



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS
INSTITUTO DE LA SALUD “JUAN LAZARTE”

“Evaluación de calidad en el proceso de implementación del Programa Provincial de Fertilización Médicamente Asistida. Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur desde la perspectiva del personal de salud. Estudio cuali-cuantitativo. Año 2018-2019”

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

MAESTRANDA: Bioquímica Yulán, Carolina Beatriz.

DIRECTORA: Mgter. Echegoyemberry, María Natalia.



Agradecimientos

A mi tutora y directora de tesis Mgter. María Natalia Echevoyemberry, quien con gran generosidad y sabiduría me ha impulsado y guiado en el proceso de elaboración de esta tesis de maestría.

A mi familia, a mi esposo Mauricio, a mis hijos Fiorella y Francesco, a mi madre Lucia, por resignar tiempo juntos, acompañarme y darme su apoyo de manera incondicional.

Al director de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, el Dr. Ernesto Báscolo, por su loable labor en la difusión del conocimiento científico.

Al Programa de Acompañamientos de Tesistas del Centro de Estudios Interdisciplinarios.

Al personal docente y administrativo de la Universidad Nacional de Rosario.

Al Equipo Interdisciplinario de Fertilidad del Hospital Regional Ushuaia, con quienes compartimos el desafío de mejorar el modelo de atención de las personas con dificultades reproductivas. Mis más sinceros agradecimientos.

A los miembros del Programa Nacional de Reproducción Asistida y del Programa Provincial de Fertilización Médicamente Asistida.

A todos los profesionales de salud de la provincia que participaron generosamente de las entrevistas y completaron los formularios.

A mis compañeros del laboratorio Bioquímicos, Técnicos y Administrativos del HRU.

Al promotor del curso de esta maestría en el fin del mundo.

Y a mis compañeros de la MGSS cohorte Ushuaia 2015-2017.

"El secreto de la calidad es el amor, uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión; uno debe amar a su Dios. Si tienes amor, entonces, puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema"

Avedis Donabedian



UNR



ÍNDICE

1	RESUMEN	6
2	ABREVIATURAS	10
3	INTRODUCCIÓN	11
3.1	Características Demográficas de la provincia de TDF-AIAS	11
3.2	El sistema de salud de la provincia de TDF-AIAS	12
3.3	Características del Programa Provincial de Fertilización Mmédicamente Asistida	13
4	IDENTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	15
5	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
6	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	16
7	FUNDAMENTACIÓN	16
8	ESTADO DEL ARTE	17
9	MARCO CONCEPTUAL	20
9.1	Sistemas de salud: sistema de salud nacional y provincial. Personal de salud	20
9.2	Calidad y evaluación de calidad.	23
9.3	Programas de salud y su evaluación.	26
9.4	Salud reproductiva, medicina reproductiva.	28
9.5	Análisis FODA	31
10	MARCO LEGAL	31
11	OBJETIVOS	34
11.1	Objetivo general	34
11.2	Objetivos específicos	34
12	DISEÑO METODOLÓGICO	34
12.1	Estrategia metodológica y tipo de estudio	34
12.2	Recolección de datos	35
12.3	Población	36
12.4	Muestra	37
12.5	Unidad de análisis	37
12.6	Variables y categorías de análisis	37
12.7	Ámbito de estudio	39
12.8	Análisis de datos	40
12.9	Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación	40
13	RESULTADOS	41
13.1	En relación al objetivo 1: Factores que favorecen y/u obstaculizan la implementación del programa desde la perspectiva del personal	41
13.2	En relación al objetivo 2: Evaluación del cumplimiento de objetivos del programa según la perspectiva del personal de salud.	43
13.3	En relación al objetivo 3: Descripción y evaluación del modelo de atención y el modelo de organización del servicio de salud.	49
13.4	Análisis FODA	58
14	DISCUSIÓN	59
15	CONCLUSIONES	64
16	PROPUESTA DE MEJORA PARA LA GESTIÓN	68
17	BIBLIOGRAFÍA	73



UNR



18	ANEXOS	85
19	REGISTRO FOTOGRÁFICO	89

1. RESUMEN

En Argentina si bien se encuentra regulado legislativamente el acceso a técnicas de reproducción médicamente asistida, no se encuentra garantizado a todas las personas debido a la presentación de barreras que pueden restringir el acceso a tratamientos eficaces y oportunos.

Desde el 2018 se implementa en Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur el Programa Provincial de Fertilización Médicamente Asistida (PPFMA), a la fecha no se conocen los resultados de la implementación de dicho programa.

De ahí el interés de realizar una “Evaluación de Calidad del proceso de implementación del Programa Provincial de Fertilización Médicamente Asistida, desde la perspectiva de los actores”, donde se analizan los factores que favorecen y/u obstaculizan la implementación del programa, se evalúa el cumplimiento de objetivos del programa según la perspectiva del personal de salud, se describe y evalúa el modelo de atención y el modelo de organización del servicio de salud.

Se considera que es necesario contar con evidencia que permitan tener una comprensión completa e integral de tipo holística del proceso de implementación del PPFMA, en el Hospital Regional Ushuaia.

Para ello se realizó un Estudio cuali-cuantitativo, se diseñó una investigación evaluativa. Se triangularon diversas fuentes de información lo que permitió una mayor comprensión del fenómeno estudiado.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes clave, se elaboraron formularios online, se realizaron grupos focales con el equipo de salud y a partir de éstos se elaboró una matriz FODA. Se llevó un Registro de observación participante y un Registro Fotográfico. Se analizaron las entrevistas con el método de análisis temático.

A partir de la evaluación de calidad realizada desde la perspectiva del personal de salud, se pudieron identificar como principales facilitadores del proceso de implementación por un lado el marco normativo vigente y por otro la conformación de un equipo interdisciplinario.

