



Número del Proyecto:

Título del Proyecto:

Mejoramiento en la calidad de Atención de Mujeres en Condición Post Aborto

Título Abreviado:

Fecha de inicio:

01/08/2009

Fecha de finalización:

31/12/2009

Agencia de Ejecución:

NEX - GOBIERNO

Agencia de Implementación:

NEX - GOBIERNO

Modalidad de ejecución:

NEX Plena con pago directo

Financiamiento del Presupuesto (en US\$)			
INSUMOS	Rev. "A"		Variación
PNUD:			
01-UNDP IPF/TRAC 1.1.1	49.970		49.970
Costos Compartidos:			
Gobierno:		0	0
Instituciones Financieras		0	0
TOTAL DE INSUMOS	0	0	0
Gastos de Administración:			
TOTAL GENERAL	49.970	0	49.970

Tipo de Revisión:

Presupuestaria

Objeto de la Revisión:

El objetivo del presente proyecto es mejorar la calidad de la atención de mujeres en condición post aborto, a partir de las siguientes acciones: a) capacitación a los equipos de salud de diversos hospitales del país y fortalecimiento de los servicios especializados, promoviendo mejoras en la calidad de atención específicamente en la atención de la mujer en edad fértil y adolescentes en condición postaborto y b) formación de alianzas entre la comunidad y los servicios de salud --a partir de la inclusión de organizaciones de la sociedad civil-- con el fin de prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros, movilizar recursos comunitarios para ayudar a que las mujeres reciban atención apropiada y tratamiento oportuno para complicaciones del aborto y asegurar que los servicios de salud reflejen y satisfagan las expectativas de la comunidad y sus necesidades.

Aprobado por:

Firma:

Fecha:

Nombre/Cargo:

03 AGO 2009

CARLOS PELLE MARTINEZ
REPRESENTANTE PNUISE

Organismo de Ejecución:

Gobierno:

Dr. MÁXIMO FLORES
SECRETARIO DE PROMOCIÓN
Y PROGRAMAS SANITARIOS
Ministerio de Salud de la Nación

05 AGO 2009

RODOLFO DE OJEDA CURTANA
EMBASADOR
INSTITUTO DE COORDINACIÓN
Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

PNUD:

Dr. DANIEL AZAROVITZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO

HOJA DE DATOS BÁSICOS

Proyecto: Mejoramiento en la prevención del aborto y atención de mujeres en condición Post aborto.

Fecha de inicio: 01-08-2009

Fecha de finalización: 31-12-2009

Modalidad de Ejecución: Plena con pago directo

Organismo Nacional de Ejecución: Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios

Director Nacional: Dr. Máximo Andrés Diosque

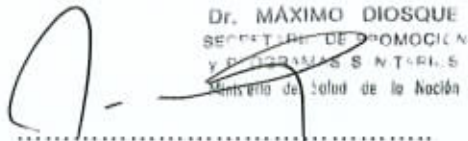
Domicilio: Av. 9 de Julio 1925 P. 12

Teléfonos: 4379-9002

E-mail oficial: dlipchak@ucmisalud.gov.ar

Presupuesto Total: U\$S 49.970

Fuentes de Financiamiento: UNDP / TRAC 1.1.1


Dr. MÁXIMO DIOSQUE
SECRETARÍA DE PROMOCIÓN
Y PROGRAMAS SANITARIOS
Ministerio de Salud de la Nación

DIRECTOR NACIONAL DEL PROYECTO


1/8/09

FECHA


Dr. DANIEL A. LIPCHAK
COORDINADOR EJECUTIVO
PROGRAMA DE ATENCIÓN POST ABORTO
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION



PARTE I: CONTEXTO

A) JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1) SITUACIÓN ACTUAL DEL PROBLEMA A ABORDAR

Las muertes de mujeres jóvenes, provocadas por problemas ocurridos durante el embarazo, el parto o el puerperio tienen un efecto devastador para las familias en las cuales estos hechos ocurren y para la comunidad en general.

Casi la totalidad de las muertes maternas son evitables pues están condicionadas por causas en su mayoría reducibles con los conocimientos técnico-científicos actuales, en un contexto como el de nuestro país, donde la cobertura institucional del parto llega casi al 100%.

Las muertes maternas ponen en evidencia la necesidad de implementar acciones en respuesta a diversas situaciones de emergencia asistencial tales como hemorragias, infecciones o complicaciones de la hipertensión arterial donde resulta necesario asegurar que las acciones preventivas y de tratamiento lleguen en forma oportuna.

Es reconocido que el embarazo no deseado pone en peligro la vida de la mujer o afecta su bienestar. Cuando las mujeres no tienen acceso a la anticoncepción, frecuentemente recurren al aborto, la mayoría de las veces con procedimientos inseguros que suelen ocasionarle incapacidad o la muerte.

1. a. Definiciones

La Defunción materna: es la muerte de una mujer durante la gestación, o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Las defunciones maternas se subdividen en:

- Defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio, debido a intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o debido a una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
- Defunciones obstétricas indirectas: son las que resultan de enfermedades existentes desde antes del embarazo o enfermedades que evolucionaron durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.
- Defunción materna tardía: es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, ocurrida después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

Esta definición responde a que los procedimientos actuales para mantener la vida en condiciones críticas cada día prolongan más el momento de la muerte. Esto también se aplica a las muertes

maternas, donde está aumentando la proporción de mujeres que fallecen después de los 42 días de finalizado el embarazo.

Defunción relacionada con el embarazo: es la muerte de una mujer mientras está embarazada, o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción.

Muerte materna no obstétrica: es la que resulta de causas accidentales o incidentales, no relacionadas con el embarazo o su atención. Este concepto fue adoptado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) pero no está incorporado en la definición de muerte materna de OMS. Por ejemplo: muerte de una gestante luego de un accidente de tránsito o luego de una cirugía por tumor cerebral.

Las defunciones maternas tardías y las no obstétricas no son incorporadas en el cálculo de las tasas de mortalidad materna oficiales, pero, a los efectos de implementar la vigilancia epidemiológica y el análisis de casos, se estima conveniente incorporar las muertes maternas obstétricas tardías a esta modalidad de registro y análisis.

1. b La Mortalidad Materna en Argentina

En Argentina, la Mortalidad por Causa Materna en el año 2005 fue de 39 x 100.000 nacidos vivos, cifra sin variación significativa en los últimos 11 años, siendo la 7ª causa de muerte en mujeres en edad fértil, y la 2ª causa en el grupo etáreo de 20 a 29 años. Las adolescentes que mueren por causa materna constituyen el 9,8% de ese total.

A lo largo del país, la situación es dispar, así, en el año 2004, se han registrado tasas de mortalidad materna mayor a 100 por 100.000 nacidos vivos en las provincias de Corrientes Formosa, Jujuy y La Rioja. Otras provincias se encuentran sobre el promedio nacional como Santiago del Estero, Misiones, Tucumán, Salta, Chaco, San Juan, San Luis y Tierra del Fuego.

La principal causa de Muerte Materna es el Aborto (32%), seguida por las hemorragias (19%), la hipertensión arterial (15%) y las infecciones (14%).

En comparación con otros países de la región, Argentina ha mostrado un descenso más lento de la tasa de Mortalidad Materna que Uruguay, Chile y Cuba durante los últimos 40 años. Si se evalúa el riesgo de muerte materna en Argentina, se observa que es el doble que en Estados Unidos y cinco veces superior que en Europa.

Por cada mujer que muere, entre 30 y 100 mujeres sobreviven con enfermedades, discapacidades y daños físicos causados por el parto ó por complicaciones del embarazo.

El escaso descenso de la mortalidad materna en la Argentina obliga a tomar conductas y revisar procedimientos en los servicios de salud. Asimismo, pone en evidencia la existencia de deficiencias en el proceso de atención de la embarazada (captación precoz, calidad, cantidad e integralidad de los controles prenatales), la calidad de atención del parto, del puerperio y del postaborto y el acceso a programas de salud sexual y reproductiva, vulnerando derechos consagrados por la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer incorporada en nuestra Constitución Nacional.

1. c. La Mortalidad materna por aborto en Argentina

Para un gran número de mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables, que dependen del sistema público de salud, el aborto resulta de necesidades no satisfechas en términos de procreación responsable y pone de relieve la falta de información sobre anticoncepción, dificultades de acceso a los métodos, fallas de los mismos o discontinuidad en la provisión por parte de los programas. Por sus características, el grupo adolescente es particularmente vulnerable. En el año 2004 murieron 9 adolescentes por esa causa (2 de ellas menores de 15 años).

Es difícil inferir la incidencia del aborto ya que factores culturales, religiosos y legales influyen para que las mujeres oculten la interrupción de un embarazo. Según cifras de la OMS, la mitad de las gestaciones que ocurren en el mundo son indeseadas, y 1 de cada 9 mujeres recurre al aborto como única solución posible. Investigaciones realizadas en nuestro país informan que, de los nacimientos que se producen, el 40-50% no habían sido planificados.

