

EDITORIAL

NUEVA LEY DE OBSTÉTRICAS EN ARGENTINA

CONTROVERSIA EN LÍMITES DE ROLES Y ACTIVIDADES

Dr. Héctor Bolatti
Presidente de FASGO

Estimados colegas de Latinoamérica, como presidente de **FASGO** en ejercicio, es para mí un honor poder dirigirme a ustedes a través de las publicaciones del *Boletín FLASOG*. Todos sabemos el alcance que tienen las notas de nuestra federación latinoamericana y es por eso que hoy llego a todos ustedes para comentarles una situación muy especial por la que pasan los tocoginecólogos de Argentina y que tal vez en un futuro no muy lejano, a otros países de nuestro querido continente.

Todos sabemos y en especial los más veteranos, la importancia del trabajo médico en equipo y más en nuestra querida especialidad; para ello, se constituyeron equipos de trabajo multidisciplinarios en aras de mejorar la atención de nuestras pacientes y específicamente, para un mejor bienestar del binomio madre-hijo.

Entre los aciertos realizados fue muy importante compartir nuestra tarea conjuntamente con las obstétricas, profesionales a las cuales siempre le estaremos agradecidos, ya que nos facilitan, ayudan y comparten muchas de las labores que necesitamos desarrollar en la atención de la mujer en trance obstétrico. Más aún, hoy sabemos que

el constante trabajo que nos exige nuestra especialidad, nos consume demasiado tiempo y mucho más difícil sería si no tuviésemos la permanente ayuda de nuestras queridas obstétricas.

Ahora bien, en Argentina se ha promulgado una nueva *Ley de Obstétricas*, la misma ya tiene media sanción, ya que la Cámara de Diputados la ha aprobado y ha entrado a la Cámara de Senadores para su tratamiento. Pero, lamentablemente un hecho tan importante y trascendente, ha generado una polémica entre estas dos profesiones, similares pero distintas, los Licenciados en Obstetricia y el Médico especialista en Tocoginecología.

Como decía en el párrafo anterior, nadie podrá discutir que la labor de los Licenciados en Obstetricia es muy importante, que todas nuestras tareas se ven beneficiadas con vuestra colaboración, pero en la intención de empoderar dicha tarea, la ley tiene artículos que no están claros, y que lamentablemente, confronta la labor de dichas profesionales con el acto médico específico. Paso a detallar esta controversia.

COMITÉ EJECUTIVO

FLASOG

Dr. Samuel Karchmer K.
Presidente

Dr. Jorge Méndez Trujeque
Vicepresidente

Dr. Luis R. Hernández G.
Secretario

Dr. Alfonso Arias
Tesorero

Dr. Néstor C. Garello
Presidente Electo

Dr. Edgar Iván Ortíz L.
Past President

Dr. Miguel A. Mancera R.
Director Científico

Dr. José F. De Gracia
Director Administrativo

Dr. Ricardo Fescina
Director Ejecutivo



La nueva *Ley de Obstétricas* es una necesidad para que dichos trabajadores de la salud puedan trabajar protegidos en su acto profesional, en la gran mayoría de los artículos están bien especificada la labor y actividad de dichos profesionales; pero existen algunos artículos a los cuales la comunidad médica se opone rotundamente, vaya como ejemplo la atención del parto domiciliario. Todos sabemos y hemos luchado hasta el cansancio para que los partos siempre sean institucionalizados, tal vez aceptando, ser menos “medicalizados”, disminuir el intervencionismo, tratar de analizar detalladamente la indicación de la operación cesárea, etc, pero nunca deberíamos aceptar que el mismo no se haga bajo la responsabilidad médica y dentro de una institución que cuente con las condiciones mínimas para la seguridad de la madre y su recién nacido.

Por otro lado, no podemos aceptar que a nuestros queridos Licenciados en Obstetricia, se les autorice a realizar actos netamente médicos, como ayudantías en cirugías, participación en tribunales médicos, etc., para los cuales no fueron preparados y en su currícula de capacitación no están contenidas. Al mismo tiempo consideramos que los Licenciados en Obstetricia solo podrán utilizar un vademécum reducido a medicamentos que comprenden el control del embarazo de bajo riesgo, para lo cual sí se les ha preparado.

Y por último, queremos recordar que no se debería autorizar a dichos profesionales a realizar tareas inherentes o relacionados con el riesgo de complicaciones, que sus incumbencias profesionales no les permitirán darle solución a lo que de ese acto pudiese desprenderse, relacionado específicamente a tareas que corresponden únicamente a los profesionales médicos.

En síntesis, los profesionales médicos pertenecientes a **FASGO**, consideramos por sobre todas las cosas, que ***el trabajo de los Licenciados en Obstetricia no debe confrontar con la tarea médica***, sino por el contrario debe ser un complemento para ambos

integrantes del equipo de salud, en aras de la mejor atención y ayuda a la mujer, tanto en la prevención como en la asistencia, donde cada cual tiene un rol específico a desarrollar, similar o semejante, pero a su vez diferente y sostenido por el respaldo que les da una capacitación específica de conocimientos para cumplir cada actividad.

Reiteramos que hay puntos que deberán ser tratados muy específicamente, en especial en el trabajo que cada integrante del equipo de salud debe desarrollar, no se pueden superponer tareas específicas inherentes a cada profesión, ya que ***pueden ser parecidas, pero NO iguales***, pueden desarrollarse en conjunto, pero la categorización del título de cada uno es diferente, porque sus incumbencias y antecedentes curriculares, conocimientos y capacitación son diferentes y porque a la hora de las responsabilidades y en especial de las complicaciones, cada uno de los protagonistas será responsable de su acto asistencial, debiendo legislar también en ese sentido para que cada uno cumpla con su rol, limitando con un artículo que exente o exima de responsabilidad por actos ajenos.

Queridos Colegas Latinoamericanos, hoy Argentina se enfrenta a un problema, que seguro prontamente tendrá solución, creemos sin titubear que nuestros colegas de todo el continente conocen de las vicisitudes que esta problemática contiene y descartamos desde ya, que cada uno de vosotros al igual que sus sociedades, estarán de acuerdo con el esclarecimiento de los puntos en confrontación; es una necesidad imperiosa para que cada una de las profesiones en controversia, encuentren el punto lógico, equitativo y coherente para seguir trabajando en equipo, cada uno cumpliendo con el rol para lo cual fue preparado por las incumbencias académicas que cada currícula tiene, sin invadir al otro, sino protegiendo al compañero de trabajo.