En sentido inverso los principales obstaculizadores que se visibilizan son el modelo de atención y de la organización de servicios.

El programa en este periodo de implementación pudo promover la formación específica para profesionales de la salud, fomentar el uso correcto del marco normativo vigente (habilitación de consultorios, utilización de consentimientos informados y certificación de los mismos para la inscripción de nacimiento de niños concebidos mediante técnicas de reproducción médicamente asistida).

A partir de ello, se formulan recomendaciones para abordar los obstáculos identificados y para generar mejoras en la implementación del Programa. Si bien se pudo comprobar el cumplimiento de los objetivos del programa, aún se requiere que el mismo tenga un enfoque de diversidad sexual, interculturalidad y perspectiva de género.

Se debe seguir trabajando para mejorar el modelo de atención, implementar estrategias promocionales y preventivas de determinantes sociales, ambientales y culturales relacionadas con la presencia de infertilidad.

Futuras líneas de investigación podrían realizar evaluaciones desde la perspectiva de los y las usuarias del programa.

Palabras clave: Evaluación de calidad; Investigación evaluativa, Programa de salud; Reproducción médicamente asistida; Fertilización médicamente asistida.

Abstract

In Argentina, although access to medically assisted reproductive techniques is regulated by law, it is not guaranteed to all people due to the presentation of barriers that may restrict access to effective and unfortunate treatments.

Since 2018, the Provincial Medically Assisted Fertilization Program (PPFMA) is implemented in Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur; to date the results of the implementation of said program are not known.

Therefore the interest of this study to carry out a Quality Assessment of the implementation process of the Provincial Medically Assisted Fertilization Program, the factors that enable and hinder the implementation of the program are analyzed and the fulfillment of program objectives is evaluated from the perspective of the health personnel. The model of care and the organization model of the health service are described and evaluated.

It is considered that it is necessary to have evidence that allows a complete and comprehensive holistic understanding of the PPFMA implementation process at the Hospital Regional Ushuaia.

Based on the quality assessment carried out from the perspective of health personnel, the main facilitators of the implementation process could be identified, on the one hand, the current regulatory framework and, on the other hand, the formation of an interdisciplinary team.

Conversely, the main obstacles that are visible are the care and financing model.

During this implementation period, the program was able to promote specific training for health professionals, promote the correct use of the current regulatory framework (setting up clinics, use of informed consents and their certification for the registration of the birth of children conceived using techniques of medically assisted reproduction).

Work should continue to improve the care model, implement promotional and preventive strategies for social, environmental and cultural determinants related to the presence of infertility.

Based on this, recommendations are made to address the obstacles identified and to generate improvements in the implementation of the Program. Although it was possible to verify compliance with the objectives of the program, it is still required that it have a focus on sexual diversity, interculturality and gender perspective.

Key words: Quality evaluation; Health program; Medically assisted reproduction; Medically assisted fertilization; evaluative investigation.

2. ABREVIATURAS

HRU: Hospital Regional Ushuaia.

CAPS: Centro de atención primaria de salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

TDF-AIAS: Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

PPFMA: Programa provincial de fertilización médicamente asistida.

PNRMA: Programa nacional de reproducción médicamente asistida.

IIU: Inseminación intrauterina.

RMA: Reproducción Médicamente Asistida.

TRA: Técnicas de reproducción asistida.

CFM: Consejo Federal de Medicina.

FNR: Fondo Nacional de Recursos.

ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

CUS: Cobertura Única en Salud.

3. INTRODUCCIÓN

La infertilidad puede ser definida como la incapacidad de completar un embarazo luego de un tiempo razonable de relaciones sexuales sin tomar medidas anticonceptivas. Es una condición que afecta al 15-20% de las parejas en edad reproductiva¹.

Desde el nacimiento de la primera niña mediante fertilización in vitro (Louise Brown. Inglaterra-1978), casi cuatro millones de niños nacieron como resultado del uso de estas técnicas y se ha desarrollado toda un área de conocimiento denominada “Biología de la Reproducción” que se encarga de la fertilización asistida.²

En la declaración universal de los derechos humanos (1948) se reconoce el derecho a formar una familia como un derecho de todas las personas, sin distinción de género, edad, clase, etnia, orientación sexual y religión.³

En el año 2013 se sancionó en Argentina la Ley Nacional 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida, se creó el registro único de establecimientos sanitarios habilitados para realizar procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida y un registro de bancos de gametos y/o embriones.

En el año 2016 se implementó el Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida (Resolución Ministerial 2190-E/2016)⁴ y en el año 2018 en la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas de Atlántico Sur (TDF-AIAS) se creó el Programa Provincial de Fertilización Médicamente Asistida (Resolución ministerial M.S 863/2018)

3.1 Características Demográficas de la provincia de TDF-AIAS

TDF-AIAS es la provincia más austral del país, la más grande del país con una superficie total de 987.168 m² y la única bicontinental, ocupa un amplio territorio insular, marítimo y antártico que comprende la Isla Grande de Tierra

del Fuego al Polo Sur, la Isla de los Estados, las Islas Malvinas, las Islas del Atlántico Sur y la Península Antártica.

Según datos del censo 2010⁵, posee una población total de 127.205 personas. La Isla Grande de Tierra del Fuego tiene dos departamentos geográficos en los que se distribuyen las tres localidades de importancia: Río Grande, Tolhuin y Ushuaia, siendo esta última la capital provincial.

La población presenta un alto porcentaje de migración, 61.6% de los habitantes nacieron en otras provincias de Argentina y 8.9 % en el extranjero.