Según un estudio de revisión de Naciones Unidas sobre aborto en el mundo (2002), la Argentina a pesar de su legislación restrictiva es uno de los países con mayor incidencia de abortos del mundo, estimando que ocurre 1 aborto cada 2 nacidos vivos.

Según datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del año 2000, egresaron de efectores públicos 78.894 mujeres con diagnóstico de aborto. Esa misma fuente informa que los egresos hospitalarios por aborto en curso fueron 555 en mujeres menores de 15 años y 11015 entre 15 a 19 años. Se sabe que esta cifra es solo una porción de los mismos que realmente ocurren y está subestimada por diferentes motivos:

Existe subregistro de los casos de pacientes que son asistidas en efectores de salud y sólo algunas pacientes concurren a los servicios luego de la ocurrencia de un aborto.

Las estimaciones del total de abortos ocurridos surgen de la multiplicación del total de egresos por aborto por un factor, que varía en las distintas poblaciones según sus características, y que oscila entre 3 y 7; estimándose de esta manera entre 240.000 y 550.000 abortos anuales en Argentina.

La Mortalidad Materna relacionada con el Aborto es elevada en nuestro país en comparación con el promedio de otros países de América Latina y el Caribe, al cual triplica (32% vs.11%).

Esta situación está claramente relacionada con diversos factores:

- La ilegalidad y penalización del Aborto.
- La falta de implementación adecuada en algunas regiones del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Falta de consejería en salud reproductiva y anticoncepción postaborto.
- Factores socio culturales de la población.
- Deficiencias en la calidad de atención de los servicios: falta de respeto a los derechos humanos y en especial a los reproductivos, falta de articulación entre las redes sanitarias, escasez de médicos anestesiólogos y de sangre segura en las maternidades.

- Desconocimiento de nuevas técnicas como la Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

En consecuencia se producen demoras en la consulta, en la resolución de cuadros clínicos de emergencia de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto, aumentando considerablemente de esta forma las complicaciones asociadas (Morbilidad) y la Mortalidad materna por aborto y la reiteración de abortos en las mismas mujeres.

Entre las distintas jurisdicciones del país existe gran disparidad. Las regiones mas comprometidas son el NOA y el NEA, dónde en varias provincias (Corrientes, Jujuy, Santiago del Estero y Tucumán) las muertes por aborto superan el 40% de las muertes maternas.

2) SITUACIÓN PREVISTA AL FINAL DEL PROYECTO

El proyecto ha sido formulado con alcance nacional, de modo que las acciones que se implementen, así como los resultados esperados, alcancen a la totalidad de las mujeres que recibe atención en efectores del Sector Público de atención.

Se espera al finalizar el proyecto, difundir la implementación del modelo en los principales Servicios de Obstetricia y Ginecología de cada provincia que atiendan a mujeres en situación de aborto, y donde aún no se haya puesto en práctica.

A mediano plazo se espera que tal cambio en el proceso de atención contribuya a un descenso en las tasas de morbilidad y mortalidad materna debida a aborto.

Asimismo, se espera haber involucrado en tareas de prevención del aborto y orientación sobre acciones a seguir en situaciones de ocurrencia de aborto a Organizaciones de la comunidad que están en contacto con mujeres, especialmente mujeres pobres que probablemente no tienen acceso de información sobre cursos de acción a seguir.

3) BENEFICIARIOS PREVISTOS

Entre los beneficiarios directos de las actividades previstas dentro del proyecto, se cuentan los equipos técnicos provinciales del área materno infantil y principalmente los equipos técnicos (profesionales de la salud) de servicios de Tocoginecología de los principales hospitales y maternidades de cada jurisdicción incluyendo los centros diferenciados en la atención integral de adolescentes, y además a los equipos técnicos de hospitales y centros de menor complejidad de las provincias.

Son también beneficiarias directas del proyecto las ONGs que recibirán la capacitación provista por el proyecto para – a su vez- implementar acciones de orientación, prevención y tratamiento a seguir en casos de ocurrencia de abortos destinadas a mujeres con quienes estas organizaciones trabajan.

Las acciones que se implementen, tanto desde los servicios de Tocoginecología del país y desde las ONGs, disponiendo de material específico, recibiendo asistencia técnica y actividades de capacitación, redundarán en la población de mujeres en edad reproductiva que se atienden en el sector público, particularmente aquellas en situación postaborto.

4) MARCO INSTITUCIONAL

El proyecto será ejecutado por el Gobierno de la República Argentina a través de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación.

Tendrá su sede administrativa en dependencias de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, siendo el área de Ginecología y Obstetricia la responsable técnica de la implementación del Proyecto con la colaboración del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable y el Programa de Salud Integral en la Adolescencia.

Los Programas Materno Infantiles Provinciales serán los responsables, en cada jurisdicción, de la ejecución de las acciones en las áreas de intervención y de realizar los contactos políticos necesarios para los compromisos de gestión que se realicen con las provincias.

Asimismo, participarán autoridades locales del área de intervención: Municipio, Directores de Hospitales/ Centros de Salud, Jefes de Zonas o Áreas Sanitarias, Jefes de servicios de Obstetricia y Ginecología, Jefes de Enfermería, de Obstétricas y de Residentes.

5) VINCULOS CON EL MARCO DE COOPERACIÓN, CON EL PAIS Y CON EL MARCO DE RESULTADOS ESTRATÉGICOS

El presente proyecto se enmarca en el objetivo estratégico *Alcanzar los ODMs y reducir la pobreza* del esquema de cooperación del PNUD con Argentina. Se espera que contribuya con el logro de las metas vinculadas con el objetivo 6 (mejorar la salud materna), así como con las metas definidas en el Plan Federal de Salud.

En particular este proyecto se vincula con el logro de los siguientes productos:

- *Nuevos modelos de gestión en instituciones de salud.* El Proyecto contribuirá a mejorar la atención en las instituciones en las que se intervenga, lo cual se espera impacte en el mediano plazo en una mejora de los indicadores de morbilidad y mortalidad materna, con particular énfasis en mujeres adolescentes.
- *Programas y proyectos para dotar a la población de servicios sociales básicos.* El proyecto contribuirá a mejorar la calidad de la atención post-aborto que reciben las mujeres en esa condición.

En particular la presente iniciativa aborda una temática que es muy sensible al cumplimiento de las metas mencionadas y constituye una contribución y apoyo sustancial para lograr implementar un modelo de atención en todos los centros asistenciales del país acerca de un tema particular que comenzó a abordarse específicamente en el año 2006, y ya ha podido ser desarrollado en los principales Hospitales de la mayoría de las Provincias del país.

B) ESTRATEGIAS

1) ESTRATEGIA DEL PAIS

Todos los aspectos incluidos en el presente proyecto siguen las orientaciones fijadas en el Plan Federal de Salud, que dan prioridad a la prevención y a las acciones de comunicación social orientadas a la promoción de condiciones saludables de vida.

El objetivo último de tales orientaciones es reducir las brechas de inequidad, atender especialmente a los sectores más vulnerables y salvaguardar la salud, entendida ésta como derecho humano, como medio para reducir la carga económica de la enfermedad sobre las familias y sobre el Estado, y como sustento de la capacidad de trabajo de las personas. Todas las acciones propuestas en el presente proyecto se enmarcan dentro de las mencionadas líneas de trabajo.

En lo que refiere a la **reducción de la mortalidad materna e Infantil**, el Ministerio de Salud de la Nación se encuentra en un importante proceso que tiene ese objetivo como prioridad, mediante un trabajo articulado tanto en acciones de promoción y fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como a través del trabajo de apoyo a la gestión provincial y en servicios de salud materno infantiles.

Las acciones involucradas se enmarcan en aquellas que la Secretaria de Programas Sanitarios a través de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, desarrollan en articulación con las jurisdicciones y sus equipos técnicos, teniendo como marco el cumplimiento de las Metas para el Desarrollo del Milenio.

Entre otras acciones, el Ministerio ha implementado el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, con el objetivo de contribuir a la reducción de la mortalidad materna y promover un cuidado adecuado y el desempeño de una sexualidad saludable y responsable. Es éste, asimismo, uno de los objetivos del recientemente creado Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia dentro de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil que desde una perspectiva integral intenta colaborar con las medidas correspondientes: mayor acercamiento, consejerías preventivas, propiciar el uso de la anticoncepción de emergencia cuando falla otro método o frente a las comunes faltas de protección en las relaciones sexuales de este grupo etéreo.

Sin embargo en todas las edades, el aborto, continúa registrándose como la primera causa de muerte materna y se hace necesaria la aplicación de estrategias que mejoren la calidad de atención de mujeres en situación post aborto y contribuyan a reducir sus consecuencias.