1RA. CUMBRE IBEROAMERICANA DE ANTICONCEPCIÓN, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

UN EVENTO HISTÓRICO

31 de julio, 1 y 2 de agosto 2019

Ciudad de México



Dra. Desireé Mostajo Flores (Bolivia)
Coordinadora del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos
FLASOG

Como Coordinadora del *Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG* quiero compartirles mi beneplácito por haber sido parte del Comité Organizador de este histórico evento y agradecerles por todo el apoyo que me brindaron para poder llevar a cabo tan exitosamente esta feliz iniciativa, en la que pudimos ratificar el *compromiso de FLASOG con la salud de las mujeres de América Latina*, aceptando nuestro gran compromiso con la defensa de sus Derechos Sexuales y Reproductivos.

Entendemos que un reto tan inmenso se debía abordar generando alianzas estratégicas, con las diferentes organizaciones comprometidas con este propósito y eso fue lo que hicimos, porque sin ellas, este magistral evento inédito en la historia de **FLASOG** no habría sido posible, y estamos seguros que se constituye en un aporte valioso que nos inspira a todos los que asistimos a continuar trabajando juntos para seguir:

Con la inercia que nos deja este evento único en su género, les comparto mi visión sobre el tema y algunos datos importantes de recordar, donde podemos ver que hemos avanzado mucho, pero aún tenemos grandes tareas pendientes.

“Acelerando El Progreso En Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Para Todos”

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSSR) forman parte de los Derechos Humanos basados en la libertad, dignidad e igualdad, son inherentes a todas las personas, por ello comparten los mismos principios: son elementales, inalienables y universales, comprenden el ejercicio de una sexualidad libre,

placentera y responsable, el respeto a la integridad de las personas, a la diversidad, a la vida privada y a las decisiones importantes sobre la reproducción.

Se fundamentan en la libertad y la dignidad inherente al ser humano y tienen amplia relación con ellos, en tanto son universales, indivisibles, interdependientes e inalienables. La sexualidad y la reproducción son aspectos naturales e intrínsecos de la vida, son una parte fundamental de nuestra humanidad. Para que todas las personas, independientemente de su sexo, edad, condición de salud o diversidad, logren el más alto estándar de salud, bienestar y dignidad deben primero estar informadas y empoderadas para ejercer sus decisiones sobre su vida sexual y reproductiva; en este sentido, conocer los Derechos Sexuales y Derechos reproductivos y reconocerlos como Derechos humanos es imperante.

Ha habido grandes avances desde 1969. El número promedio de nacimientos por mujer fue de 4.8 en aquel entonces, en comparación con 2.9 en 1994 y 2.5 en la actualidad. En América Latina y el Caribe, el número promedio de nacimientos por mujer fue de 5.4 en 1969, en comparación con 3 en 1994 y 2 en la actualidad. En tanto, el número de mujeres que murieron por causas relacionadas con el embarazo ha disminuido de 117 por 100.000 nacidos vivos en 1994, a 68 en 2015; además, el 25% de las mujeres usaron anticonceptivos modernos en 1969, en comparación con el 57% en 1994 y el 70% en 2019.

A pesar de la creciente disponibilidad de anticonceptivos a lo largo de los años, millones de mujeres todavía no tienen acceso a ellos ni a las opciones



reproductivas que los acompañan. “*Sin acceso, carecen del poder para tomar decisiones sobre sus propios cuerpos, incluso si embarazarse o cuando embarazarse*”, dijo la Dra. Natalia Kanem.

Son tres áreas clave para la mujer y que la capacidad de tomar decisiones:

- Relaciones sexuales con su pareja
- Uso de Anticonceptivos
- Atención médica

Hacemos énfasis en los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de adolescentes y jóvenes y su forma cotidiana de vivir las distintas dimensiones de la sexualidad la reproducción.

En el 2002, se llevó a cabo el Congreso de FLASOG, Bodas de Oro, en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, donde se realizó el Taller Pre Congreso de DSSR y se creó el Comité de DSSR, con cuatro objetivos específicos:

- El derecho a una vida sexual satisfactoria libre de violencia y de riesgo de adquirir una enfermedad o embarazo no deseado.
- El derecho a una maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte.
- El derecho a decidir libremente sobre su fertilidad.
- El derecho a la interrupción del embarazo en casos permitidos por la legislación de cada país.

En los Derechos a una vida sexual libre de violencia:

- Pocos países tienen servicios preparados para atender a víctimas de violencia sexual y prevenir ITS/SIDA y embarazo
- Programas de prevención de violencia de genero caso no existen.

1 de cada 3 mujeres y niñas experimenta violencia a lo largo de su vida.

AGENDA 2030

La agenda reconfigura las acciones específicas de los Estados para avanzar de forma más acelerada y concreta en temas específicos que estaban contemplados en los ODM e incluso los amplía.

La mayor cantidad de necesidades insatisfechas en materia de servicios de Salud Sexual y Reproductiva se encuentran entre los grupos marginados, incluidos los grupos étnicos minoritarios, gente joven, personas solteras, lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales; personas con discapacidad y los pobres en áreas rurales y urbanas.

¿HACIA DÓNDE VAMOS?

Posición de FIGO y FLASOG sobre nuestras obligaciones de promover y proteger los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Las sociedades miembros de **FLASOG** adoptan y promueven entre sus miembros las siguientes responsabilidades profesionales, basadas en su compromiso de asegurar los derechos humanos y principios éticos en el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres.

- El respeto de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer debe estar basado en la protección de los derechos humanos universales. Los derechos humanos:

- A la vida privada
- A la libertad de conciencia
- A la libertad y seguridad de la persona.
- Son elementos claves de la AUTONOMÍA que

incluye el deber de proteger la confidencialidad en los cuidados médicos.

OBLIGACIONES DE LAS SOCIEDADES MIEMBROS DE LA FIGO

- Competencia profesional
- Autonomía de la mujer y confidencialidad
- Responsabilidad hacia la comunidad
- Competencia profesional



Competencia profesional

- Lograr y mantener los más altos niveles de competencia profesional en salud de la mujer, utilizando la más reciente evidencia científica.
- Promover el aprendizaje continuo y de por vida de los profesionales de la salud en cuestiones de salud sexual y reproductiva. Derecho y ética.

Autonomía de la mujer y confidencialidad

- Apoyar un proceso de toma de decisiones de la mujer sobre su salud sexual y reproductiva, libre de prejuicios y coerción.
- Respetar el principio de NO discriminación para asegurar que toda mujer es tratada con respecto, independientemente de su edad, estado civil, etnia, filiación política, raza, religión, estatus económico, discapacidad o cualquier otro estado.
- Asegurar que las adolescentes sean tratadas sin discriminación de acuerdo con el desarrollo de sus capacidades y NO simplemente según su edad biológica.

Responsabilidad hacia la comunidad.