La pirámide poblacional es de base ancha con 27.4% de población de 0 a 14 años y tan solo un 3.8 % de adultos mayores (más de 65 años). El índice de masculinidad es 105,8 (cantidad de varones por cada cien mujeres), dato que expresa un predominio masculino en la población.

Con respecto a la paridez media final se observa que ha descendido desde 2.9 hijos por mujer en el 2001 a 2.7 hijos por mujer en el 2010, evidenciando un descenso de la fecundidad en la última década y siendo este valor unos de los más bajos del país.

La población sin cobertura social representa el 49.81% del total, teniendo el plan sumar un número de 66.696 beneficiarios activos. El 50.19% restante de la población posee obra social, siendo la Obra Social Estatal Fueguina (OSEF) la que capitaliza más del 40% del total de estos beneficiarios.⁶

3.2 El sistema de salud de la provincia de TDF-AIAS.

El subsector público de salud de TDF-AIAS dependiente del Ministerio de Salud, posee dos Hospitales Regionales uno en Ushuaia y otro en Río Grande, quince centros de Atención Primaria (CAPS) (9 en Ush y 6 en RG), una posta sanitaria y un Centro Asistencial en la Comuna de Tolhuin. El régimen laboral de los profesionales es de dedicación exclusiva.⁷

Los hospitales poseen 188 camas (100 en Río Grande y 88 en Ushuaia) y dispone de unidades de cuidados intensivos polivalentes de adultos, pediatría y

neonatología; y está en condiciones de asistir embarazos de alto riesgo y prematuros.

Los Hospitales y los CAPS funcionan como efectores de los programas de salud, dependen de la Dirección provincial de promoción y CUS (Cobertura Única en Salud).

3.3 Características del Programa Provincial de Fertilización Médicamente Asistida (PPFMA)

El PPFMA fue creado por resolución ministerial en septiembre de 2018 y presenta los siguientes objetivos:

- Arbitrar las medidas necesarias para asegurar el derecho igualitario a todos los beneficiarios de las prácticas normadas por la Ley N°26.862, concordantes y modificatorias.
- Propiciar la formación y capacitación continua de recursos humanos especializados y del primer nivel de atención en los procedimientos y técnicas de reproducción humana asistida.
- Coordinar y promover campañas de información sobre el cuidado de la fertilidad en mujeres y en varones.
- Coordinar con las autoridades sanitarias la creación de servicios y/o consultorios médicos dedicados a la reproducción médicamente asistida.
- Asistir técnica y científicamente a las autoridades sanitarias y profesionales dedicados a la reproducción humana asistida para mejorar y optimizar el modelo de atención humana asistida de baja complejidad y la derivación de personas que requieran alta complejidad a los centros de referencia nacionales.
- Coordinar con el Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida (PNRMA) las acciones necesarias para el correcto desempeño del PPFMA y el cumplimiento efectivo de la Ley 26.862.
- Propiciar junto con la dirección de fiscalización sanitaria provincial que los establecimientos públicos que brindan servicios de medicina

reproductiva estén debidamente habilitados, utilicen consentimientos informados y brinden servicios de calidad, estimulando la acreditación.

- Propiciar junto al registro civil el uso de consentimiento informado en las nuevas fuentes de filiación.

Este programa tiene relación con el programa nacional de reproducción asistida quien se encarga de delinear diversas líneas de acción en cuanto a la cobertura de tratamientos de alta complejidad, capacitación y respaldo técnico a los programas provinciales.

En el nivel provincial este programa tiene funciones tanto de asistencia en lo que respecta a resolución de prácticas de baja complejidad, derivación a centros de referencia nacionales a las personas que requieran prácticas de alta complejidad y a su vez plantea acciones de promoción (uso consentimiento informados, certificación de consentimiento informado para la inscripción en el registros civil de niños nacidos mediante TRHA, educación)

El programa funciona de forma articulada entre el Ministerio de Salud de TDF, los efectores locales (CAPS-Hospitales provinciales) y el PNRMA.



Gráfico 1. NIVELES DE ATENCIÓN Fuente elaboración propia.

Está destinado a brindar cobertura en cuanto a prestaciones relacionadas con la infertilidad a personas sin cobertura formal, pero es importante destacar que al ser el PPFMA el único que cuenta con efectores habilitados para realizar tratamientos de baja complejidad en la provincia se hace necesario dar

respuesta a la demanda de la población sin diferenciar el tipo de cobertura que posee.

Los profesionales que participan en el mismo, pertenecen al sistema de salud público de la provincia TDF-AIAS, cuentan con dedicación exclusiva al sistema provincial y se desempeñan en diferentes servicios del Hospital Regional Ushuaia, Hospital Regional Río Grande.

4. IDENTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El PPFMA es un programa que se implementó recientemente en la provincia, por lo que se hace necesario realizar una evaluación de este proceso teniendo en cuenta el ciclo de ELABORACION-DISEÑO-IMPLEMENTACION Y REDISEÑO DEL PLAN ESTRATEGICO (anexo IV) a fin de dar cumplimiento efectivo a los objetivos del programa.

A la fecha se carecen de antecedentes relacionados a la temática que cuenten con dispositivos de evaluación del PNRMA y del PPFMA, que analicen la oferta sanitaria, el sistema de atención y prestación de servicios (disponibilidad, organización, tipos de servicios) de los efectores de salud del programa.

No se cuentan con estadísticas oficiales de consultas y tratamientos realizados y se desconocen el grado de cumplimiento de los objetivos.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El Programa Provincial de Fertilización Médicamente Asistida se está implementando adecuadamente, es efectivo, cumple con los objetivos previstos normativamente? ¿Cuáles son los factores que favorecen u obstaculizan la implementación? ¿Cómo se implementa el Programa desde la perspectiva del personal? ¿Qué característica tiene la oferta sanitaria?

6. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La evidencia habla sobre la tendencia social a retrasar el fin de la adolescencia, sobre la demora de los individuos en abordar la parentalidad y el efecto psicológico que representan las dificultades reproductivas en las personas. Generando una crisis multidimensional, con altos niveles de estrés que interfiere en la vida de las personas implicadas. Ávila Espada Alejandro (2008) postula que *“esta crisis puede ser una condición desgastante para los individuos que deben enfrentarse al reconocimiento de una incapacidad en un terreno estrechamente unido al sentimiento de valía de uno mismo, marcado por los ideales y las representaciones sociales, en las que él/los “hijos” deseados pero no logrados suelen ser vividos como una pérdida irreparable de sí mismos”*⁸.

Históricamente la resolución de estas dificultades reproductivas estuvo ligadas al sector privado. La sanción de un nuevo marco normativo en nuestro país que declara el derecho al acceso a tratamientos y técnicas de reproducción médicamente asistida⁴ cambian en parte esa tendencia y marcan una nueva necesidad en el sector público.

Desde la órbita nacional y provincial se crearon programas con el objeto de dar cumplimiento efectivo a la ley y garantizar el acceso a prácticas de reproducción médicamente asistida en efectores públicos. Ambos programas están en una primera etapa de implantación y consolidación, sin datos oficiales de su evaluación o reportes de gestión.⁹

La reciente creación del programa de salud y el hecho de ser una nueva capacidad instalada en los efectores de la salud pública local justifica esta investigación en el marco de la Maestría en Gestión y Servicios de Salud.

7. FUNDAMENTACIÓN

A la fecha la autora del presente trabajo de investigación se encuentra como responsable del PPFMA, teniendo a su cargo diseñar el plan estratégico para dar cumplimiento a los objetivos del programa.

Frente a esta realidad responder si el PPFMA ¿se implementa adecuadamente?, ¿es efectivo?, ¿cumple con los objetivos previstos normativamente?, se pueden saber ¿cuáles son los factores que favorecen u obstaculizan la implementación? Además de ser conveniente incorporar la mirada del personal de salud de los efectores y profundizar en cuanto a las características que el programa posee respecto a modelo de atención, modelo de organización de servicios de salud y modelo de financiamiento, permitirían a la autora, a pares encargados de programas similares o a interesados en la gestión el área, tener un antecedente con evidencia empírica que permitan y/o orienten la generación de políticas sanitarias integrales y más eficaces.

8. ESTADO DEL ARTE

A continuación, se desarrollará cuáles son los conocimientos actuales de la infertilidad como problemática de salud, en cuanto a su prevalencia y rol de los distintos estados del mundo respecto a la cobertura de tratamientos de reproducción médicamente asistida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el envejecimiento acelerado de las poblaciones será el gran desafío demográfico para las próximas décadas.¹ El envejecimiento poblacional no solo afecta a los países industrializados y ricos, sino también a los países en vías de desarrollo.¹¹

Este envejecimiento poblacional es acompañado generalmente por cambios culturales como el retraso de la maternidad/paternidad. Se estima a partir del aumento de número de centros inscritos en la Red Latinoamericana de Centros

de Reproducción Asistida (de 50 en 1995 a 159 en 2014) que la demanda de estos servicios de fertilización asistida se han incrementado.¹²

A la fecha, más de sesenta países del mundo tienen un índice de fertilidad inferior al necesario para el equilibrio entre nacimientos y muertes. En los países en vías de desarrollo este fenómeno se manifiesta en un contexto de pobreza y de rápidos cambios sociales, a diferencia de lo que sucede en los países desarrollados. Se estima que en las próximas dos o tres décadas veremos a los países en vías de desarrollo envejecer mucho antes de llegar a ser ricos.¹³

En tal sentido, los estados de los países en vías de desarrollo deberán plantearse contextos y realidades distintas, entre evitar el embarazo adolescente y la postergación de la maternidad ¿Entonces qué hará el estado con un número creciente de mujeres que postergan su maternidad y llegan a una edad en la cual procrear genera una situación de riesgo para la diada madre-niño? ¿Esta realidad podrá afectar el objetivo de disminuir la morbilidad materna? ¿Y/o afectar el objetivo de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación? (Agenda 2030-Cumbre para el Desarrollo Sostenible, septiembre 2015).¹⁴

En términos de cobertura pocos países en el mundo, poseen planes con cobertura universal de tratamiento de reproducción asistida, dentro de los cuales están Australia, Bélgica, Francia, Israel, Eslovenia, Suecia y Argentina. Otros países como Reino Unido, Dinamarca, Finlandia, Japón, Corea poseen cobertura parcial¹⁵ y otros como Costa Rica hasta el 2010 tenían prohibición total de estos tratamientos.¹⁶

Haciendo un recorrido por Latinoamérica, en Chile, la mayoría de los ciclos son financiados en forma privada por las propias parejas con escasa o nula cobertura por parte de las ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional) y una proporción menor es financiada por el FONASA (Fondo Nacional de Salud),

que asigna un número determinado de ciclos a cada servicio de salud, los que son realizados en un centro designado previamente.¹⁷

En la República Oriental del Uruguay antes de la sanción de la ley N°19.167 sobre Reproducción Humana Asistida las prácticas reproductivas y sus costes se regían por los controles desde la propia comunidad médica que trabajaba en el área.¹⁸

En la actualidad en Uruguay la medicina reproductiva de baja complejidad queda comprendida dentro de los programas de asistencia que deben brindar las entidades públicas y privadas que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud y son financiadas cuando la mujer no es mayor de 40 años, pero en ocasiones la financiación no es total y parte del tratamiento debe cubrirse de forma privada.¹⁹

En cuanto a las técnicas de alta complejidad la cobertura incluye hasta tres tratamientos que son subsidiados por parte fondo nacional de recursos (FNR) a través de una evaluación técnica de las solicitudes pudiendo ser la cobertura total o parcial.²⁰

En Brasil ²¹ ante la falta de una legislación federal, las prestaciones vinculadas a la reproducción se rigen sobre la base de las normas éticas vigentes en el país desde 1992. Las partes involucradas – médico y paciente- cuentan con resoluciones del Consejo Federal de Medicina (CFM). Recientemente se incorporaron nuevas e innovadoras resoluciones en cuanto a normas orientadoras (inscripción de los niños que nacen, subrogación de vientre, entre otras).