Específicamente con respecto a la mortalidad materna producida por abortos inseguros, en el año 2005 se redactó, en consenso con expertos en la materia y Sociedades Científicas afines al tema, la "Guía para el mejoramiento de la calidad de la atención postaborto" de la que se editaron 10.000 ejemplares.

Al mismo tiempo se adquirieron 1.500 Bombas para AMEU con un juego de 8 cánulas cada una, suficientes para realizar 100.000 tratamientos postaborto, que se estima son los necesarios para realizar en un año en el sector público. Estas bombas ya se han distribuido en todo el país, luego de haber realizado los Talleres de Capacitación.

2) ESTRATEGIA DEL PROYECTO

La labor de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia está fuertemente empeñada en consolidar la vigilancia epidemiológica y el análisis de estas muertes maternas, lo que brindará un marco institucional adecuado para canalizar el desarrollo de las acciones previstas en este proyecto.

En el mismo sentido, el Plan Estratégico de la Dirección Nacional Materno Infantil del Ministerio de Salud 2009/2011 contempla la conformación de Unidades Ejecutoras Centrales (UEC) en el Ministerio integradas por el titular de Materno Infancia, titular del Plan Nacer, titular de Salud Sexual y

Procreación Responsable, titular de Adolescencia, titular de la Región Sanitaria, titular del Área Externa, titular del Hospital zona, Referente de la Obra Social Provincial. La UEC se plantea como el cuerpo encargado de proveer de insumos y asistencia técnica a los titulares de las carteras de salud de las provincias. Será el órgano consultor de cada ministro provincial que, por sus rasgos e integrantes, conformará un equipo de trabajo capaz de formular e implementar políticas que revistan de la integralidad, multidisciplinariedad y calidad necesarias.

2.1. Antecedentes del Proyecto

En el año 2007 la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia comenzó la ejecución de un Proyecto que recibió el apoyo financiero de PNUD a través de fondos no reembolsables. El proyecto "Mejoramiento en la calidad de atención de mujeres en condición post-aborto" (PNUD-ARG/06/003) tuvo como objetivo capacitar y sensibilizar a los equipos de salud de hospitales públicos en el modelo integral de atención postaborto desarrollado en la Guía de Mejoramiento de Atención Postaborto (Aprobada por la resolución 989/05 del Ministerio de Salud de la Nación).

En este marco se desarrollaron las siguientes acciones:

- 1) Un programa de capacitaciones en todo el país para presentar el modelo de atención postaborto.
- 2) Diseño y elaboración de materiales educativos sobre atención postaborto (video y folleto)
- 3) La selección de referentes del programa en cada provincia que actuaron como replicadores de las capacitaciones.
- 4) La implementación de un sistema de recolección de datos sobre la atención de las mujeres en situación de aborto.

Puntualmente, se desarrollaron las siguientes actividades:

- 27 talleres de capacitación con un total de 1192 participantes en las siguientes jurisdicciones:

AÑO	LUGAR DE REALIZACION	CANT DE PARTICIPANTES
2007	Ciudad de Buenos Aires	50
	Resistencia (Chaco)	28
	Córdoba (Córdoba)	40
	Paraná (Entre Ríos)	65
	Formosa (Formosa)	24
	La Rioja (La Rioja)	62
	Posadas (Misiones)	24
	Salta (Salta)	35
	San Salvador de Jujuy (Jujuy)	52
	San Juan (San Juan)	35
	Rosario (Santa Fé)	29

	Santiago del Estero (Santiago del Estero)	45
2008	Encuentro Nacional en Ciudad de Buenos Aires	32
	Hospitales de Tigre y Pacheco (Pcia Bs As)	20
	Hospital Pirovano (CABA)	17
	Trelew (Chubut)	52
	Avellaneda (Pcia de Buenos Aires)	92
	Río Gallegos (Santa Cruz)	141
	Ushuaia (Tierra del Fuego)	31
	La Matanza (Pcia. de Bs. As)	35
	Mendoza (Mendoza)	60
	Hospital Ramón Carrillo (Pcia Bs. As.)	32
	La Matanza (Pcia. de Bs. As)	26
	Hospital Santojanni (CABA)	36
	Región V (Pcia de Bs As)	64
	Región VI (Pcia. de Bs. As.)	46
Hospital José Penna (CABA)	23	
TOTAL		1192

- Diseño y elaboración de video educativo sobre postaborto (total 5150 unidades) dirigido a equipos de salud que incluye modelo de atención y demostración de la técnica de AMEU. Cabe destacar, que este video será publicado en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS en español, inglés, francés y chino
- Re-edición de Guía de Atención postaborto del Ministerio de Salud de la Nación (Total 12.000 unidades). Estas guías fueron distribuidas en todos los Talleres de Capacitación, y en los Congresos y Jornadas organizadas por SOGIBA (Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Ciudad de Buenos Aires), SOGBA (Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires), y FASGO (Federación Argentina de Sociedades de Obstetricia y Ginecología).
- Diseño y elaboración de folletería dirigida a usuarias explicando qué hacer en caso de aborto, signos de alarma, y diferentes alternativas en cuanto a métodos anticonceptivos. Este material fue distribuido en los Centros de Salud, y en diferentes actividades realizadas por los responsables de Salud Sexual y Reproductiva de las Provincias
- Distribución en todos los talleres de capacitación de la *Guía de atención postaborto* del Ministerio de Salud de la Nación, bibliografía sobre el modelo de atención postaborto y anticoncepción (en CD). A partir de octubre de 2007 se entregó también una copia del video a cada participante de los talleres.
- Se compraron 25 modelos pélvicos que fueron utilizados en las capacitaciones provinciales, y cedidos a cada Provincia para que el referente pudiera repicar los Talleres.
- Se diseñó una planilla de registro individual que recoge los datos de cada mujer atendida en situación de aborto. Estas planillas son completadas por los referentes del programa en cada jurisdicción. Los datos recogidos, son consolidados en otras planillas diseñadas para tal fin en una

herramienta informática Excel, la cual es enviada mensualmente vía e-mail a la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.

- Se comenzará a implementar la Historia Clínica para Mujeres en Situación de Aborto que se incorporó al Sistema Informático Perinatal (SIP), ajustando algunas variables a la realidad de nuestro país.
- Se entregaron 1500 equipos de AMEU (aspiradores y cánulas)
- Desde la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia se gestionó la compra de 100.000 cánulas descartables y 1200 equipos AMEU para ser utilizados durante el año 2009.

El principal resultado constatado a partir de la implementación de este Proyecto fue el cambio observado en la modalidad de atención vinculado con:

- Administración de analgésicos antes del procedimiento de evacuación si la mujer lo requiriera.
- Administración de anestesia (local o general) a todas las mujeres que requieren una evacuación uterina.
- Implementación de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) como técnica alternativa. Esta técnica ha sido reconocida por la OMS y la FIGO como una técnica beneficiosa y es recomendada para el tratamiento de la atención del Post Aborto. Entre sus beneficios se identifican un menor requerimiento del uso de anestesia general, menor tiempo de internación, menor gasto hospitalario y menor impacto social por internación prolongada. Esta técnica es desconocida en la mayoría de las jurisdicciones de nuestro país y por las ventajas descriptas su difusión es prioritaria.
- Disminución en los tiempos de espera y en tiempo total de internación de las mujeres.
- Oferta de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.
- Entrega de método anticonceptivo antes del alta hospitalaria, incluyendo la inserción de DIU postaborto (práctica que en muchos servicios no se realizaba previo a la capacitación).
- Valoración del secreto médico y la confidencialidad (No realización sistemática de la denuncia policial).

También pudieron constatarse algunos problemas y debilidades:

1. Falta de insumos para anticoncepción. La crisis de abastecimiento de insumos anticonceptivos que atraviesa desde hace unos meses el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable tuvo un severo impacto en las provincias que dependen exclusivamente del suministro del programa, y que quedaron sin insumos suficientes para entregar a la población (particularmente anticonceptivos orales e inyectables). Esto genera un profundo malestar en los equipos de salud que no pueden acercar a la población los elementos indispensables para prevenir embarazos no deseados. En este contexto, el fuerte énfasis en el abordaje preventivo a través de la anticoncepción postaborto que plantea el modelo integral de atención postaborto resulta imposible de aplicar en algunas jurisdicciones.
2. Débil articulación entre el Programa de Mejoramiento de la Atención Postaborto y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
3. Falta de compromiso de algunos referentes provinciales que no reportan los datos regularmente o que no han replicado la capacitación en otras instituciones o localidades de la provincia.
4. Referentes reportan principalmente datos de la institución en la cual trabajan y no de otras instituciones de salud de la jurisdicción.

