parto.

**LEY NACIONAL DE CONTRATO DE TRABAJO (20.744) Y LEY PROVINCIAL DE LICENCIA POR MATERNIDAD (10.430):** El artículo 43 sostiene que el personal femenino tendrá licencia por maternidad con goce íntegro de haberes. Es un derecho de las mujeres acceder a una licencia total de noventa días, a partir de cuarenta y cinco días antes de la fecha probable de parto. El resto del período total de licencia se acumula al período de descanso posterior al parto.

# EL ESTADO Y LAS ACCIONES POR LAS EMBARAZADAS

La existencia y promoción de políticas públicas intersectoriales son fundamentales para que los Estados garanticen los derechos teniendo como eje la integralidad del desarrollo infantil y el bienestar de las madres y embarazadas.

Con la finalidad de contribuir a alcanzar los ODM se acordó, entre el gobierno nacional y provincial, en el Consejo Federal de Salud (COFESA), realizado en noviembre de 2008, la creación del **Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno-infantil de las Mujeres y las Adolescentes 2009-2011**, renovado este año con metas cuantificables para 2015. El Plan cuenta con distintas etapas de capacitación, asistencia técnica, regionalización de la atención perinatal, provisión de equipamiento e insumos críticos, financiamiento de prestaciones y seguimiento y monitoreo conjunto para evaluar el estado de situación y promover las políticas públicas necesarias.

A nivel nacional y provincial existen otros programas dirigidos a embarazadas, que toman en cuenta aspectos tales como la nutrición, el desarrollo, la organización comunitaria, la inclusión social, el cuidado integral de la salud y el cumplimiento de los derechos de la mujer. Entre los más reconocidos figuran el **Plan Más Vida** (Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Buenos Aires), el **Programa Sumar** (ampliación del **Plan Nacer**), el **Programa de Salud Congénita**, el **Programa de Prevención de Violencia Familiar y Violencia de Género**, y la **Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia** (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires), el **Programa de capacitación Yo Mamá** (ANSES y Cámara de Diputados provincial), el **Plan Nacional de Seguridad Alimentaria** y **Plan Ahí** (Ministerio de Desarrollo de la Nación) y, desde marzo de 2012, el **Foro de Primera Infancia de la Provincia de Buenos Aires**.

Uno de los programas con mayor trascendencia para la atención de la salud ha sido el Plan Nacer del Ministerio de Salud de la Nación. La principal característica, innovadora en el marco de gestión de políticas públicas, es el **desarrollo de seguros públicos de salud para la población materno-infantil sin obra social** (niños y niñas de hasta 6 años y embarazadas hasta los 45 días después del parto) y un modelo de financiamiento basado en los resulta-

dos alcanzados, que implica la transferencia de recursos de la Nación a las provincias según la inscripción de beneficiarios y el cumplimiento de resultados sanitarios, con el objetivo de reducir las cifras de morbilidad materno infantil. Los recursos transferidos se utilizan para pagar por prestación a los efectores, quienes deciden cómo se utilizarán los fondos: inversiones en construcción, mejoras edilicias, compra y mantenimiento de equipamiento médico y mobiliario, contratación de recursos humanos, incentivos o capacitación. En la provincia de Buenos Aires, en septiembre de 2012, se inscribieron 59.000 mujeres embarazadas y puerperas, dentro de una población objetivo estimada en 84.200.

En 2012 el Plan Nacer se transformó en el Programa Sumar incorporando los niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años y las mujeres de 20 a 64 años. Así, **se profundiza el acceso y ejercicio del derecho a la salud, y la inversión de recursos del Estado para disminuir las tasas de mortalidad materno-infantil**.

Otra de las medidas de alto impacto, ha sido la **Asignación Universal por Hijo para Protección Social**. Al estar sujeta al cumplimiento de los controles sanitarios obligatorios de los niños y de su concurrencia al sistema público de enseñanza se amplía la protección social al ámbito de la salud y la educación. Dado que apunta a atender las necesidades de los menores y adolescentes en situación de vulnerabilidad social, constituye una herramienta complementaria al conjunto de políticas de Estado orientadas a la reducción de los niveles de pobreza y marginalidad y al incremento del empleo. Actualmente, la asignación es de \$340 por cada menor de 18 años y \$1.200 por hijo con discapacidad (sin límite de edad).

Las actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud deben contar con la participación de todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial, junto a foros y organismos internacionales.