En la Argentina, la sanción de Ley 26.862⁹ ha generado el desarrollo de nuevos centros de fertilidad en el subsector público, la creación del PNRMA y el desarrollo de diversas líneas de trabajo en las provincias. La cobertura en medicamentos es del 100%²² y el programa nacional financia esta medicación para el uso en los hospitales públicos. A la fecha no se cuenta con un banco de gametos públicos nacionales.

Hasta aquí se desarrolló el estado del arte de la problemática, en cuanto a su realidad mundial, regional y local, se enfatiza que al realizar búsqueda bibliográfica sobre calidad y/o reportes del proceso de implementación de programas de fertilidad, se encontraron escasas publicaciones sobre el tema, destacándose el reporte uruguayo sobre tratamientos de fertilidad subsidiadas por parte fondo nacional de recursos.²⁰

9. MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se realizará un abordaje de los principales conceptos que serán necesarios para poder realizar este trabajo de investigación:

9.1 Sistemas de salud: sistema de salud nacional y provincial

La OMS²³ define al sistema de salud de la siguiente forma *“Un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud”* y plantea que *“fortalecer los sistemas de salud significa abordar las limitaciones principales relacionadas con la dotación de personal y la infraestructura sanitarios, los productos de salud (como equipo y medicamentos)”*.

Bonazzola, Pablo (2016)²⁴ plantea que los componentes frecuentemente considerados para el análisis de un sistema de salud son:

- a) Población: en lo que se refiere a sus características demográficas, sociales y culturales, epidemiológicas; y a su cobertura de salud;
- b) Prestación: representado por el conjunto de efectores asistenciales (hospitales y sanatorios, consultorios, laboratorios, etc.), cuya dependencia puede ser del subsector público, de la seguridad social o del privado;
- c) Financiación: Que puede ser de origen público (presupuestos nacionales, provinciales y municipales), de la seguridad social (recursos del sistema de obras sociales) y privado (gasto directo);

- d) Regulación y control estatal: en base a las normas y organización de cada país, provincia o municipio.

Báscolo, Ernesto (S/F) ²⁵ describe que los sistemas de salud presentan especificidades que caracterizan los servicios, siendo necesarias conocerlas para poder analizar, comprender y formular dispositivos, herramientas o estrategias de gestión.

- **Modelo de financiamiento:** La característica principal es la introducción del tercer pagador, la presencia de instituciones responsables de la recolección, aseguramiento y pago de los servicios a proveedores. Manteniéndose generalmente que el que paga por los servicios no los utiliza y el que utiliza los servicios no es el pagador.
- **Modelo de atención:** vinculado al modo de producción de servicios y a la autonomía de los profesionales de la salud. Así podemos encontrar modelos relacionados a:

“**Burocracia profesional**”: descrita por Mintzberg, donde se destacan el rol de los profesionales y la debilidad de la tecnoestructura de la organización.

“**Taller doctor**”: concepto utilizado por Robinson para describir los sistemas donde las decisiones de la práctica médica no se integran a la estructura de las organizaciones hospitalarias.

“**Modelo médico hegemónico**” sistema donde se legitima como única forma de atender la enfermedad el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica.

- **Modelo de organización de servicios de salud:** comprende la forma de coordinación entre las unidades que producen servicios. Estas relaciones generalmente son de colaboración profesional sobre procesos asistenciales e incluyen sistemas de referencia y contrarreferencia. Evidenciándose corrientemente relaciones personales, que pueden ser informales y de ajuste mutuo entre los actores involucrados.

En cuanto al **sistema de salud argentino**, Belló, Mariana (2011)²⁶ refiere que está organizado en tres sectores: público, de la seguridad social y privado. El sector público está integrado por el ministerio nacional y provinciales, la red de hospitales y centros de salud. La atención la prestan de forma gratuita a toda persona que demande y se financia mayoritariamente con recursos fiscales y en menor proporción con el recupero de las obras sociales o prepagas. Ese sector presenta una organización jurisdiccional representada en el orden nacional, provincial y municipal.

La seguridad social se encuentra comprendido por las obras sociales que prestan servicios a los trabajadores y sus familias, se financian con contribuciones de los trabajadores y las patronales. El sector privado atiende a demandas particulares o de prepagas, pudiendo también tener convenios con el sector de la seguridad social.

Báscolo, Ernesto (2009)²⁷ detalla que las reformas que en los últimos años ha tenido el sistema de salud argentino. En términos generales, las mismas han estado orientadas a:

1. Descentralizar la provisión de servicios públicos.
2. Otorgar un rol más importante al subsector privado
3. Separar las funciones de rectoría, aseguramiento, financiamiento y provisión.
4. Introducir la libertad de elección del proveedor por el asegurado o usuario.
5. Aumentar la eficiencia, autonomía y rendición de cuentas del sistema de salud, especialmente de los hospitales.
6. Crear “paquetes básicos” de prestaciones.
7. Lograr sostenibilidad financiera.