5. Dificultad para realizar prácticas clínicas para demostración de la técnica de AMEU cuando no hay casos ingresados o cuando son muchos participantes. El video tiende a subsanar este déficit.
6. En algunas provincias, fallas en la convocatoria para participar en las capacitaciones (limitadas a una sola institución, no se incluyen otras localidades más allá de las ciudades capitales, se invita sólo a residentes, o sólo a personal médico sin incluir equipos interdisciplinarios).
7. Supervisiones: debido a que el proceso de cambio de implementación del nuevo modelo es gradual. Se consideró que las supervisiones capacitantes serán efectivas sólo si se realizan en un tiempo prudencial, (no antes de 6 meses de realizada la capacitación), motivo por el cual desde la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, se prevé realizar estas actividades durante el año 2009.

Por ello, algunas lecciones aprendidas son:

- La falta de insumos anticonceptivos afecta seriamente el desarrollo del modelo de atención generando oportunidades perdidas para implementar el abordaje preventivo.
- La oferta de anticoncepción en el momento oportuno con frecuencia está obstaculizada por barreras internas de los servicios de salud (falta de AC en la guardia, exigencia de realización del PAP previo a la entrega de AC, concentración de entrega de AC en una sola persona que cumple un horario específico, etc.).
- La incorporación de la AMEU como técnica alternativa es lenta y gradual.

A partir de la implementación del Proyecto señalado y dada la necesidad de realizar la capacitación en algunas provincias donde éstas no se desarrollaron y de fortalecer el seguimiento de la inclusión de esta práctica en provincias cubiertas por el programa de capacitación anterior, el presente proyecto se orientará al cumplimiento de los siguientes objetivos:

2.2. Productos del Proyecto

El presente Proyecto tiene como objetivo reducir la mortalidad materna a partir de la disminución de la frecuencia del aborto inseguro.

Los productos que se alcanzarán a través de este Proyecto son:

Producto 1: Capacidades de los equipos de hospitales provinciales para adoptar el Programa de Mejoramiento de la Calidad de Atención Postaborto fortalecidas.

El Proyecto desarrollará talleres de capacitación, con los siguientes contenidos:

- Derechos sexuales y reproductivos.
- Mortalidad Materna y aborto en Argentina
- Modelo de atención integral postaborto
- Orientación y consejería
- Anticoncepción
- Historia clínica Postaborto
- AMEU: Instrumental y técnica

- Manejo del dolor (conductual y clínico)

El programa de capacitación se implementará en todo el país, dividiendo las provincias en dos grupos con la siguiente composición:

- **Grupo 1:** Provincias ya capacitadas y donde ya se está implementando el "modelo integral de atención post aborto" en el principal hospital de la Capital Provincial, y en las cuales se realizarán supervisiones capacitantes periódicas. En estas provincias, la meta es difundir el "modelo" a 1 o 2 hospitales (servicios de obstetricia y ginecología) del interior.

Este grupo está conformado por las siguientes Provincias: Entre Ríos, Corrientes, Misiones, Formosa, Salta, Catamarca, La Rioja, San Juan, Mendoza, Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Los hospitales a capacitar en cada provincia, serán propuestos por las respectivas autoridades de los Programas Materno Infantiles provinciales de acuerdo con las necesidades locales.

Para el Grupo 1, los talleres serán coordinados por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, y los capacitadores serán el referente provincial y el responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Se realizarán un total de 15 talleres en este grupo.

- **Grupo 2:** Provincias donde por diversos motivos no se ha implementado el Modelo, o bien se ha implementado pero no informaron sobre el desarrollo del mismo. En todas ellas se realizará un Taller Inicial y se seleccionará un "referente" que quedará a cargo de las tareas ya mencionadas. Serán supervisadas periódicamente.

Incluye todas las provincias del país, menos las mencionadas en el Grupo 1, a saber: Jujuy, Chaco, Tucumán, Santiago del Estero, Santa Fe, San Luis, La Pampa. En Buenos Aires se realizarán cinco talleres: cuatro en el Conurbano y uno en Bahía Blanca y en la CABA se realizarán 3 Talleres.

Para el grupo 2, el *Taller inicial* será dictado por un integrante del equipo de la Dirección de Salud Materno Infantil, junto con el equipo técnico del Programa Materno Infantil provincial respectivo que colaborará en forma trascendente y será fundamental en la etapa de convocatoria previa a la actividad y en el monitoreo posterior. Los capacitadores serán 2: médico tocoginecólogo (del área de Ginecología y Obstetricia de la Dirección de Maternidad e Infancia y de la especialista en derechos sexuales y reproductivos y consejería en el tema para el Grupo 2.

Se realizarán un total de 15 talleres en este grupo.

Para el desarrollo de las capacitaciones en las provincias, será necesaria la conformación de equipos provinciales con un coordinador general que dependa del Programa Materno Infantil de cada provincia (idealmente se propone el responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva) y un referente en atención postaborto por provincia, al cual se le pagará honorarios docentes por cada taller realizado.

Las capacitaciones que se realicen en las provincias serán teórico-prácticas, intensivas, de 8 horas de duración, orientadas a los equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud (médicos-

generalistas, tocoginecólogos, especialistas en adolescencia, enfermeras, obstétricas, psicólogas, asistentes sociales, agentes sanitarios) de los principales centros obstétricos, ginecológicos y de adolescencia locales y vecinos.

Las acciones previstas en el marco del presente Proyecto deberán garantizar las siguientes condiciones básicas de funcionamiento a fin de poder cumplir con los objetivos previstos:

- Disponibilidad permanente de todos los métodos anticonceptivos trabajando en forma articulada en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Disponibilidad de equipos para realizar Aspiración Manual Endouterina (AMEU).
- Entrega de modelos pélvicos a todos los hospitales capacitados tanto para realizar la práctica de AMEU, como para la práctica de inserción de DIU (Dispositivos intrauterinos).
- Capacitación en la confección y la carga de datos en el sistema informático correspondiente para lo cual será necesario equipar con computadoras a los Servicios de Ginecología que no cuenten con esta herramienta, y contratar dataentristas para que realicen la carga de los datos al sistema.

El material que se distribuirá en los talleres consta de:

- Guías impresas "Mejoramiento en la calidad de la atención del post aborto."
- Sets de compact disks con Bibliografía amplia en la temática y que incluya las particularidades del trabajo con adolescencia.
- Videos elaborados especialmente.
- Folletos para equipos de salud, para las mujeres adultas y para adolescentes.
- Folleto explicativo de modalidad de registro de "aborto" en el Sistema Informático Perinatal (SIP/CLAP/OPS/OMS).
- Bombas de Aspiración manual "AMEU Plus" con sus respectivos juegos de 8 cánulas "Easy Grip" (para ser utilizadas en los talleres y para ser distribuidos en cada jurisdicción según las necesidades).
- En función de que uno de los elementos principales del Modelo es la Anticoncepción, es importante contar con una provisión de Modelos Pélvicos tanto para la práctica de AMEU como para la práctica de inserción de DIU.

Se realizarán un total de 31 talleres: 15 en el Grupo 1, 15 en el grupo 2, y 1 taller Inicial en la Ciudad de Buenos Aires para "nuevos" referentes, en Agosto 2009 para unificar criterios de los contenidos docentes (Ver Cronograma en Anexo 3).

Producto 2. Organizaciones de la sociedad civil incorporadas en la ejecución de acciones de orientación y consejería en materia de aborto y salud sexual y reproductiva.

Uno de los elementos esenciales del modelo de atención postaborto es la formación de alianzas entre la comunidad y los servicios de salud con el fin de:

- Prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros
- Movilizar recursos comunitarios para ayudar a que las mujeres reciban atención apropiada y tratamiento oportuno para complicaciones del aborto.
- Asegurar que los servicios de salud reflejen y satisfagan las expectativas de la comunidad y sus necesidades.

Para avanzar en el logro de estos objetivos se propone la realización de talleres con organizaciones de la comunidad (ONGs), líderes barriales y agentes sanitarios a fin de:

- Abordar la problemática del aborto desde sus perspectivas y experiencias.
- Aportar herramientas educativas para prevenir el embarazo no deseado y el aborto inseguro.
- Concientizar acerca de las consecuencias de las prácticas de aborto inseguro.
- Generar capacidad para asesorar y actuar en situaciones de aborto inseguro (identificación de signos de alarma, búsqueda de atención médica, derechos de las mujeres en situación de aborto).
- Informar acerca de los cuidados postaborto.
- Promover la adopción de métodos anticonceptivos en el postaborto.
- Considerar las necesidades particulares de mujeres en situaciones de violencia, adolescentes, mujeres VIH positivas, migrantes, etc.