- Abogar por el derecho de la mujer a acceder a la información y educación necesaria que les permita determinar cuando se reproducen, de acuerdo con el principio ético de autonomía y el derecho humano a elegir si se tienen hijos y cuándo tenerlos.
- Informar a las comunidades sobre los asuntos relacionados a los derechos sexuales y reproductivos, basado en la mejor evidencia científica para influir en las prácticas de salud, las políticas y la ley.
- “La lucha por los derechos, autonomía, empoderamiento a la mujer, y por la equidad de género, debe continuar hasta que sean una realidad para todos”

Actualmente estamos trabajando con algunas Universidades y Colegios Médicos para que se incluya en la currícula universitaria de pre y postgrado derechos sexuales y reproductivos. Esperamos que estas acciones pronto se repitan en todo el continente.

Como gineco-obstetras tenemos un gran compromiso de responsabilidad hacia la comunidad, compromiso que estamos refrendando y asumiendo unidos en toda Latinoamérica.



SILVERCARE

Cu 380 Ag

SILVERCARE® es un dispositivo intrauterino único que redefine la comodidad y conveniencia de usar un método anticonceptivo. Es una solución perfecta para las parejas que desean espaciar a sus hijos o que buscan un método de planificación familiar reversible a largo plazo con absoluta comodidad y libre de hormonas.

SILVERCARE® es un dispositivo suave, delgado y flexible en forma de Y, que cuenta en su vástago vertical con una cobertura de cobre (Cu) enrollado alrededor de un núcleo de plata (Ag), lo que mejora las propiedades del dispositivo. **SILVERCARE®** Cu 380 Ag ayuda a una pareja a prevenir el embarazo durante cinco años.

El núcleo de plata contenido en **SILVERCARE®** ayuda a garantizar una mayor efectividad ya que evita la fragmentación del cobre, así como su disolución, ya que la plata no se disuelve en contacto con los fluidos uterinos.



ANTICONCEPCIÓN DE LARGO PLAZO

Alternativa para quien no puede usar anticonceptivos hormonales

Dispositivo de nueva generación con Plata



NÚCLEO DE PLATA CON PROPIEDADES ANTIMICROBIANAS

- Único dispositivo con plata (Ag) en el mercado
- Libre de hormonas**
- Forma anatómica ergonómica
- Fácil colocación
- Ofrece 5 años de anticoncepción**
- Sin aumento en el peso corporal
- Requiere un tercio menos de dilatación del cérvix

5 mm
Diámetro de tubo insertor
DIU tradicional

3 mm
Diámetro de tubo insertor
SILVERCARE®

WWW.DKT.COM.MX

dkt[®]
INTERNATIONAL



UNA GRAN FIESTA ACADÉMICA DE LATINOAMÉRICA



La *1ª. Cumbre Iberoamericana de Anticoncepción, Derechos Sexuales y Reproductivos*, efectuada el 31 de julio, 1 y 2 de agosto pasados en la Ciudad de México, fue una gran fiesta académica de Latinoamérica con una temática nunca antes planteada de la forma en que se presentó y ha sentado un precedente a nivel mundial en el tema de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

En el marco de una majestuosa ciudad, un espectacular y funcional Centro de Convenciones (World Trade Center), se efectuó con gran éxito la primera Cumbre. En un foro lleno de asistentes, se presentaron 42 profesores expertos en el tema y compartieron su experiencia, sus trabajos y su visión sobre la situación y problemática a nivel mundial y continental. En el recinto se respiró un grandioso ambiente latinoamericano donde convivieron congresistas de 19 países de Latinoamérica. Vale la pena hacer notar la gran y activa participación de las mujeres, tanto en el grupo de profesores como en los asistentes.

La temática del programa, la participación y calidad de los profesores, los asistentes y la industria farmacéutica fueron piezas fundamentales en el gran éxito de la Cumbre. Los comentarios durante y posteriores al evento han sido completamente positivos, demostrando que las expectativas de todos fueron por demás satisfechas.

El Comité Científico de **FLASOG** se siente muy alentado por los resultados obtenidos y pronto se empezará a trabajar el lo que será la 2ª. Cumbre Iberoamericana de Anticoncepción, Derechos Sexuales y Reproductivos.

Gracias a las sociedades de la especialidad de todos países de Latinoamérica por esta gran participación en la Cumbre, que estamos seguros será un parteaguas en el tema de derechos sexuales y reproductivos.



UNO DE CADA SIETE NIÑOS EN TODO EL MUNDO NACE CON BAJO PESO



Cerca de 20 millones de niños nacieron con bajo peso en 2015, lo que supone aproximadamente uno de cada siete nacimientos en todo el mundo, según alerta un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Organización Mundial de la Salud (OMS).

El estudio, publicado en *The Lancet*, advierte de que un 75% de estos niños nacieron en el sur de Asia y África subsahariana, donde el acceso a datos es más limitado.

No obstante, el problema continúa siendo importante en los países de altos ingresos de Europa, América del Norte, Australia y Nueva Zelanda, entre otros, donde prácticamente no se han producido avances en la reducción de las tasas de bajo peso al nacer desde el año 2000.

El nuevo análisis realizado por investigadores de la *Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres*, UNICEF y la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** indica que los 195 estados miembros de la organización se comprometieron en 2012 a una reducción del 30% en la prevalencia de bajo peso al nacer de cara a 2025. “Las estimaciones, que son las primeras de su tipo, indican que la prevalencia a nivel mundial se redujo ligeramente un 2,9% entre 2000 y 2015”, señalan los autores.

Los resultados subrayan “*la urgente necesidad de una mayor inversión y acción para acelerar el progreso, lo que sería posible a través de la comprensión y el abordaje de los factores clave que generan el bajo peso al nacer a lo largo de la vida*”, recoge el informe.

Esto, según la **OMS**, incluye extremos en la edad materna, el embarazo múltiple, complicaciones obstétricas, enfermedades maternas crónicas (por ejemplo, trastornos hipertensivos del embarazo), infecciones (como la malaria), y el estado nutricional de la madre.

“A pesar de los compromisos claros, nuestras estimaciones indican que los gobiernos nacionales están haciendo muy poco para reducir el bajo peso al nacer”, declara la autora principal del estudio, *Hannah Blencowe*.

“Hemos visto muy pocos cambios a lo largo de 15 años, incluso en entornos de altos ingresos donde el bajo peso al nacer a menudo se debe a la prematuridad como resultado de la alta edad materna, el tabaquismo, las cesáreas médicamente innecesarias y los tratamientos de fertilidad que aumentan el riesgo de nacimientos múltiples. Estos son los problemas subyacentes que los gobiernos de los países de altos ingresos deberían abordar”, destaca.

Los autores del estudio han instado a la acción internacional para garantizar que “todos los bebés se pesen al nacer, para mejorar la atención clínica y para promover iniciativas de salud pública sobre las causas del bajo peso al nacer para reducir las muertes y discapacidad”.