Arce, Hugo (2003)²⁸, lo sintetiza de la siguiente manera: *“La Argentina es federal en materia de salud. El Ministerio de Salud de la Nación sólo cumple una función de orientación técnica y concertación de políticas federales; no administra efectores en forma directa. El centro de gravedad de las decisiones*

sanitarias recae en veinticuatro autoridades sanitarias provinciales y en un amplio conjunto de entidades privadas y de la seguridad social". Estas y otras posibles interrelaciones determinan un panorama cada vez más complejo, desordenado, que ha pasado a ser múltiple con poder disperso. No existe una cabeza visible con autoridad propia, delegada o reconocida.

En este sentido en el 2019 hemos visto por disposición y cambios en los decisores políticos cambiar el rango de Ministerio de Salud de la Nación al rango de Secretaría de Salud de la Nación²⁹, para luego en el mismo año y debido nuevamente al cambio de gobierno volver a tener rango de Ministerio de Salud.³⁰

El **sistema de salud provincial**⁷ replica la fragmentación nacional, posee tres subsectores: público, de la seguridad social y privado y es el estado el encargado de regular las actividades de los tres sectores y a través del Ministerio de Salud Provincial actúa como organismo de aplicación de políticas de salud.

Se define para esta investigación al personal de salud, en los siguientes términos.

Personal de salud: toda persona que trabaja en relación al Programa provincial de fertilización medicamente asistida, o que realizó actividades y/o prácticas de fertilidad durante el periodo evaluado, sean profesionales, técnicos/as. No se incluyó al personal administrativo

9.2 Calidad y evaluación de calidad

Para el desarrollo conceptual de la calidad en el ámbito de la salud pública es necesario retrotraerse a algunas definiciones postuladas por el profesor Donabedian, Avedis³¹ quien en 1980 definió que *"Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"*.

En ese sentido, Donabedian³² (2001) postula que la definición de calidad podría ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, siendo por lo común un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad de la que esta es parte.

Esta definición de calidad implica siempre la especificación de tres factores:

- ✓ El fenómeno que constituye el objeto de interés
- ✓ Los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio
- ✓ Los criterios y las normas que colocan a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor posible.

A su vez, la **evaluación de la calidad** permite caracterizar la práctica médica a partir de tres dominios: Desde la estructura, los procesos y resultados.

Si bien más adelante se retoman y amplían estos conceptos, la utilidad de esta formulación se basa en la observación de que las características estructurales influyen en el proceso de la atención, y que los procesos influyen en los resultados, influenciando en fin de cuentas a la salud.

Cómo desarrolla Donabedian³³ (2001) cuando se desea indagar o investigar en el área de calidad, el objeto de la investigación siempre se encuentra en el esclarecimiento de la relación entre el proceso y el resultado, y entre la estructura y el proceso.

Pudiéndose enfocar la investigación de la calidad en la atención médica desde dos perspectivas distintas, por un lado, la **investigación clínica** que se ocupa de elucidar y fortalecer la relación entre el proceso de la atención y sus resultados. Y por otro, la investigación **socio-organizativa** donde el propósito es determinar la calidad de la atención que proporcionan los sistemas o programas existentes, así como idear y sostener a prueba formas en que pueda mejorarse tal calidad.

Si esta evaluación se realiza en un momento determinado y luego se evalúan los cambios de esa distribución a través del tiempo, Donabedian³⁴

(2001) refiere que estamos hablando de epidemiología de la calidad. Esta evaluación arroja el conocimiento de la calidad desde la perspectiva de los profesionales de la salud, y por otro lado, desde los usuarios. Se destacan los siguientes indicadores para evaluar la calidad total:

- ✓ Variabilidad y localización: por área geográfica, por médicos e instituciones.
- ✓ Formación, experiencia, especialidad y edad de los profesionales.
- ✓ Condiciones de la práctica en consultorio.
- ✓ Financiación y organización de la asistencia.
- ✓ Características del hospital.
- ✓ Características de los clientes.

Otro autor que ha desarrollado el área de la calidad fue Deming³⁵, quien si bien pertenecía al campo de la industria sus modelos y estrategias se incorporó al campo de la salud. Este autor postula que la calidad es una estrategia de dimensión social porque su objetivo es satisfacer las expectativas y necesidades de los clientes, pacientes, usuarios del servicio a través del compromiso del conjunto de la organización, con la participación del personal y la mejora continua de los procesos y sus relaciones.

En este sentido, otro pensador Vuori Hannu (1988)³⁵ postula que la calidad tiene dos categorías: a) la calidad lógica que se centra en los procesos de toma de decisiones, b) la calidad óptima que incluye a todos los procesos destinados a optimizar los resultados de los servicios.

Y si bien la calidad es referida a la atención profesional, es reconocido que se desarrolla en un medio social con normas éticas y principios morales que regulan la actividad. Por lo tanto, los valores sociales influyen en los atributos de calidad, siendo necesario para mejorar la calidad comprometerse con la autocrítica y la tolerancia a la crítica de los otros. Por otro lado, es necesario vincular gastos y calidad, tanto en sentido positivo como en el negativo, es decir reconocer el gasto que genera la no implementación de un sistema de calidad.

Retomando el concepto de **evaluación de la calidad**, Yavich Natalia (2015)³⁶ señala la existencia de distintos modelos de evaluación, que pueden analizar la práctica médica utilizando un modelo sistémico o un modelo lógico.

Un **modelo sistémico** como el propuesto por Donabedian, Avedis donde analiza la práctica médica a partir de tres dominios, el de la estructura, la de los procesos y la de los resultados.