Los talleres se organizarán conjuntamente entre la coordinación del Programa de Atención Postaborto y las Direcciones de Salud materno infantil y programas de salud reproductiva provinciales. En cada sitio los participantes serán identificados a partir de las organizaciones comunitarias que trabajan articuladamente con los programas de salud reproductiva, las organizaciones integrantes del Consorcio por los Derechos Reproductivos y Sexuales (CONDERS) y los agentes sanitarios vinculados a los centros de atención primaria.

Asimismo, se espera que a partir de esta actividad inicial se abran canales de comunicación que conecten a los líderes y organizaciones comunitarias con los responsables de los programas de salud reproductiva y los referentes del Programa de Mejoramiento de la Atención Postaborto para avanzar en la implementación integral del modelo de atención postaborto.

Se realizarán 15 talleres, siguiendo la programación planteada para las capacitaciones previstas en el grupo 2 (ver cronograma en Anexo 3).

El Proyecto contará con un Coordinador general y con un coordinador docente, que se desempeñarán desde el inicio del mismo. Ambos coordinadores dependerán y estarán bajo la supervisión permanente de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, específicamente en el área de Ginecología y Obstetricia.

Una Organización no gubernamental administrará en forma exclusiva los fondos del Proyecto para pago de honorarios, viáticos y horas cátedras de capacitación a docentes, referentes y el pago de refrigerios en los talleres de capacitación. Para la contratación de la Organización, se realizará una invitación a cotizar, a través de un comité de evaluación del Ministerio de Salud de la Nación y siguiendo los procedimientos establecidos por PNUD para contratación de terceros.

Esta contratación se fundamenta en la necesidad de organizar los aspectos logísticos (pasajes, viáticos, refrigerios, organización de las actividades en cada provincia) en el interior del país, que requiere necesariamente de una entidad descentralizada.

3) ESTRATEGIA DE SALIDA

Al finalizar el Proyecto, se espera haber implementado el Modelo Propuesto en al menos el 60% de los hospitales capacitados (tanto del Grupo 1 como del Grupo 2). A mediano plazo se espera que tal cambio en el proceso de atención contribuya a un descenso en las tasas de morbilidad y mortalidad materna debida a aborto.

Así mismo, se espera contribuir en el desarrollo de capacidades tanto de los Programas Materno Infantiles Provinciales como de los Servicios de los hospitales y maternidades donde se desarrollen las actividades. Por último, el Proyecto prevé la capacitación de personal que pueda replicar las experiencias a nivel Intra e Interprovincial, extendiendo así las medidas de cobertura.

Por otra parte, por medio del trabajo con diferentes Organizaciones no Gubernamentales, se espera por un lado empoderar a las mujeres de la sociedad civil para que ejerzan sus Derechos Sexuales y Reproductivos, y por otro lado concientizar a la población de que el aborto realizado en condiciones inseguras conlleva a graves consecuencias.

4) PARTICIPACIÓN DEL PNUD

El Gobierno Argentino ha solicitado la presente asistencia al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en virtud de su amplia experiencia y reconocido compromiso con las políticas y estrategias de desarrollo, tales como el cumplimiento de los Objetivos del Milenio (ODM) y de la CEDAW, que apuntan a la reducción de la pobreza, y al mejoramiento de la condiciones de vida, en particular para los más desfavorecidos, tal y como el presente proyecto se propone abordar, en el campo de la salud.

Asimismo, se ha solicitado la intervención de PNUD en virtud de su capacidad técnica demostrada en el seguimiento y monitoreo de proyectos y en el gerenciamiento del Proyecto para asegurar la ejecución del mismo en los tiempos previstos y a través del uso de procedimientos estandarizados y probados.

Dada la centralidad del Proyecto de acuerdo al Esquema de Cooperación con el País, el PNUD financiará las actividades previstas con recursos propios.

Asimismo, el Ministerio de Salud de la Nación requiere de la asistencia técnica del PNUD considerando la necesidad de intensificar adecuadamente la línea de prevención de la enfermedad y promoción de la salud a través de la capacitación en la atención del postaborto.

PARTE II MARCO DE RESULTADOS Y RECURSOS DEL PROYECTO

<p>ARG/09/011" Mejoramiento en la calidad de atención de mujeres en condición Post aborto"</p> <p>Objetivo Estratégico: Alcanzar los objetivos de Desarrollo del Milenio y reducir la pobreza</p> <p>Efecto esperado: Aumento del acceso a los servicios sociales básicos y mejora de los ingresos de la población en situación de pobreza</p> <p>Productos del Programa: Programas y proyectos para dotar a la población de servicios sociales básicos. Nuevos modelos de gestión en instituciones del ámbito social</p> <p>Temas de los Fondos de Fideicomiso: N/A</p> <p>Estrategia de los Socios: la Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación será responsable de la ejecución del proyecto a través de la Dirección Nacional Maternidad e Infancia.</p>		
Productos Esperados	Meta anual	Actividades
<p>1. Capacidades de los equipos de hospitales provinciales para adoptar el Programa de Mejoramiento de la Calidad de Atención Postaborto fortalecidas.</p>	<p>100% de los Talleres de capacitación a los Servicios de Obstetricia y Ginecología de los principales hospitales del interior de las provincias del Grupo 1 realizados (15 talleres en 13 jurisdicciones)</p>	<p>1.1 Dictado de los talleres de capacitación Grupo 1</p> <p>1.3 Dictado de los talleres de capacitación Grupo 2</p>
		<p>Subcontratos 28.400</p> <p>72100</p> <p>Misceláneos 1720</p> <p>74500</p>
<p>2. Organizaciones de la sociedad civil incorporadas en la ejecución de acciones de orientación y consejería en materia de aborto y salud sexual y reproductiva</p>	<p>100% de los Talleres (15) brindados a las ONGs de las provincias del Grupo 2.</p>	<p>2.1. Dictado de los talleres de capacitación a ONGs en jurisdicciones del Grupo 2 (15 talleres).</p>
		<p>Consultores locales 8.530</p> <p>71300</p> <p>Viajes 11.320</p> <p>71600</p>
Insumos 2009		

PARTE II PRESUPUESTO DE INSUMO – PRODUCTO

PROYECTO: Mejoramiento en la prevención del Aborto y la atención de mujeres en condición Post-Aborto

Actividades		Descripción de los insumos		
Producto 1		SLP	TOTAL	2009
1.1. Taller de capacitación en Grupo 1 (15 talleres)		72100	28.400	28.400
		74500	1.720	1.720
	Subtotal Producto 1			30.120
1.2. Talleres de capacitación en Grupo 2 (15 talleres) incluyendo actividades prácticas acerca del uso del equipamiento específico sobre Atención Post Aborto para integrantes del Equipo de Salud de los principales servicios de Tocoginecología en los hospitales de las provincias de Jujuy, Chaco, Tucumán, Santiago del Estero, Santa Fe, San Luis, La Pampa, Buenos Aires, Conurbano y CABA.				
	Subtotal Producto 2			19.850
2. ONG's capacitadas en ejecución de acciones de consejería en materia de aborto y salud sexual reproductiva.		71300	8.530	8.530
		71600	11.320	11.320
Costo Total Proyecto				U\$S 49.970



Argentine

AWARD ID: ARG/09/011

AWARD Title: ARG/09/011 - Mejoramiento en la calidad de Atención de Mujeres en Condición Post Aborto

Año: 2009

PRESUPUESTO INSUMO - PRODUCTO

Project ID	Expected Outputs	Key Activities	Time Frame		Responsible Party	Planned Budget				
			Start	End		Fund	Donor	Budget Description		2009 segun CDR
	Calidad de Atención de Mujeres en Condición Post Aborto	1) Estrategia de Atención post aborto	01/07/2009	31/12/2009	ARG-Gobierno	04000	GOB	72100	Subcontratos	28.400
01/07/2009			31/12/2009	ARG-Gobierno	04000	GOB	72200	Equipo No Fungible		
01/07/2009			31/12/2009	ARG-Gobierno	04000	GOB	74100	Auditoria		
01/07/2009			31/12/2009	ARG-Gobierno	04000	GOB	74200	Gastos de Impresión & Audiovisuales		
	Calidad en la Atención de Mujeres en Condición Post Aborto	2) ONG's ejecución de acciones en consejería en materia de aborto y salud sexual reproductiva	01/07/2009	31/12/2009	ARG-Gobierno	04000	GOB	74500	Gastos Varios	1.720
01/07/2009			31/12/2009	ARG-Gobierno	04000	GOB	71300	Consultores locales	8.530	
			01/07/2009	31/12/2009	ARG-Gobierno	04000	GOB	71600	Viajes locales	11.320
TOTAL										49.970

PARTE III: ACUERDOS INSTITUCIONALES

1) Arreglos de ejecución

En virtud del Acuerdo suscrito entre el Gobierno de Argentina y el PNUD firmado el 26 de febrero de 1985 y aprobado por la ley N° 23.396 del 10 de octubre de 1986, en este proyecto se adopta la **modalidad de ejecución nacional plena con esquema de pagos directos**.