La **Asignación por Embarazo** se incorporó en mayo de 2011 y se abona a la mujer embarazada desde la 12a semana de gestación hasta el nacimiento o interrupción del embarazo. El monto de esta asignación también es de 340 pesos, liquidados el 80% mensualmente, mientras que el 20% restante se hace efectivo una vez que se haya constatado el nacimiento o la interrupción del embarazo, previa verificación de todos los controles médico-sanitarios e inscripción del niño en el Plan Nacer.



## OTROS PROGRAMAS Y ACCIONES EN MARCHA EN LA PROVINCIA

**Primeros años**, programa del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Se desarrolla en el ámbito del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, enmarcado en el paradigma de políticas públicas con abordaje integral. Es resultado de un convenio firmado, en noviembre del año 2005, entre los Ministerios de Desarrollo Social, Salud, y Educación de la Nación con el compromiso de llevar adelante una política pública orientada a favorecer el desarrollo de las niñas y niños de 0 a 4 años. Abordar de modo integral el desarrollo infantil supone la articulación de recursos simbólicos, financieros e institucionales. A tal fin se ha creado la Mesa de Planificación Estratégica y Coordinación Programática Nacional, un dispositivo de articulación y gestión en el que participan representantes de los cinco Ministerios Nacionales que forman parte de Primeros Años. Se trata de una estructura que, a su vez, se replica a modo de espejo en las provincias y localidades, en las que se constituyen Mesas Interministeriales Provinciales y Mesas Locales.

**Programa de terminalidad educativa FINES**, del Ministerio de Educación de la Nación. Articula con la Dirección General de Escuelas y diferentes ONG. Es de alcance nacional, funcionando en todas las jurisdicciones. Convoca a todos aquellos jóvenes y adultos con estudios inconclusos a participar del Plan de Finalización de Estudios Primarios y Secundarios. Los programas cuentan con instancias presenciales, semipresenciales y a distancia.

**Conectar igualdad**, programa implementado en conjunto por Presidencia de la Nación, la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES), el Ministerio de Educación de la Nación, la Jefatura de Gabinete de Ministros y el Ministerio de Planificación Federal de Inversión Pública y Servicios. Es una política de inclusión digital de alcance federal que, al terminar 2012, llevará entregadas 3 millones de netbooks a cada alumno y docente de educación secundaria de escuela pública, educación especial y de institutos de formación docente. Paralelamente se desarrollan contenidos digitales y propuestas didácticas, y se trabaja en los procesos de formación docente para transformar paradigmas, modelos y procesos de aprendizaje y enseñanza.

**Comisión para el Trabajo con Igualdad de Oportunidades (CTIO)**, es un espacio de interacción entre representantes gubernamentales, sindicales, empresariales y de la sociedad civil para fortalecer la concertación y el diálogo social sobre la igualdad de oportunidades en el mundo laboral. Fue creada en el ámbito del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social el 28 de octubre de 1998 mediante el Acta Acuerdo N° 57 por iniciativa de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que mantiene permanente presencia.

**Programa Nacional "Más Escuelas"**, del Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios de la Nación. Con financiamiento externo y recursos propios se construyen y reparan escuelas buscando fortalecer el nivel pedagógico y la infraestructura edilicia.

**Programa Unidades de Desarrollo Infantil (UDI)**, del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Buenos Aires. Tiene modalidades centro juvenil, contención e inclusión adolescente. Brinda atención alimentaria, estimulación y apoyo al proceso enseñanza-aprendizaje a niños de 0 a 14 años, complementando las acciones de la familia y la escuela en instituciones provinciales, municipales y no gubernamentales conveniadas para tal fin.

**Consejo Provincial para las Personas Discapacitadas de la Provincia de Buenos Aires**, es un espacio de articulación, cooperación y gestación de políticas públicas tendientes a favorecer en las personas con discapacidad, su autonomía personal y su participación activa en el colectivo social. Se erige como un espacio de coordinación multisectorial, donde están representados todos los ministerios del gobierno provincial, los gobiernos municipales y las organizaciones de la sociedad civil, sin fines de lucro, dedicadas a las personas con discapacidad, que operen dentro del territorio bonaerense.

**Consejo Provincial de las Mujeres**, del Ministerio de Gobierno de la provincia de Buenos Aires. Tiene la finalidad de lograr la plena igualdad jurídica, laboral, política, económica y social de la mujer implementando para ello las medidas y políticas necesarias para eliminar la discriminación de género.