Haciendo la estructura referencia a la cantidad y calidad del personal, la disponibilidad de equipamiento e instrumentos, a las instalaciones, normas, reglamentos y procedimientos. El proceso incluye las actividades del personal, la aplicación de estos procedimientos y los resultados nos hablan del cumplimiento de los indicadores, de los gastos efectuados, del mejoramiento de la salud del paciente y de la satisfacción de los usuarios.

Y un **modelo lógico**, como el de Watson Diane (2004) en el cual para evaluar sistemas de servicios de salud se establece el funcionamiento de una determinada intervención como una cadena de relaciones entre los *“recursos invertidos (estructura) con los cuales se desarrollan determinadas actividades, a través de las cuales se generan determinados productos y servicios (procesos), con los cuales se alcanzan determinados resultados inmediatos, intermedios y finales (resultados) en un contexto dado”*³⁶

Este modelo propuesto por Watson involucra en su descripción factores políticos, sociales, culturales, demográficos, económicos, ambientales, geográficos, legales, que puedan influir fuertemente en el desarrollo de una intervención o un sistema.

9.3 Programas de Salud y su evaluación

El término programa³⁷ se utiliza para describir cualquier acción organizada en salud pública, que puede involucrar diversas esferas como la provisión directa de servicios o bienes, campañas de difusión para concientizar

a la población, iniciativas de investigación, capacitación y educación, sistemas de vigilancia, acciones de gestión de servicios de salud, entre otros.

En las diversas fases de diseño, implementación y desarrollo de un programa se debería contar con una metodología de evaluación. Sin embargo, en ocasiones los programas o proyectos no cuentan con evaluaciones para su fase de implantación o son evaluados tardíamente. Es imposible conocer la evolución de un programa, si no tenemos métodos de evaluación que permitan ajustar estrategias, tomar decisiones, optimizar el recurso disponible y propiciar la mejora continua.³⁸

Montero Rojas, Eiliana ³⁹ (2004) describe tal como lo hace la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos que la evaluación es una *“valoración tan sistemática y objetiva como sea posible de un proyecto, programa o política que se esté desarrollando o se ha completado, su diseño, implementación y resultados. Debería brindar información que sea creíble y útil, posibilitado las lecciones aprendidas en el proceso de toma de decisiones”*

Y marca que toda evaluación requiere siempre la comparación con un punto de referencia, estándar u objetivo planeado y permite responder preguntas como las siguientes.

- a. *Sobre la necesidad de los servicios (valoración de necesidades): ¿Hay necesidad de este programa? ¿Cuáles son las condiciones sociales y de salud a las que debe dirigirse el programa?*
- b. *Sobre las conceptualizaciones del programa y su diseño ¿Está el programa apropiadamente diseñado?*
- c. *Sobre las operaciones del programa y la prestación de los servicios ¿Se está implementado el programa adecuadamente?*
- d. *Sobre los resultados e impactos ¿Realmente tiene el programa los resultados deseados? ¿Hay efectos colaterales no esperados?*
- e. *Sobre el costo y la eficiencia: ¿Cuál es el costo del programa? ¿Es costo efectivo? ¿Es sostenible?*

Se plantean ³⁸ dos tipos de abordajes para realizar esta evaluación, una **evaluación formativa** que se realiza regularmente para guiar y corregir el desempeño de un programa y una **evaluación sumativa**, que por el contrario pretende establecer en qué grado el programa, una vez implementado, ha generado en la población meta los cambios esperados de las variables de resultado o de impacto y pueden ser realizadas de forma interna o externa.

En la V conferencia Global sobre Promoción de la Salud⁴⁰ realizada en el 2000 se planteó necesario distinguir los propósitos de la evaluación y los tipos de evidencia que se recolectan, descubrir voces de usuarios internos y externos para incorporarlas como pruebas, incluir medidas e indicadores de pertinencia y fomentar un modelo de evaluación con enfoque participativo y multisectorial.

El CDC³⁷ propone para el desarrollo de una evaluación una serie de pasos: 1. Involucrar a los actores principales 2. Describir el programa 3. Diseñar la evaluación 4. Recolectar la información 5. Justificar las conclusiones 6. Asegurar su uso y compartir las lecciones aprendidas.

Estos pasos son interdependientes y no necesariamente lineales, una buena evaluación permite diseñar mejores programas, aprender de los errores, realizar modificaciones a una estrategia actual para que sea más efectiva, monitorear el logro de los objetivos propuestos y determinar los resultados alcanzados en el corto, mediano y largo plazo, debiendo ser útil, factible, apropiada y precisa.

9.4 Salud reproductiva, medicina reproductiva

Mazarrasa Alvear, Lucía⁴¹ (2006) desarrolla que el camino hacia la salud sexual y reproductiva tal y como la entendemos hoy, se inició en 1948 cuando en la Declaración de los Derechos Humanos se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil donde se señala que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales, todos los niños

y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

En 1994 en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, se deja de lado el término de salud materna e infantil para acuñar, el término de Salud Sexual y Reproductiva.

En 1996 la Unión Europea y todos sus estados miembros adoptaron formalmente el “Plan de Acción sobre Población y Desarrollo de El Cairo”. Promoviendo “un enfoque holístico y el reconocimiento de la salud y de los derechos en materia de reproducción y sexualidad, (...) incluida una maternidad exenta de riesgos y el acceso universal a una gama completa de cuidados y servicios seguros y fiables en materia de salud reproductiva y sexual” (Artículo 1.2 del “Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo”).

En la “Cumbre de Desarrollo Sostenible”¹⁴ se plantea para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Medicina reproductiva: Reproducción médicamente asistida.

Históricamente la reproducción médicamente asistida se definió según Santamaria Solís, Luis⁴² (2000/1) como el conjunto de técnicas o métodos biomédicos que facilitan o sustituyen a los procesos naturales que se dan durante la reproducción, mediante las cuales a través de una intervención médica se trata de aproximar en forma artificial a los gametos femeninos (óvulos) y masculinos (espermatozoides) con fin de favorecer la consecución del embarazo.