Mediante dicha modalidad de ejecución, el Gobierno Argentino propone al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) acordar un organismo de ejecución que asuma la responsabilidad primordial en la ejecución del proyecto. A tal efecto, actuará como organismo de ejecución la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio Salud de la Nación.

La Dirección Nacional del Proyecto será asignada al Secretario de Programas Sanitarios. Del Director Nacional del Proyecto dependerá el Coordinador, que tendrá a su cargo la Unidad Ejecutora del Proyecto. El Director Nacional del Proyecto propondrá a la Subsecretaría de Coordinación y Cooperación Internacional del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto la persona del Coordinador del Proyecto, remitiendo su curriculum y otros antecedentes que estime pertinentes, e indicará cuáles serán las facultades que delegará el Director Nacional en el Coordinador. La Subsecretaría de Coordinación y Cooperación Internacional resolverá, junto con el PNUD, acerca de su designación en dicho cargo.

El Director Nacional del Proyecto tendrá bajo su responsabilidad la ejecución del mismo, velando para que se cumplan no sólo sus objetivos y resultados sino también las normas y procedimientos que se establecen en el presente documento, sus Anexos y el Manual de Gestión de Proyectos de Cooperación Técnica del PNUD.

Las acciones que desempeñe el organismo de ejecución en cumplimiento de las actividades previstas en el documento de proyecto estarán sujetas, tanto a las disposiciones del "Acuerdo entre el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Gobierno de la República Argentina", señalado precedentemente, como a los procedimientos establecidos en el presente documento, sus anexos y el Manual de Gestión de Proyectos de Cooperación Técnica del PNUD.

Por consiguiente, la delimitación de las responsabilidades y obligaciones de las partes signatarias en la ejecución del proyecto se ampararán en el Acuerdo mencionado en el párrafo precedente.

Se incorpora como un Anexo los Procedimientos para el Cierre Operativo del Proyecto. Asimismo, de acuerdo a la normativa vigente (Manual de Programas y Proyectos – Requisitos de Auditoría para la Ejecución por el Gobierno de Proyectos Financiados por el PNUD, Sección 30503, Subsección 8.0, Febrero de 1991), se establece que los proyectos de ejecución nacional están sujetos a una auditoría independiente.

2) Arreglos de coordinación

El Proyecto será ejecutado por la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, a través de la Dirección Nacional Materno Infantil que asumirá la responsabilidad técnica por el cumplimiento de los objetivos. Contará con un Coordinador general, quien desarrolla sus actividades en la Dirección Nacional Materno Infantil, específicamente en el área de Ginecología y Obstetricia, y un coordinador docente, que se desempeñará durante todo el desarrollo del proyecto, para el que se seleccionará un profesional con experiencia en la organización de talleres de capacitación y coordinación de Docentes

Ambos coordinadores dependerán y estarán bajo la supervisión permanente de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, específicamente en el área de Ginecología y Obstetricia

Una Organización no gubernamental administrará en forma exclusiva los fondos del Proyecto para pago de honorarios, viáticos y horas cátedras de capacitación a docentes y referentes y el pago de refrigerio en los talleres de capacitación. Para la contratación de la Organización, se realizará un concurso público, actuando un comité de evaluación del Ministerio de Salud de la Nación para la selección de la misma.

Asimismo, para el desarrollo de algunas actividades se realizarán reuniones de consulta con la OPS/OMS, como agencia especializada del Sistema de Naciones Unidas, así como con otros organismos de Naciones Unidas, con quienes se encuentran en desarrollo diferentes acciones y proyectos de cooperación.

3) Preparación del Plan de Trabajo

El director/coordinador del proyecto preparará un plan de trabajo anual en donde se reflejen las actividades y los productos que se alcanzarán con la ejecución de las mismas, indicando los períodos de ejecución de estas actividades y los responsables de llevarlas a cabo. El primer plan de trabajo se encuentra anexo a este documento de proyecto y se actualizará inmediatamente después que se inicien las actividades del proyecto. Cada plan anual será remitido a la oficina del PNUD para su información y observaciones.

4) Presentación de Informes y Evaluación

El proyecto será objeto de un examen conjunto por parte de la Secretaría de Programas Sanitarios, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD y la Subsecretaría de Coordinación y Cooperación Internacional, por lo menos una vez cada doce (12) meses.

El director o coordinador del proyecto preparará anualmente y someterá a una reunión de examen conjunto, el informe de progreso del proyecto. La organización, el alcance y las fechas de las reuniones se decidirán después de celebrar consultas entre las partes que hayan firmado el documento de proyecto. Parte integral del informe de progreso será el inventario de equipos y activos fijos del proyecto, el cual deberá ser actualizado con cada informe o cuando lo requiera la oficina del PNUD.

El proyecto será visitado, cuando menos una vez al año, por funcionarios del PNUD para verificar que los productos estén siendo alcanzados de acuerdo a los planificado y para ayudar a resolver los problemas que surjan durante la ejecución.

5) Obligaciones anteriores y requisitos previos

El requisito previo para posibilitar el desarrollo del proyecto, asegurando la sustentabilidad de los logros, será la creación de consenso entre autoridades Nacionales (Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil), Provinciales (Min. de Salud Provincial, Director del Programa MI) y Locales (de nivel Municipal, Departamental o de Región Sanitaria).

Este consenso se plasmará en un Acuerdo político Nación-Provincia-Área geográfico, para recibir asesoría técnica en la gestión de la atención perinatal

La sustentabilidad de los logros alcanzados será evaluada ex -post con seguimiento de las variables contempladas en el proyecto. Esta evaluación estará contemplada en el compromiso suscrito.

Los recursos financieros de este proyecto serán administrados de acuerdo con el reglamento financiero del PNUD y durante la ejecución del proyecto, las actividades del mismo se ajustarán al nivel de aportes efectivamente depositados, de acuerdo con lo programado en el calendario de pagos.

El PNUD firmará el documento del proyecto y proporcionará su cooperación al mismo con sujeción al cumplimiento de este requisito. Si no se cumpliera este requisito el PNUD puede, a su discreción, suspender su cooperación hasta el momento en que los aportes programados se hayan recibido y garanticen el financiamiento del proyecto.

Los recursos financieros de este proyecto serán administrados de acuerdo con el reglamento financiero del PNUD y durante la ejecución del proyecto, las actividades del mismo se ajustarán al nivel de aportes efectivamente depositados, de acuerdo con lo programado en el calendario de pagos.

El PNUD firmará el documento del proyecto y proporcionará su cooperación al mismo con sujeción al cumplimiento de este requisito. Si no se cumpliera este requisito el PNUD puede, a su discreción, suspender su cooperación hasta el momento en que los aportes programados se hayan recibido y garanticen el financiamiento del proyecto.

Los recursos que el PNUD perciba en moneda nacional como costos compartidos o contribuciones a fondos en fideicomiso, serán convertidos a dólares de los Estados Unidos, aplicando lo establecido en el Capítulo V del Manual de Gestión de Proyectos Ejecutados por el Gobierno que se anexa y forma parte del Documento de Proyecto.

6) Sistematización y replicabilidad de las experiencias.

Desde la perspectiva de trabajo de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, se ha establecido en forma prioritaria la disminución de morbimortalidad por causas evitables en los grupos más vulnerables como son los menores de 5 años y las mujeres embarazadas. Dentro de este marco, se considera como uno de los puntos a tratar, reforzar en la población la noción de la prevención de la enfermedad, mantener presente en los equipos de salud la importancia de la promoción y la prevención y el mejoramiento de la calidad de la atención de las mujeres en condición post aborto.

El Proyecto prevé la capacitación de personal que pueda replicar las experiencias a nivel Intra e Interprovincial, extendiendo así las medidas de cobertura. Existe el compromiso previo de las estructuras provinciales de facilitar información y estructuras existentes, cooperar con el desarrollo de las capacitaciones y comprometerse en forma directa con el progreso de las actividades propuestas, dando la sustentabilidad a este Proyecto.

PARTE IV: MONITOREO Y EVALUACIÓN

4.1. Análisis de riesgos

Dado que el presente proyecto se enmarca en las acciones que la Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, desarrolla en coordinación con los equipos provinciales, un riesgo que puede surgir refiere a una insuficiente convicción por parte de las autoridades sanitarias provinciales en torno a la

necesidad de contar con el presente proyecto que no facilite el desarrollo de las actividades previstas.

Asimismo, es necesario destacar que el actual contexto sanitario nacional (emergencia de la gripe A N1H1) modifica las prioridades de políticas a nivel nacional y provincial, lo cual puede constituir un obstáculo para el desarrollo de las acciones previstas.