**Centros de Prevención de las Adicciones (CPA)**, de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones, Ministerio de Salud de provincia de Buenos Aires. Forma parte de la red pública y gratuita de atención a las adicciones de la provincia. Son espacios de recepción, asesoramiento, atención y derivación. Están conformados por un equipo técnico de psicólogos, trabajadores sociales, operadores terapéuticos y comunitarios que atienden a personas afectadas por situaciones de consumo problemático de sustancias, o que requieren asesoramiento en relación a la temática.

**Línea telefónica gratuita de atención a la violencia y Programa de atención a mujeres víctimas de violencia**, de la Secretaría de Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires. Son parte del Sistema Integrado Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar. A través de este programa, se aborda la compleja problemática de la violencia de género desde una perspectiva de derechos. La finalidad del programa es implementar un primer nivel de atención y contención para mujeres en situación de violencia, y facilitarles el acceso a la justicia, a la salud, a la seguridad, al desarrollo social y otros recursos públicos y de la sociedad civil, que requieran para superar esa situación.

**Registro Estadístico Unificado de Niñez y Adolescencia (REUNA)**, de la Secretaría de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires. Es una herramienta moderna y necesaria que se convierte en la plataforma de trabajo conjunta con los servicios zonales y locales de los diferentes municipios de la provincia. El REUNA es un sistema descentralizado que se encuentra instalado en un servidor oficial de la provincia y al que se puede acceder desde la intranet provincial.

**Programa patios abiertos**, de la Dirección General de Cultura y Educación de la provincia. Busca generar espacios para la inclusión y retención educativa con aprendizaje a través de propuestas de recreación, culturales, artísticas y deportivas que se desarrollan en los establecimientos educativos durante los fines de semana. Los destinatarios son todos los niños y jóvenes de 5 a 21 años escolarizados o no.

**Salas maternas en secundarias y Centros de atención temprana, con servicio domiciliario** de la Dirección General de Cultura y Educación de la provincia.

**Programa Envión. Inclusión para adolescentes en situación de vulnerabilidad**, del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia.

**Protocolos de atención a víctimas de violencia en el ámbito de la salud**, del Ministerio de Salud de la provincia.

**Mesa intersectorial para la promoción y protección de los derechos de niños niñas y adolescentes** de la Secretaría de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires.

**Mesas locales de intervención contra la violencia**, creadas por iniciativa del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia.

**Servicios locales y zonales de promoción y protección derecho de niños**, de la Secretaría de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires.

**Consejo local con participación de los gobiernos municipales y la comunidad.**

## BIBLIOGRAFÍA

### DIÁLOGOS DELIBERATIVOS

- Abelson J, Forest P, Eyles J, et al. "Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes". En *Social Science & Medicine*, julio 2003, vol. 57, issue. 2, p. 239-251.
- Bosch-Capblanch X, Lavis Jn, Lewin S, et al. "Guidance for Evidence-Informed Policies about Health Systems: Rationale for and Challenges of Guidance Development". En: *PLoS Med Journal*, marzo 2012, PLoS Med 9(3): e1001186. doi:10.1371/journal.pmed.1001186. Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001186>
- Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A. "Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review". En: *Journal of Health Services Research & Policy*, octubre 2002, vol.7, no.4, p 239-244.
- Lavisjn, Boyko Ja, Oxman Ad, et al. "Support tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 14: Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking". *Health Research Policy & Systems*, diciembre 2009, vol. 7. Disponible en: <http://www.health-policy-systems.com/content/7/S1/S14>.
- McCoy D, Storeng K, Filippi V, et al. "Maternal, neonatal and child health interventions and services: moving from knowledge of what works to systems that deliver". En: *International Health 2* (en línea), junio 2010, vol. 2, no. 2, p. 87-98. (citado noviembre 2012). Disponible en: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/1876-3413/PIIS1876341310000240.pdf>.
- UNICEF, 2005. *Hacia una política pública en desarrollo infantil temprano*. Disponible en [http://www.unicef.org/argentina/spanish/sistemizacion\(1\).pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/sistemizacion(1).pdf).