“Todos los recién nacidos deben ser pesados. Sin embargo, en el mundo aún no tenemos registro del peso al nacer de casi un tercio de todos los recién nacidos”, apunta la coautora Julia Krasevec, especialista en Estadística y Supervisión de **UNICEF**.

Según el documento, más del 80% de los 2,5 millones de recién nacidos en el mundo que mueren cada año tienen bajo peso al nacer porque nacen prematuros y/o pequeños para

la edad gestacional. Los niños con bajo peso al nacer que sobreviven tienen un mayor riesgo de desnutrición crónica o de tener peor desarrollo o salud física en el futuro, como puede ser el desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Una de las tasas más bajas de bajo peso al nacer en 2015 se encontró en Suecia (2,4%). Esto se compara con alrededor del 7% en algunos países de ingresos altos, incluidos los Estados Unidos (8%), el Reino Unido (7%), Australia (6,5%) y Nueva Zelanda (5,7%).

“El bajo peso al nacer es un escenario clínico complejo compuesto por una restricción del crecimiento intrauterino y parto prematuro”, explica Mercedes de Onis, de la **OMS**.



Referencias

Lancet 2019. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30565-5.
Publicado en Noticias Médicas el 20 de mayo de 2019

IMPORTANTES REUNIONES DE TRABAJO



Durante la realización de la 1a. Cumbre Iberoamericana de Anticoncepción, Derechos Sexuales y Reproductivos en la Ciudad de México, se efectuaron tres reuniones entre los representantes del Comité Organizador Local del Congreso FLASOG 2020, el Presidente de la Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia y el Comité Ejecutivo de FLASOG, con el objeto de darle puntual seguimiento a los detalles de la organización del magno evento académico de la gineco-obstetricia continental el próximo año.

Se trataron asuntos de gran importancia como detalles del programa científico: sobre los profesores, sobre el recinto sede, algunos ajustes presupuestales, difusión y otros de acuerdo con el cronograma inicialmente planteado.

Según lo acordado, se espera poder iniciar las inscripciones a través de nuestra página web, www.flasog.org a partir del próximo mes de septiembre.

En nuestra página web ya puedes encontrar todo tipo de información del programa científico, la sede, el centro de convenciones, hotelería, turismo, etc.

Por otra parte, el Comité Ejecutivo de FLASOG tuvo cuatro reuniones presenciales para darle seguimiento los asuntos relacionados con las Sociedades afiliadas, conocer el informe de actividades de todos los Comités y valorar sus procesos y controles.

Vale la pena mencionar que el Comité Ejecutivo tiene periódicamente reuniones por medio de videoconferencias y cuando se presenta una oportunidad como ésta, se efectúan de manera presencial.





GinExeltis

Ginexeltis es un programa de educación médica continua, dirigido a gineco-obstetras de latinoamérica enfocado en la creación de una comunidad académica en torno a la suplementación inteligente de la gestante y otros temas de gran impacto en ginecología.

Conozca los beneficios de Ginexeltis:

ACTUALIZACIÓN CIENTÍFICA

Manténgase actualizado en Ginexeltis.com

Encuentre información actualizada en temas de ginecología que lo pondrá al día en:

- ✓ **Guías** de práctica clínica mundiales en texto completo.
- ✓ **Resúmenes** de las revistas de alto impacto.
- ✓ **Material** para pacientes
- ✓ **Noticias** de las sociedades científicas mundiales y regionales.

Educación Médica Continua:



Congresos

Entérese todos los meses de los congresos mundiales y regionales de ginecología.



Videos de Conferencias

Manténgase al día con las presentaciones y conferencias disponibles en la web.



Cursos

Siga los cursos de educación médica continua en nuestra región.

HERRAMIENTAS PARA FACILITAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

Medicina basada en la evidencia

- ✓ Use las mejores herramientas para la búsqueda efectiva de artículos científicos en texto completo y en las mejores bases de datos médicas.
- ✓ Ubique fácilmente la mejor fuente de información con el Mapa de Búsqueda.
- ✓ Revise artículos de Medicina Basada en la Evidencia con la mejor sustentación científica.

GRUPOS DE DISCUSIÓN

Lo invitamos a participar en nuestros grupos de discusión o crear su propio grupo:

- ✓ **Casos clínicos** en temas de gran impacto en ginecología.
- ✓ **Grupos de temas** de interés regional.
- ✓ **Grupos de médicos** por ciudad o región.



MANTÉNGASE ACTUALIZADO EN GINEXELTIS.COM

Hemos reunido un grupo de expertos internacionales, para ofrecer a su comunidad.

Dr(@). su información será manejada según las políticas de confidencialidad y protección de datos.

RED SOCIAL DE GINEXELTIS

Contacte con colegas y amigos de la región en un entorno académico y social.

- ✓ Haga contacto con sus amigos y colegas de la región.
- ✓ Descubra nuevos colegas.
- ✓ Contacte con miembros de su ciudad o con intereses afines.
- ✓ Comparta fotos, videos, eventos y más...

REALICE SU PRE- REGISTRO EN:
ginexeltis.com/pre-registro

¡Lo esperamos!



LAS MUJERES QUE DAN A LUZ A NIÑOS VARONES PRESENTAN MAYOR RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO



Las probabilidades de desarrollar depresión posparto aumentan en un 79% cuando las madres tienen hijos varones en comparación con las que tienen niñas, según estudio de la Universidad de Kent (Reino Unido) publicado en Social Science & Medicine.

Además, las mujeres cuyos partos tuvieron complicaciones en el parto fueron 174% más propensas a experimentar depresión posparto en comparación con aquellas que no tuvieron complicaciones. También demostraron que las mujeres con una tendencia a los síntomas de depresión, ansiedad y estrés siempre tenían un mayor riesgo de desarrollar depresión posparto.

Sin embargo, si éstas experimentaban complicaciones en el parto se reducía su riesgo a desarrollar depresión posparto. Esto es probable porque estas mujeres suelen recibir un mayor apoyo tras el alumbramiento ya que fueron reconocidas previamente. Este hallazgo sugiere que las intervenciones para apoyar a las mujeres pueden ser efectivas para prevenir el desarrollo de depresión posparto.

Como resultado de sus hallazgos, Sarah Johns y Sarah Myers concluyen que el reconocimiento de que tanto los niños varones como las complicaciones del parto son factores de riesgo de depresión posparto que debería ayudar a los profesionales de la salud a identificar y apoyar a las mujeres que pueden ser más propensas a desarrollar este problema.