4.2. Plan de Monitoreo

Actividades Críticas	Meta Anual de Producto/Actividad	Indicadores	Medios de verificación	Periodicidad
Capacitar a los equipos de los Servicios de Obstetricia y Ginecología del Grupo 2 (15 talleres)	10 jurisdicciones capacitadas.	Porcentaje de Jurisdicciones capacitadas.	-Listado de jurisdicciones participantes en los talleres.	A los tres meses de iniciado el Proyecto
	80 % de hospitales con el "modelo de atención post-aborto" implementado.	Porcentaje de hospitales con el modelo en funcionamiento	-Reportes de los hospitales sobre la implementación del modelo	Al finalizar el Proyecto
Replicar las capacitaciones a hospitales del interior de las provincias del Grupo 1 (15 talleres en 13 jurisdicciones).	13 Jurisdicciones del país capacitadas.	Porcentaje de jurisdicciones capacitadas	- Viajes de supervisión realizados	A los tres meses de iniciado el Proyecto
	50 % de hospitales con el "modelo de atención post-aborto" implementado	Porcentaje de hospitales con el modelo en funcionamiento	- Reportes de los hospitales sobre la implementación del modelo	Al finalizar el Proyecto
Capacitar a OSC en la ejecución de acciones de consejería en materia de aborto y salud sexual reproductiva	15 talleres a ONGs realizados.	Al menos el 80% de las ONGs convocadas participan de los talleres de capacitación y se fortalecen en temáticas de aborto y salud sexual y reproductiva.	Registro de ONGs participantes	Al finalizar el Proyecto

PARTE IV: CONTEXTO LEGAL

El presente Documento de Proyecto será el instrumento al que se hace referencia en el Artículo I, párrafo 1, del Acuerdo suscripto entre el Gobierno de la República Argentina y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) firmado por las partes el 26 de febrero de 1985 y aprobado por la Ley N° 23.396, del 10 de octubre de 1986. Para fines del Acuerdo Básico Modelo de Asistencia, por organismo de ejecución se entenderá el organismo de ejecución del país huésped que se describe en dicho acuerdo. Serán de aplicación para este Documento de Proyecto, los términos y condiciones de este Convenio.

Consecuencialmente, el organismo de ejecución y el PNUD adquieren una relación contractual en virtud de la cual, si así se acordare entre las partes, el segundo podrá obrar como contratante en la adquisición de bienes y la prestación de servicios necesarios para el desarrollo de las actividades del Proyecto. En este caso la adquisición de bienes y/o la contratación para la prestación de servicios, estarán sujetas a las regulaciones que sobre la materia ha expedido las Naciones Unidas en general y el PNUD en particular.

Las revisiones del Documento de Proyecto que se indican a continuación, pueden ser efectuadas únicamente con la firma del Representante Residente del PNUD, siempre que los otros signatarios no presenten objeciones a estas revisiones:

- (a) Revisiones de cualquiera de los anexos del documento de proyecto o adiciones a ellos,
- (b) Revisiones que no impliquen cambios significativos en los objetivos inmediatos, los productos o las actividades del Proyecto, pero que se deriven de una redistribución de los insumos ya acordados o a aumentos de los gastos debido a la inflación, y
- (c) Revisiones anuales obligatorias, mediante las cuales se reescale la entrega de los insumos acordados del Proyecto, se aumenten los gastos de los expertos o de otro tipo debido a la inflación, o se tenga en cuenta el margen de flexibilidad del organismo de ejecución en materia de gastos.

Por otra parte, en caso de haber ajustes en los objetivos inmediatos, en los productos, en las actividades propuestas ó en los insumos (que afecten de manera significativa a los elementos anteriores) del Documento de Proyecto se deberán hacer revisiones sustantivas, las cuales debe firmar tanto el PNUD como el organismo ejecutor.

Los Documentos de Proyecto como extensión de un Tratado Internacional, son suscriptos por el PNUD y la Subsecretaría de Coordinación y Cooperación Internacional del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto.

PARTE V: PRESUPUESTO

El Presupuesto total del presente Proyecto es de U\$S 49.970

ANEXOS

- 1) Plan de Trabajo anual
- 2) Perfil de los "Referentes locales"
- 3) Talleres de Capacitación.
 - a- Cronograma
 - b- Programa de los Talleres
 - b.1 Capacitaciones para Referentes
 - b.2 Capacitaciones para Hospitales
- 4) Planillas de Seguimiento
 - a- Planillas para Centros asistenciales
 - b- Consolidado Mensual Provincial
- 5) Plan de evaluación
- 6) Procedimientos de cierre

Anexo 1
Plan de Trabajo Anual

	Julio 09	Agosto 09	Setiembre 09	Octubre 09	Noviembre 09	Diciembre 09
Construcción Línea de Base						
Elaboración Materiales Docentes						
Taller inicial 2009						
Talleres Provinciales Grupo 1						
Talleres Provinciales Grupo 2						
Talleres Organizaciones Sociedad Civil						
Supervisiones						
Informe final						

Durante el año 2009 se realizarán las siguientes actividades:

Grupo 1: Los referentes provinciales realizarán las capacitaciones en los principales hospitales de sus provincias (máximo 2),

Grupo 2: Se realizará un taller inicial para nuevos referentes en Buenos Aires, en Julio de 2009. Posteriormente, se realizará un taller en cada provincia de este grupo en el principal hospital donde se atiendan a mujeres en situación de aborto.

Grupo 1 y 2: Supervisión y monitoreo.

Organizaciones de la Sociedad Civil: Se realizarán Talleres con diferentes Organizaciones de la Sociedad Civil incorporadas en la ejecución de acciones de orientación y consejería en materia de aborto y salud sexual y reproductiva.

Anexo 2

Perfil de los “Referentes locales”

El modelo integral de atención postaborto, no sólo fue concebido para la resolución de las complicaciones de esta patología, para lo cual se propone una técnica de evacuación uterina alternativa (AMEU: aspiración manual endouterina), sino que además pone énfasis en brindar un trato humanizado, respetando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres asistidas, y en realizar orientación y consejería en salud reproductiva para que las usuarias puedan elegir un método anticonceptivo si así lo desearan, el cual debe ser entregado antes del alta hospitalaria.

Para poder concretar este proyecto, es necesario contar con el apoyo de referentes provinciales (los cuales serán previamente capacitados en un Taller que será realizado en la Ciudad de Buenos Aires), quienes serán los encargados de colaborar con la capacitación y supervisión de los agentes de salud locales, y centralizar la información detallada de las mujeres tratadas por complicaciones postaborto, la cual remitirá mensualmente a la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia

Se seleccionarán Médicos Tocoginecólogos con el siguiente perfil:

- Desempeñarse como médico de guardia de Tocoginecología en un Servicio de referencia donde se realice la atención de mujeres con complicaciones postaborto (en algunos hospitales el tratamiento lo realiza el Servicio de Ginecología, y en otros el de Obstetricia).
- Tener capacidad de liderazgo, y vocación docente.
- Disponibilidad para capacitar y supervisar no sólo el hospital en que se desempeña, sino también los diferentes hospitales de la provincia.
- Y fundamentalmente, estar comprometido con el Modelo propuesto.

ANEXO 3 – PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN

a- Cronograma de realización de los Talleres

Cronograma de talleres en Provincias del Grupo 2

Mes	Talleres
Jul-09	Taller Inicial
Ago-09	San Luis (1)
4	Provincia Bs As (2) CABA (1)
Set - 09	
4	Provincia Bs As (2) Chaco (1) Santa Fe (1)
Oct-09	La Pampa (1)
4	Provincia Bs. As. (1) CABA (2)
Nov-09	Jujuy (1)
2	Tucumán (1)
Dic-09 (1)	Santiago

b- Programa de los Talleres

b.1) Capacitaciones para Referentes:

Este taller tiene como objetivo crear una plataforma común de discurso y herramientas para las capacitaciones en mejoramiento de la calidad de la atención postaborto. Se llevará a cabo en la Ciudad de Buenos Aires en Julio de 2009.

Primer día

HORARIO	ACTIVIDAD
08:00 – 08:30	Inauguración y objetivos del taller
08:30 – 08:45	Presentación de los participantes
08:45 – 09:15	Mortalidad materna y aborto en Argentina
09:15 – 10:30	Género y derechos sexuales y reproductivos: conceptos y marco normativo. Características particulares de la población adolescente como sujeto de derecho
10:30 – 10:45	Refrigerio
10:45 – 11:30	Modelo integral de atención postaborto
11:30 – 13:00	Estrategias didácticas para la capacitación en servicios de salud
13:00 – 14:30	Almuerzo
14:30 – 15:30	AMEU: Instrumental y técnica
15:30 – 16:00	Procesamiento del instrumental

16.00 - 17.00	Planillas de registro. Metodología de llenado y consolidación
---------------	---

Segundo día

HORARIO	ACTIVIDAD
08:30 – 10:00	Orientación y consejería: organización e implementación. Características particulares de la consejería en adolescentes.
10:00 – 10:30	Manejo conductual del dolor
10:30 – 10:45	Refrigerio
10:45 – 11:15	Manejo clínico del dolor
11:45 – 12:45	Anticoncepción
12:45 – 14:15	Almuerzo
14:15 – 16:00	AMEU: Práctica en modelo pélvico

b.2) Capacitaciones para Hospitales

Estos talleres están destinados a sensibilizar y capacitar a los equipos de salud en la atención integral postaborto, a través de metodologías de participación activa (role playing, trabajos en equipo, etc.).