### DESARROLLO INFANTIL Y EMBARAZO

- Engle PI, Fernald Lc, Alderman H, et al. "Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries". En *Lancet* octubre 2011; v. 378, no. 9799, p. 1339-1353.
- Grantham-Mcgregor S, Cheung YB, Cueto S, et al. "Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries". En *Lancet*, enero 2007; v. 369, no. 9556, p 60-70.
- Irwin, I, Siddiqi, A y Hertzman C. *Desarrollo de la primera infancia: un potente ecualizador*.

Canadá, 2007, 74 p. *Informe final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud*.

- Shonkoff, J, Phillips, D., "Editors Committee. From Neurons to neighborhoods". En *The science of early childhood development*. The National Academies Press, octubre 2000. Disponible en: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309069882>.
- Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, et al. "Child development: Risk factors for adverse outcomes in developing countries". En *Lancet*, enero 2007; v. 369, no. 9556, p 145-57.
- Walker SP, Wachs TD, Grantham-Mcgregor S, et al. "Child Development 1. Inequality in early-childhood: risk and protective factors for early child development". En *Lancet*, octubre 2011; v. 378, no. 9799, p. 1325-1338.
- World Health Organization, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires, 2009, 23 p. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf).
- World Health Organization, Department of child and adolescent health and development. *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children*, 2004. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159134X.pdf>.

### DETERMINANTES SOCIALES Y AMBIENTALES

- Barker DJP. *Mothers, babies and disease in later life*, 2ª ed. Edimburgo, Churchill Livingstone, 1998, 217 p.
- Keating DP, Hertzman C, EDS. *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological and Educational Dynamics*. New York, NY, Guildford Press, 1999, 406 p.
- Lupica C., y Cogliandro G. "El rol de las madres como proveedoras del hogar: un aporte relevante para las familias y la sociedad". En *Newsletter N° 48*, noviembre 2011, Fundación Observatorio de la Maternidad. Disponible en: <http://www.o-maternidad.org.ar/documentos/wp1948903622/newsletter%20del%20observatorio48.pdf>.

- Lupica C., y Cogliandro G. "Mortalidad materna y vulnerabilidad social: dos facetas de la desigualdad persistente entre las madres al interior de la Argentina". En *Boletín de la Maternidad* N° 13, octubre 2011. Fundación Observatorio de la Maternidad. Disponible en: <http://www.o-maternidad.org.ar/documentos/wp1795186471/Boletin13web.pdf>.
- Mehrotra S, Jolly R, EDS. *Development with a Human Face: Experiences in Social Achievement and Economic Growth*. Oxford, Oxford University Press, 2000, 512 p.
- Old, Sadler, Kitzman. "Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, marzo 2007, v 48, p. 355-91.
- Stanley FJ, Hobbs MS. "Perinatal outcome in Western Australia, 1968 to 1975: Social and biological determinants". *Medical Journal of Australia*, abril 1981, v. 68, no. 8, p.414-6.

#### AGUA, HIGIENE Y SANEAMIENTO

- Ente Nacional de Obras Hídricas de Saneamiento (ENOHSA). *Garantizar el acceso al agua potable por red pública*. 2010.
- Organización Panamericana de la Salud. *Agua y Saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública*. Washington, D. C. 2011.

#### VIOLENCIA

- Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). *Intimate Partner Violence Definition*. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/intimatepartnerviolence/definitions.html>.
- Gogna M et al. *Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires, CEDES-UNICEF, 2005, 344p.
- Organización Panamericana de la Salud. *Domestic violence during pregnancy. Fact sheet: Women, Health & Development Program*. Disponible en: <http://www.paho.org/english/ad/ge/vawpregnancy.pdf>.
- Seng, J. *Posttraumatic Stress Disorder and Pregnancy Complications*. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, v 97, no. 1, p. 17-22.

#### EDUCACIÓN MATERNA

- Lupica C., y Cogliandro G. *Cuadernillo estadístico de la maternidad N° 6: Condiciones de vida de las madres en Argentina*. Procesamiento de datos de la Encuesta Permanente de Hogares,

INDEC. Periodo 2007-2010. En *Observatorio de la Maternidad*, Buenos Aires, abril 2012. Disponible en: <http://www.o-maternidad.org.ar/documentos/wp1529037804/CUADERNILLO%206%20VFINAL.pdf>.

- Walker, SP; Wachs, TD, Grnham-Mc Gregors et al. "Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development". En *Lancet*, octubre 2011; v. 378, no. 9799 p 1325-38.