“La depresión posparto se puede evitar, y se ha demostrado que brindar ayuda y apoyo adicionales a las mujeres en riesgo puede hacer que sea menos probable que la desarrollen. El hallazgo de que tener un bebé o un parto difícil aumenta el riesgo de una mujer les brinda a los profesionales de la salud dos nuevas y fáciles formas de identificar a las mujeres que se beneficiarían particularmente del apoyo adicional en las primeras semanas y meses”, explica Johns.

En su investigación las autoras evaluaron si existe una relación entre el sexo de los hijos y la depresión posparto debido al vínculo conocido entre la respuesta inmune inflamatoria y el desarrollo de síntomas depresivos.



Tanto la gestación de fetos masculinos como la experiencia de complicaciones en el parto se han documentado asociaciones con un aumento de la inflamación, sin embargo, hasta este estudio, sus relaciones con la depresión posparto no estaban claras.

Muchos factores de riesgo conocidos para los síntomas depresivos están asociados con la activación de vías inflamatorias, lo que abre la puerta a identificar nuevos factores de riesgo en función de sus efectos causantes de la inflamación, una idea respaldada por este estudio.



Referencias

Soc Sci Med. 2018 Oct 19;220:56-64.

doi: 10.1016/j.socscimed.2018.10.008.

Publicado en Noticias Médicas. 12 de noviembre de 2018



PARTICIPA EN NUESTRO BLOG

ENVÍA TU ARTÍCULO A
comunicacion@flasog.org

www.flasog.org

[f](#) [t](#) [@](#) /@FLASOG

¿ROMPEMOS EL TECHO DE CRISTAL?



Publicamos a continuación un interesante editorial de UNIVADIS donde analiza en España la situación de género en la medicina. Reflexión: ¿En Latinoamérica estamos viviendo la misma situación? ¿Usted qué opina?

Según los datos del INE, en 2017 había 127.979 colegiadas y 125.817 colegiados. Gracias a que 4.613 de los 5.838 nuevos colegiados registrados en 2017 eran mujeres (el 79%), por primera vez en la historia el porcentaje de facultativas superaba al de facultativos: el 50,4% eran mujeres, cuando en 2016 era el 49,7%. Las Comunidades Autónomas en las que ejercen más mujeres son Madrid (55,1%), Comunidad Foral de Navarra (54,5%) y País Vasco (53,8%), mientras que las autonomías en las que continúan siendo minoría son Andalucía (45,9%), Islas Baleares (46%) y Región de Murcia (47%). Estos datos reflejan cómo, durante los últimos lustros, hasta el 70% de los matriculados en facultades de medicina eran mujeres, ya que entre 1994 y 2011 la proporción de tituladas en medicina creció el 93,4%, mientras el incremento en los varones durante el mismo período fue del 12,6%. Como consecuencia, el 66,4% de los residentes en 2017 (18.190 de 27.402) eran mujeres.

Este incremento en las tituladas en medicina, ahora graduadas y antes licenciadas, no se ha expresado aún en los cargos de responsabilidad. ¿Es un problema específico de la medicina, que precisa de más tiempo para que los puestos de responsabilidad reflejen la actual sociología de género? ¿O se trata de un ejemplo más de lo que sucede en el resto de ámbitos de la sociedad? Resulta conveniente realizar una consulta a la historia de la medicina para encontrar alguna respuesta.

El primer documento escrito sobre una mujer trabajando en sanidad, en una tarea similar a lo que será la enfermería, es una descripción en piedra caliza procedente del reinado de Ramsés II (1250 a.C.). Se dice que determinadas mujeres fueron dispensadas de la obligación de trabajar en la construcción de los templos del Valle de los Reyes para permanecer en sus casas atendiendo a familiares enfermos. En Grecia, donde aparecen los esbozos de la medicina occidental, no se reconoce la figura femenina en el contexto sanitario. En la única acción en la que participaban las mujeres era el corte del cordón umbilical. En cuanto a Roma, destaca la aparición de las obstetrix, vocablo que designaba a las parteras romanas. Se trataba de mujeres autodidactas que aprendían por tradición oral, a través de las parteras más antiguas.



En la Edad Media sobresale la Escuela de Salerno, que comienza en el siglo IX, una escuela médica excepcional y exclusivamente laica (civitas hippocratica). Entre su profesorado y alumnado había mujeres. Una figura destacada en el medievo es la religiosa Hildegarda von Bingen (1098-1179). Abadesa del Convento de Disibodenberg, Hildegarda von Bingen fue una mujer extraordinaria: música, escritora, filósofa, científica y hasta médico. Detalló una gran cantidad de enfermedades y escribió sobre cuestiones de índole sexual (por ejemplo, unas reglas para reprimir los deseos sexuales), sobre enfermedades venéreas, o sobre el embarazo y el puerperio.

En España, durante el medievo, se mantuvo esta actitud permisiva con las mujeres médicos hasta 1412, cuando en Castilla se prohíbe que “judío o judía, nin moro nin mora, no sean especieros, nin boticarios, nin cirugianos, ni fisicos”. Hay que tener en cuenta que las pocas mujeres que ejercían la medicina en España habitualmente eran judías. Esta norma no impidió que el verdadero cuidado de los enfermos continuase siendo asunto de mujeres, fueran o no médicos. Está documentado cómo durante el sitio de Granada, reinando Isabel la Católica, algunas damas se ocuparon de la atención de los heridos en tiendas de campaña.

Durante la modernidad y en la edad contemporánea la medicina se convierte en una profesión enormemente regulada, tanto

en la universidad como en su posterior ejercicio. Las mujeres quedan relegadas al ámbito de la enfermería, con Florence Nightingale como figura emblemática, al instituir la enfermería como profesión. Elizabeth Blackwell (1821-1910) es la primera mujer del mundo que ejerce como médico desde que la medicina se establece como profesión con titulación oficial. La estadounidense fue rechazada en diez facultades de medicina, debido a que el ejercicio de la medicina por mujeres estaba mal visto y no era permitido. Finalmente se tituló en 1849 en el centro neoyorquino Geneva Medical College. A pesar de ello le aconsejaron realizar cursos de homeopatía y practicar la medicina no oficial. Las dificultades que encontró Elizabeth Blackwell para ejercer la medicina le empujaron a trabajar más en el ámbito de la enfermería.

En España la primera mujer en licenciarse en medicina fue Dolores Aleu Riera (1857-1913), siendo además la segunda en alcanzar el grado de doctor. Dolores Aleu Riera acabó los estudios de medicina en 1879, aunque hasta 1882 no obtuvo el permiso para realizar el examen de licenciatura. Se doctoró ese mismo año con la tesis “De la necesidad de encaminar por una nueva senda la educación higiénico-moral de la mujer”. Desde entonces paulatinamente, hasta los años 70 con cuentagotas, las facultades de medicina se han ido poblando de mujeres. Pero este hecho no ha tenido un reflejo análogo en los puestos de responsabilidad. En un estudio realizado en el Hospital Clínic de Barcelona, el 8% de las

mujeres alcanzaba el puesto de jefa de sección, de unidad, de departamento o de instituto, mientras que el porcentaje de los varones que lograba un puesto de responsabilidad superaba el 20%.