HORARIO	TEMA
08:30 - 08:45	Inauguración
08:45 – 10:15	Derechos sexuales y reproductivos. Mortalidad Materna y aborto en Argentina.
10:15 - 10:30	Café
10:30 – 11:00	Modelo de atención integral postaborto
11:00 - 11:45	Orientación y consejería
11:45 - 12:00	Anticoncepción
12:00 – 13:00	Historia Clínica Postaborto
13:00 - 14:00	Almuerzo
14:00 – 14:30	AMEU: Instrumental y técnica
14:30 - 15:00	Manejo del dolor (conductual y clínico)
15:00 - 16:30	Video. Práctica en modelo pélvico y/o práctica clínica

b.3) Capacitaciones para Organizaciones de la Sociedad Civil

Presentación de participantes
Propósito del taller

Conceptos de de salud y derechos sexuales y reproductivos
Encuadre normativo de los derechos sexuales y reproductivos
La problemática del aborto inseguro (maniobras abortivas y sus riesgos)
La mujer en situación de aborto (signos de alarma, prevención de complicaciones, búsqueda de atención médica)
La atención postaborto. <ul style="list-style-type: none"> a. Derechos de la mujer en situación de aborto. b. Obligación de los servicios de salud (procedimientos médicos, mujeres Rh negativas, privacidad, confidencialidad) c. Anticoncepción después de un aborto
Cuidados postaborto (control médico, apoyo emocional)
El rol de los agentes sanitarios, líderes comunitarios y ONGs en la prevención del aborto inseguro.

ANEXO 4 - METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Con el objetivo de contar con información de base que permita la evaluación de las acciones desarrolladas durante la implementación del proyecto, el referente provincial designado y el Responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de cada provincia, deberán elaborar un diagnóstico basal de situación acerca de las prácticas y procedimientos implementados en los hospitales elegidos para realizar las capacitaciones en términos de la atención post aborto. Este diagnóstico involucrará tanto el estado de situación en términos generales así como en servicios que brindan asistencia a población adolescente.

Para la elaboración de la línea de base se deberán tener en cuenta tanto los indicadores que se definen a continuación, como aquellos datos que permitan caracterizar las prácticas actuales.

La evaluación realizada al inicio del proyecto se realizará nuevamente al finalizar el periodo de intervención.

Los registros sobre los indicadores de cumplimiento del Proyecto se realizarán en la Historia Clínica para Mujeres en situación de Aborto diseñada específicamente para tal fin.

Indicadores para evaluar la línea de base:

- Número de Mujeres en situación de aborto asistidas mensualmente en cada hospital.
- Porcentaje de tipo de técnica de evacuación uterina realizado (AMEU, legrado, Farmacológico).
- Porcentaje de Mujeres que reciben consejería en salud sexual y reproductiva previa al alta hospitalaria.
- Porcentaje de Mujeres que se retiran con un método anticonceptivo elegido por ellas "en mano" o intrauterina (de haber elegido DIU y no haber estado contraindicado) antes del alta.
- Porcentaje de tipo de anestesia realizado para llevar a cabo la evacuación uterina (general, local, sedación más analgesia).
- Horas transcurridas desde el ingreso de la mujer hasta que se realiza la evacuación uterina.
- Horas transcurridas desde el ingreso de la mujer hasta el alta hospitalaria.
- Porcentaje de mujeres con factor sanguíneo Rh negativas que se retiran con la aplicación de Inmunoglobulina anti D si correspondiere.

b- Consolidado Mensual Provincial

CONSOLIDADO MENSUAL ATENCIÓN POSTABORTO		Mes	Año
Nombre del Referente:		Provincia:	
Nombre del Hospital:			
Municipio:		Región Sanitaria:	
<p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anotar en este formulario todos los casos admitidos al hospital en todos los días del mes correspondiente. • Al completar la recolección de datos del mes estudiado de todos los hospitales a su cargo, el Referente deberá llenar este formulario y enviarlo al Ministerio. • En todos los casos anotar entre paréntesis () número y/o % de mujeres adolescentes. 			
Tratamiento		Edad	
		<19	>19
1. Número de ingresos de pacientes con aborto incompleto de 20 semanas de gestación o menos			
2. Número de abortos menores de 13 semanas de gestación			
3. Número de abortos tratados por el procedimiento de AMEU			
4. Número de abortos tratados por el procedimiento de LUI			
5. Porcentaje de procedimientos de AMEU		$(3 / 2) \times 100$	%
6. Número de procedimientos realizados con anestesia general			
7. Número de procedimientos realizados con bloqueo paracervical			

8. Número de pacientes con Tiempo transcurrido menor a 8 hs. desde el ingreso a la evacuación uterina.		
Número de pacientes con Tiempo transcurrido mayor a 8 hs. desde el ingreso a la evacuación uterina.		
10. Número de pacientes con Tiempo transcurrido mayor a 12 hs. desde el ingreso al egreso.		
11. Número de pacientes con Tiempo transcurrido menor a 12 hs desde el ingreso al egreso.		
12. Número total de complicaciones en abortos espontáneos o realizados en condiciones de riesgo al ingreso y egreso hospitalario.		
13. Enumere las causas específicas de complicaciones por aborto. Ejemplo: Aborto séptico..... 10 casos (incluye complicaciones al ingreso y quirúrgicas, generalmente obtenido de la historia clínica)		
a.		
b.		
c.		
		Edad
		<19
		>19
14. Porcentaje total de complicaciones por aborto.	$(12 / 1) \times 100$	%
15. Número total de muertes maternas por aborto		
16. Enumere las causas específicas de muerte materna por complicaciones del aborto y el número de casos por causa: Ejemplo: Aborto séptico..... 10 casos		
a.		
b.		
Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en el Post Aborto (incluye solo pacientes que ingresan al hospital por aborto incompleto o realizado en condiciones de riesgo de 20 semanas o menos).		
17. Número de pacientes que recibieron consejería en Salud Sexual y Reproductiva postaborto		%
18. Porcentaje de pacientes que recibieron consejería en Salud Sexual y Reproductiva postaborto	$(17 / 1) \times 100$	%

19 Número de pacientes que egresan con método Anticonceptivo en el postaborto			
20. Porcentaje de pacientes que egresan con método Anticonceptivo en el postaborto		$(19/1) \times 100$	
21. Distribución de métodos seleccionados de planificación familiar (La suma total debe ser igual a la pregunta 19)			
		Edad	
		<19	>19
		n	n
		%	%
21a. Dispositivo intrauterino		$(21a/16) \times 100$	
21b. Anticonceptivos orales combinados		$(21b/16) \times 100$	
21c. Condón		$(21c/16) \times 100$	
21d. Métodos naturales de la regulación de la fertilidad		$(21d/16) \times 100$	
21e. Otros		$(21e/16) \times 100$	

Anexo 5

Procedimientos de Cierre

Para el cierre operativo del Proyecto quedan bajo responsabilidad del Director Nacional y de los Coordinadores las siguientes acciones:

- a) El proyecto presentará el informe final 60 días antes de su finalización para su presentación con antelación a la reunión de Revisión Tripartita Final.
- b) Se efectuará la rendición de caja chica, la liberación de pagos pendientes y la transferencia de equipamiento. Se presentará constancia de la transferencia de los bienes adquiridos con los fondos del proyecto.
- c) Se procederá al cierre de las cuentas bancarias que el proyecto tenga habilitadas a su nombre.
- d) Se presentará el informe financiero correspondiente a la rendición del último trimestre de ejecución del proyecto.
- e) El proyecto solicitará la auditoria final, la cual deberá adjuntarse a la documentación de cierre. Asimismo deberá comunicar qué funcionario será responsable de recibir a los auditores.
- f) El proyecto presentará la Revisión Final.
- g) Se presentará un detalle de las situaciones litigiosas o reclamos pendientes.
- h) Se presentará la designación del responsable del Gobierno para la custodia de los archivos del proyecto.
- i) Se presentará un Acta de entrega de los archivos y registros del proyecto y el detalle de los mismos.
- j) Se presentará un Acta de entrega del Coordinador al Director Nacional en la que quede constancia del cumplimiento de las acciones de cierre.