#### SITUACIÓN LABORAL

- Mehrotra S, Jolly R, eds. *Development with a Human Face: Experiences in Social Achievement and Economic Growth*. Oxford; Oxford University Press, 2000.

#### ESTRÉS Y DEPRESIÓN MATERNA

- Barker, DJP. "The developmental origins of well-being. Division for Developmental Origins of Adult Health and Disease". En *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Biological Sciences*, septiembre 2004, v. 359, no. 1449, p. 1359-1366.
- Leonetti Correia L. y Martins Linhares, M. "Ansiedad maternal en el periodo prenatal y postnatal: revisión de la literatura". En *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (RLAE), agosto 2007, vol.15, no.4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400024>.
- Pacora P, Capcha E, Esquivel L, et al. "La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales al feto y recién nacido". *Anales de la Facultad de Medicina*, diciembre 2005, v. 66, no.4, p.282-289.
- Pinto-Dussan, M. C., Aguilar-Mejía, O.M y Gómez Rojas, J. *Estrés psicológico materno como posible factor de riesgo prenatal para el desarrollo de dificultades cognoscitivas: caracterización neuropsicológica de una muestra colombiana*. *Univ. Psychol.*, Septiembre 2010, v.9, no.3, p.749-759.
- Van Den Bergh B., Mennes M., Oosterlaan J., et al. "High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14- and 15-year-olds". *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, abril 2005, v. 29, no. 2, p. 259-69.
- Van Den Bergh BRH Nijhuisjg, IN. Editor. *Maternal emotions during pregnancy and fetal and neonatal behaviour. Fetal behaviour, developmental and perinatal aspects*. Oxford, Oxford University Press 1992, p. 157-78.

#### NUTRICIÓN

- Engle P, Black M, Behrman J, et al. "Child development in developing countries 3 Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world". En *Lancet*, enero 2007, v. 369, no. 9557, p. 229-42.
- Grantham-Mcgregor S., Cheung, B., Cueto S., et al. "Child development in developing countries. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries". En: *Child: Care, Health and Development*, julio 2007, v. 33, no. 4. Disponible en: [http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2214.2007.00774\\_1x](http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2214.2007.00774_1x).
- White A. *Growth and Malnutrition* (Failure to Thrive).
- World Health Organization. *Department of child and adolescent health and development. The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children*. 2004.
- World Health Organization, UNICEF. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. *World Health Organization*, Geneva, 2003, 30 p. Disponible en: [www.who.int/child-adolescent-health/publication/NUTRITION/ISBN/92-4-159121-8htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publication/NUTRITION/ISBN/92-4-159121-8htm).

#### ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

- Brownfoot FC, Crowther CA, Middleton P. "Diferentes corticoesteroides y regímenes para acelerar la maduración pulmonar fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro". *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas; 2008, N° 4*. Art. n.º: CD006764. DOI: 10.1002/14651858.CD006764.pub2.
- Crowther CA, Harding JE. "Dosis repetidas de corticosteroides prenatales administradas a mujeres con riesgo de parto prematuro para la prevención de enfermedades respiratorias neonatales". *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, N° 4*, artículo n.º: CD003935. DOI: 10.1002/14651858.CD003935.pub2.
- Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. "Caracterización de la atención del embarazo en el sector público de la Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires". *Encuesta Perinatal 2008*. Diciembre 2008, 3 p. *Informe ejecutivo sobre los primeros resultados obtenidos*.
- Roberts D, Dalziel S. "Corticosteroides prenatales para acelerar la maduración pulmonar fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro".

*Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, N° 4*, artículo n.º: CD004454. DOI: 10.1002/14651858.CD004454.pub2.

- Saigal S, Doyle LW. "An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood". En *Lancet* enero 2008, v. 371, no. 9608, p. 261-9.
- World Health Organization, UNICEF, UNFPA y BM. *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010*. Geneva, 2012, 72p. Disponible en: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends\\_in\\_maternal\\_mortality\\_A4-1.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf).

#### EL ESTADO Y LAS ACCIONES POR LAS EMBARAZADAS

Ministerio de Salud de Nación. *Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y adolescentes*. Buenos Aires, 2010. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/plan-operativo-reimpresion-junio2010.pdf>.





HONORABLE CÁMARA DE SENADORES  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES



FUNDACION  
KALEIDOS

BUENOS AIRES SALUD | BA



Foro de Primera Infancia