El 76,49% de los cargos directivos en los 52 Colegios de Médicos de España está en manos de varones. La cifra de presidentes es aún más escandalosa: solo cuatro de los 52 puestos son mujeres. Estos datos son trasladables a las jefaturas de servicio, de sección y a otros puestos de responsabilidad: directores médicos, gerentes, directores de institutos de investigación, etcétera. Las mujeres médicos son más que los varones, pero se encuentran aún en una posición más débil, no solo por los puestos de responsabilidad, también por su situación profesional: el 63% de los médicos desempleados son mujeres, y menos del 50% de las facultativas tiene una situación laboral estable (frente al 70% de los varones).

El repaso histórico y los datos muestran cómo el actual techo de cristal de las mujeres médicos tiene varias causas: la medicina precisa de tiempo para que los puestos de responsabilidad reflejen la actual sociología de género, pero también resulta complicado que las mujeres ejerzan puestos de responsabilidad con la estructura social y de la profesión en nuestro país. Cuando Dolores Aleu Riera se licenció, la prensa de la época lo recibió así: “Felicitamos por adelantado a los enfermos que fien la curación de sus dolencias al nuevo doctor con faldas” [sic]. Desde que se escribieron estas palabras, hace 140 años, la medicina ha cambiado para bien, pero aún queda mucho por hacer.

Referencias

1. La mujer en la Medicina española
Disponible en: <http://elmedicointeractivo.com/mujer-medicina-espanhola-20110919184746031104/>
2. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. Año 2017.
Disponible en: http://www.ine.es/prensa/epsc_2017.pdf
3. Las mujeres, mayoría en Medicina por primera vez en la historia de España
Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/las-mujeres-mayoria-en-medicina-por-primera-vez-en-la-historia-de-espana-9362>
4. Solo el 8% de las médicas alcanza puestos de responsabilidad en hospitales
Disponible en: <https://www.agenciasinc.es/Noticias/Solo-el-8-de-las-medicas-alcanza-puestos-de-responsabilidad-en-hospitales>
5. Machismo en el hospital: “Señorita... ¿cuándo viene el doctor?”
Disponible en: <https://www.elmundo.es/papel/lideres/2018/03/08/5a9fda50ca474101328b4596.htm>

Corporativo PMN PROMENAL

25 años defendiendo médicos



Una de las problemáticas con mayor auge durante los últimos años, es el crecimiento de los problemas médico legales, originados por una demanda, denuncia o queja interpuesta por un paciente en contra de un especialista de la salud, mismo que puede ser un médico, una enfermera, un residente, una clínica o un hospital.

Desgraciadamente en muchas ocasiones el profesional de la salud no cuenta con un respaldo especializado que lo pueda proteger ante este tipo de situaciones.

Durante los últimos años hemos sido testigos de un crecimiento exponencial de problemas médico legales, mismos que han crecido y se han generado por el desconocimiento del paciente, la falta de claridad en muchas ocasiones del profesional de la salud y sobre todo por una mala relación médico - paciente.

Gracias a esa necesidad hace 25 años nació Promenal Corporativo PMN, y desde ese momento hasta el día de hoy se ha posicionado como la empresa líder en defensa médico legal en México, contando con la confianza de más de 50,000 profesionales de la salud, y la infraestructura médico legal más grande del país, contando a día de hoy con 18 sucursales y un equipo de más de 280 abogados especialistas en medicina legal a nivel nacional.

TRANQUILIDAD es el compromiso del Corporativo PMN para con todos los profesionales de la salud en México, brindándoles protección por la vía CIVIL, PENAL y ADMINISTRATIVA, contando con un sistema de atención 24 hrs que se reparte en diferentes medios digitales, para poder una brindar una experiencia incomparable que te ayude a sentir el apoyo y la protección en el momento que más lo necesitas.

Dentro de los compromisos del Corporativo PMN para con los profesionales de la salud, está la preparación y actualización en temas médico legales, mismos que van de la mano con los diferentes cursos y ponencias que realizamos a nivel nacional, enfocados a que el profesionista de la salud pueda prepararse y prevenir un problema médico legal siempre de la mano de PROMENAL.

Nuestra experiencia nos ha valido para contar con el respaldo de los Colegios, Sociedades y Federaciones médicas más importantes de México, como lo son la FEMECOG, FMCAA, CNCD, SMEO, SMORLCCC, SMO, CMH entre otras.

Con el Corporativo PMN gozarás y vivirás la **“Tranquilidad en el ejercicio de tu profesión”**





SPGO
SOCIEDAD PARAGUAYA
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



XXIII Congreso
Latinoamericano
de Obstetricia y Ginecología
Asunción, Paraguay
del 6 al 10 de septiembre 2020



LA OBESIDAD MATERNA AUMENTA EL RIESGO DE CÁNCER INFANTIL



Investigadores de la Universidad de Pittsburgh y el Centro de Cáncer UPMC Hillman (Estados Unidos) han descubierto que los niños nacidos de madres obesas tienen más probabilidades de desarrollar cáncer infantil.

El estudio ha sido publicado en el *American Journal of Epidemiology* y ha sido realizado analizando 2 millones de nacimientos entre 2003 y 2016, donde los investigadores encontraron una correlación entre el índice de masa corporal (IMC) de las madres antes del embarazo y el diagnóstico de cáncer posterior en sus hijos. **Los resultados muestran que los niños nacidos de madres con obesidad severa -con un índice IMC superior a 40- tienen un 57% más de riesgo de leucemia.**

Los investigadores creen que la raíz de esta causa tiene algo que ver con los niveles de insulina de la madre durante el desarrollo fetal, o posiblemente los cambios en la expresión del ADN de la madre, que se transmiten a su descendencia.

“Es importante destacar que no todos los niveles de obesidad conllevan el mismo riesgo. Entre las mujeres obesas en el estudio, un IMC más alto vino con tasas más altas de cáncer en sus hijos. Por lo

tanto, incluso pequeñas cantidades de pérdida de peso pueden traducirse en una reducción real del riesgo”, explica la autora principal del estudio, **Shaina Stacy**.

“En este momento, desconocemos muchos factores de riesgo evitables para el cáncer infantil. Mi esperanza es que este estudio pueda, de alguna manera, potenciar y también motivar la pérdida de peso”, añade.



Disclaimer

Am J Epidemiol. 2019 May 20.
pii: kwz118. doi: 10.1093/aje/kwz118.
Publicado en Noticias Médicas el 15 de julio de 2019

SUPLEMENTOS DE TESTOSTERONA PUEDEN MEJORAR EL BIENESTAR SEXUAL DE MUJERES POSMENOPÁUSICAS.



Los suplementos de testosterona pueden mejorar el bienestar sexual de las mujeres posmenopáusicas, según concluye una revisión sistemática y metaanálisis en el que se han analizado resultados de 36 ensayos con 8.480 mujeres en total, publicado en The Lancet Diabetes & Endocrinology.

Aunque mejor conocida como hormona masculina, la testosterona es importante para la salud sexual femenina, ya que contribuye a la libido y al orgasmo, además de ayudar a mantener la función metabólica normal, la fuerza muscular, la función cognitiva y el estado de ánimo.

Los niveles disminuyen de forma natural a lo largo de la vida de una mujer y también pueden descender bruscamente después de la menopausia quirúrgica. Investigaciones anteriores han sugerido que la terapia con testosterona puede mejorar la función sexual en las mujeres, pero las formulaciones disponibles han sido diseñadas para los hombres y la evidencia de su seguridad o efectos secundarios adversos en las mujeres es escasa.

“Nuestros resultados sugieren que es hora de desarrollar un tratamiento de testosterona adaptado a las mujeres posmenopáusicas en lugar de tratarlas con concentraciones más altas formuladas para

los hombres. Casi un tercio de las mujeres experimentan un bajo deseo sexual en la mediana edad, con angustia asociada, pero no existe una fórmula o producto de testosterona aprobado para ellas en ningún país y no hay pautas acordadas internacionalmente para el uso de testosterona por parte de las mujeres”, apuntan los autores.

En el trabajo han comprobado que la testosterona aumenta la frecuencia de relaciones sexuales satisfactorias en las mujeres, ya que incrementa el deseo sexual, placer, excitación, orgasmo, capacidad de respuesta a estímulos sexuales y autoimagen.

“Algunas mujeres que tienen encuentros sexuales con regularidad informan que no están satisfechas con su función sexual, por lo que el aumento de la frecuencia de una experiencia sexual positiva de nunca, u ocasionalmente, a una o dos veces al mes puede mejorar la autoestima y reducir las preocupaciones sexuales”, añaden.

El estudio no encontró efectos beneficiosos sobre las medidas cognitivas, la densidad mineral ósea, la composición corporal o la fuerza muscular. Además, tampoco se observaron beneficios para el estado de ánimo depresivo independientemente del estado menopáusico o en el bienestar psicológico.



Aunque se observó un aumento en el acné en 11 estudios con 3,264 mujeres, y un aumento en el crecimiento del vello en 11 estudios con 4,178 mujeres, el número de participantes que se retiraron de los ensayos clínicos debido a estos efectos secundarios no fue mayor para las mujeres tratadas con testosterona que las tratadas con placebo.



Referencias

Lancet Diab Endocrinol 2019.
doi: 10.1016/S2213-8587(19)30189-5.
Publicado en Noticias Médicas el 31 de julio de 2019



CENTRO DE CONVENCIONES CONMEBOL
ASUNCIÓN, PARAGUAY
LA SEDE DE LA GINECOOBSTETRICIA DE LATINOAMÉRICA





Sociedad Boliviana
de Ginecología y Obstetricia

CONGRESO BOLIVIANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

25 al 27 de Septiembre del 2019
LA PAZ, BOLIVIA

XXXIV Congreso Argentino de Ginecología y Obstetricia

FASGO 2019

2 al 4 de octubre | Tucumán | Argentina
Tucumán te abre sus puertas



69
CONGRESO
MEXICANO DE OBSTETRICIA
Y GINECOLOGÍA



QUERÉTARO, QRO.

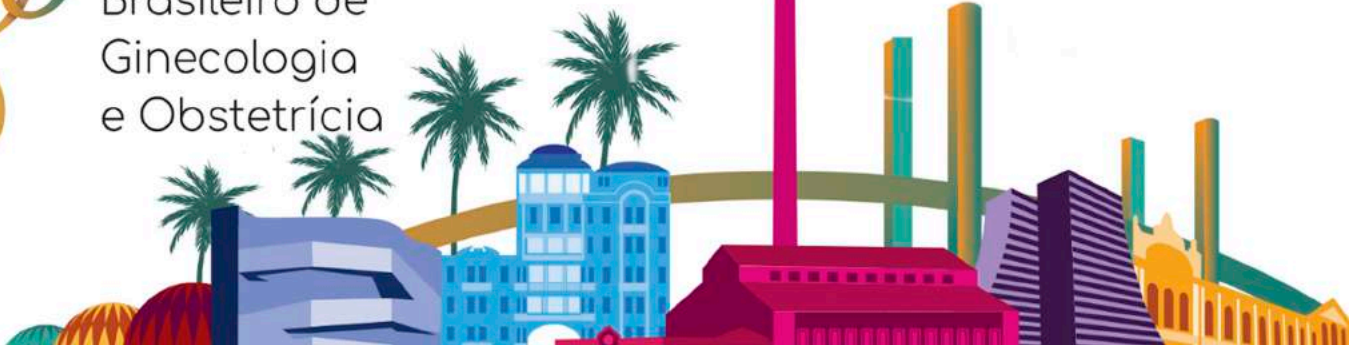
Octubre 13 al 17, 2019

Querétaro Centro de Congresos (OCC)

58

Congresso
Brasileiro de
Ginecologia
e Obstetrícia

13 a 16 de novembro de 2019
FIERGS | Porto Alegre | RS



LAS MADRES PRIMERIZAS TARDAN MÁS EN DILATAR DURANTE EL PARTO SI TIENEN MÁS DE 30 AÑOS



Investigadores andaluces han confirmado que las mujeres tardan más en dilatar durante el parto a partir de los 30 años de edad, tras haber analizado el perfil sociodemográfico, sanitario y obstétrico de 373 futuras madres primerizas de Córdoba, Granada y Jaén, y han corroborado la existencia de una relación directa entre la edad avanzada de la gestante y posibles incidencias antes, durante y después del alumbramiento.

Este trabajo de investigación refleja que las mujeres que se convierten en madres sobrepasada la treintena suelen presentar patologías como hipertensión y diabetes gestacional, y un parto con unas características similares, entre las que se incluye la necesidad de emplear instrumentación durante la fase de expulsión o la realización de cesárea.

Los resultados de este estudio se han publicado en el *Journal of Clinical Medicine* y reflejan que la primera fase del parto, la dilatación, suele ser más prolongada en mujeres de más de 35 años, concretamente 100 minutos más de media.

“La razón se debe a que el parto suele ser inducido. Al provocar el parto, que en la mayoría de casos requiere intervención médica, esta fase del alumbramiento se

prolonga durante casi una hora y media más”, explica Juan Miguel Martínez Galiano, matróon e investigador de la Universidad de Jaén.

Las conclusiones de este trabajo indican, además, que una edad materna avanzada se asocia a una mayor incidencia de enfermedades o trastornos durante el embarazo como la hipertensión y la diabetes gestacional, generalmente. *“El retraso de la maternidad es un fenómeno común en todo el mundo y cada vez es más frecuente debido en parte a la necesidad y al deseo de establecer una mejor preparación profesional, así como una estabilidad laboral y familiar. No obstante, debemos ser conscientes de que cuanto mayor es la mujer, el parto se hace más largo y también desemboca en un aumento de cesáreas”, alerta Martínez.*

Según los datos obtenidos tras este estudio, la edad media de las mujeres que presentaron problemas de salud durante el embarazo rondaba los 31 años, en comparación con los 29 de aquellas que no registraban ninguna patología. *“Vimos una diferencia notable y muy significativa para la hipertensión, ya que las futuras madres que padecían esta dolencia superaban los 34 años en comparación con los 30 en el caso de aquellas que no tenían este trastorno”, señala este investigador.*

Los responsables del estudio también han observado una diferencia significativa en el caso de la diabetes gestacional. *“Quienes sí presentaban este cuadro médico tenían un edad media de 36 frente a los 29 años de mujeres sin problemas con los niveles de azúcar”*, comenta Martínez.

Otra de las cifras que destacan los autores está relacionada con el tipo de parto: *“las encuestadas que se pusieron de parto de forma espontánea tenían menos de 29 años, frente a las que requirieron intervención, cuya media rondaba los 31”*.

**Referencias**

J Clin Med. 2019 May 13;8(5).

pii: E672. doi: 10.3390/jcm8050672.

Publicado en Noticias médicas el 15 de julio de 2019



Las madres que viven sin pareja tienen peores resultados de salud que el resto, situación que empeora si es a causa de una separación o por quedar viudas respecto a las madres que no tienen pareja por decisión propia, según un estudio de investigadoras del CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Esta investigación, publicada en el *Journal of Epidemiology and Community Health*, ha mostrado los procesos y contextos que condicionan estas diferencias, como el contexto socioeconómico y político, el mercado laboral, las relaciones sociales y familiares y los diferentes modelos de políticas de apoyo a la maternidad.

“Este marco conceptual que diseñamos es útil para conceptualizar los procesos que generan diferencias, reconociendo la influencia del estado, el mercado laboral y los contextos comunitarios, por lo que se debe prestar más atención a las madres más desfavorecidas, promoviendo políticas de equidad de salud universales complementadas con específicas para este grupo”, explican las investigadoras.

Comentan en el estudio que las mujeres con altos ingresos cuentan con más posibilidades de cubrir sus necesidades en el momento de criar a sus hijos, por lo

que la posición socioeconómica y la clase social influyen en la maternidad.

Inciden, además, en la predisposición a la mala salud en la exposición a ciertos riesgos, como “los problemas relacionados con el desempleo, condiciones de la vivienda y la falta de apoyos sociales, lo que podría generar una mayor susceptibilidad y estratificación de la sociedad”.

Asimismo, concluyen que el contexto socioeconómico y político influye en las oportunidades para iniciar el camino de la maternidad, jugando un papel importante la distribución desigual del poder y los recursos entre hombres y mujeres.

“Unas políticas de bienestar generosas podrían amortiguar la brecha de género y aumentar los deseos de ser madre en las mujeres. Asimismo, deben garantizarse sus derechos laborales, porque la crianza se percibe como una pérdida de perspectivas en el mercado de trabajo”, asegura la investigadora Carme Borrell. Precisamente, el informe evidencia que las madres solteras son con más frecuencia desempleadas y con mayor riesgo de pobreza, lo que podría explicar sus desigualdades en materia de salud.

Según sus hallazgos, esto se debe al modelo tradicional de política familiar en España, donde “la protección social se basa en el apoyo familiar, en contraste con un papel

más central del Estado, con las mujeres desempeñando el rol de cuidadoras y con una menor incorporación al mercado laboral”.

“Si bien las madres solteras se podrían considerar como un grupo desfavorecido, en países con Suecia no sufren esta circunstancia por sus ayudas públicas. Del mismo modo, tienen muchas menos posibilidades de ser pobres en Noruega que en Canadá porque reciben transferencias sociales más generosas”, concluyen las investigadoras.



Disclaimer

© de la selección de noticias, 2017 Elsevier España, S.L.U.
Publicado en Noticias Médicas el 18 jun. 2019

A partial view of a male doctor with a beard, wearing a white lab coat over a blue shirt, holding a tablet computer.

ALIANZA
FLASOG

PONEMOS A
TU MARCA
EN DONDE DEBE VERSE

ESCRÍBENOS A
comunicacion@flasog.org

CONGRESOS 2019



**XXIV CONGRESO BOLIVIANO
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
25 - 27 SEPTIEMBRE**



**XXXIV CONGRESO ARGENTINO
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
FASGO 2019
2 AL 4 DE OCTUBRE**



**58 CONGRESO BRASILEIRO
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DEL 13 AL 16 DE NOVIEMBRE**



**69 CONGRESO MEXICANO
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
13 A 17 DE OCTUBRE**



**XXXVII CONGRESO CHILENO
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
SE REALIZARÁ EN LA CIUDAD DE
VIÑA DEL MAR
13, 14 Y 15 DE NOVIEMBRE**



**XXIII CONGRESO ECUATORIANO
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
2019**

OTROS CONGRESOS

ISIVE
2019

20TH WORLD CONGRESS
ON IN VITRO FERTILIZATION

XX CONGRESO MUNDIAL DE
FERTILIZACIÓN IN VITRO
24 - 26 Octubre 2019
Barcelona, España

IMS
17 WORLD
CONGRESS ON
MENOPAUSE
MELBOURNE 30 APRIL-3 MAY 2020

XVII CONGRESO MUNDIAL
DE MENOPAUSIA
30 abril - 2 de mayo 2020
Melbourne, Australia



GYNECOLOGICAL
ENDOCRINOLOGY
THE 19TH WORLD CONGRESS
4-7 MARCH 2020 FLORENCE, ITALY

XIX CONGRESO MUNDIAL DE
GINECOLOGÍA ENDOCRINOLÓGICA
4 - 7 Marzo 2020
Florencia, Italia

COMPÁRTENOS
TUS CONTENIDOS CIENTÍFICOS

www.flasog.org

   / @FLASOG



gineco

FLASOG

¡MANTENTE ACTUALIZADO!



www.flasog.org

Facebook Twitter Instagram /@FLASOG