Actualmente, ⁴³ se habla de reproducción médicamente asistida (RMA) cuando la reproducción es lograda a través de la inducción de ovulación,

estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación, técnicas de reproducción asistida (TRA), inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen del esposo/pareja o un donante.

Es importante destacar que, en las últimas definiciones emitidas por las principales sociedades científicas en medicina reproductiva, se define a las TRA como los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto abarca, pero no está limitado sólo a, la fecundación in vitro y la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero subrogado. En esta definición de TRA no incluye a la inseminación asistida (inseminación artificial) usando espermatozoides ni de la pareja ni de un donante.

A los fines de este trabajo de investigación y para el uso posterior utilizaremos la división de la reproducción médicamente asistida según su complejidad en:

Reproducción asistida de Baja Complejidad (intracorpórea): tanto Santamaría Solís, Luis⁴² (2000/1) como Susana Kopelman⁴⁴ describen esta técnica como en la que se realiza la colocación de espermatozoides previamente capacitados, provenientes de una muestra de semen, a través de una cánula de inseminación, con el fin de lograr un embarazo.

Según el origen del semen podemos hablar de inseminación homóloga, cuando se usa semen de la pareja o heteróloga cuando se utiliza semen de donante y según donde se depositan los espermatozoides se clasifican en inseminación intravaginal, intratubaria o **intrauterina** (Siendo la más frecuentemente usada la inseminación intrauterina (IIU)

Reproducción asistida de Alta Complejidad (extracorpórea) ⁴²: Santamaría Solís, Luis⁴² (2000/1) las describe como el conjunto de intervenciones médicas que van desde la obtención del óvulo y el espermatozoide, hasta la implantación del

óvulo fecundado en el útero propio o adoptivo para el ulterior desarrollo del mismo, pasando por la fecundación y primer desarrollo de la célula germinal fuera del seno materno.

- Fertilización in vitro (FIV): Técnica de Reproducción Asistida (TRA) que involucra fecundación extracorpórea.
- Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI): Técnica de reproducción asistida donde se introducen directamente los espermatozoides en el interior del óvulo mediante una inyección intracitoplásmica de espermatozoides, para su posterior evaluación de fecundación y posterior transferencia.

9.5 Análisis FODA

Como desarrollan García López, Teresa y Cano Flores, Milagros (2000) la técnica FODA⁴⁵ se orienta al análisis y resolución de problemas, se lleva a cabo para identificar y analizar las Fortalezas y Debilidades de la organización, así como las oportunidades y Amenazas reveladas por la información del contexto externo.

	Positivos	Negativos
Internos	Fortalezas	Debilidades
Externos	Oportunidades	Amenazas

El FODA cómo técnica de planeación permite contar con información valiosa de los actores involucrados.

10. MARCO LEGAL

La Convención Americana y otros instrumentos internacionales de derechos humanos⁴⁶ respaldan el derecho a la reproducción humana, que se deriva del derecho a la libertad y a la autodeterminación, del derecho a la intimidad

personal y familiar y de la libertad para fundar una familia en condiciones de igualdad tanto para hombres, como mujeres, para parejas de igual o diferente sexo.

A su vez involucra otros derechos como ser, el derecho a la vida privada, el derecho a la integridad personal, los derechos reproductivos, el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y tecnológico y el derecho a la no discriminación.

La Convención Americana de Derechos Humanos protege el derecho a fundar una familia, derecho contemplado en diversos instrumentos internacionales como en el pacto de San José⁴⁷ suscrito en la Conferencia especializada interamericana sobre derechos humanos.

Podríamos mencionar un caso muy emblemático llamado Caso Artavia Murillo y otros s/fertilización in vitro vs. Costa Rica⁴⁶, en donde la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que la maternidad forma parte esencial del libre desarrollo de la personalidad de las personas, considera que la decisión de ser o no madre o padre es parte del derecho a la vida privada e incluye, en el presente caso, la decisión de ser madre o padre en el sentido genético o biológico.

En este caso la Corte ha señalado que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y a la integridad personal. La salud constituye un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (...) La salud reproductiva implica (...) los derechos del hombre y de la mujer a ser informados y a tener libre elección y acceso a métodos para regular la fecundidad, que sean seguros, eficaces, de fácil acceso y aceptables.

En la Constitución Nacional Argentina⁴⁸ en lo que respecta a la familia en el artículo 14 bis se estipula que: "(...) la ley establecerá (...): la protección integral de la familia, la defensa del bien en familia (...)" Permitiendo el termino

protección integral elevando a la familia a la jerarquía de sociedad primaria y núcleo fundamental.

La Constitución de la Provincia de Tierra del Fuego, AIAS⁴⁹ marca explícitamente en el art. 5 que todas las personas gozan en la provincia del derecho a constituir una familia.

A nivel normativo Ley Nacional N° 26.862⁴ establece el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Entiende a la reproducción médicamente asistida como los procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo. Comprende técnicas de baja y alta complejidad, que incluyan o no la donación de gametos o embriones.

11. OBJETIVOS

11.1 Objetivo General

Evaluar la calidad en el proceso de implementación del Programa Provincial de Fertilización Medicamente Asistida, en la ciudad de Ushuaia - Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur desde la perspectiva del personal de salud. Año 2018-2019

11.2 Objetivos Específicos

- I. Analizar los factores que favorecen y/u obstaculizan la implementación del programa desde la perspectiva del personal.
- II. Evaluar el cumplimiento de objetivos del programa según la perspectiva del personal de salud.
- III. Describir y evaluar el modelo de atención y el modelo de organización del servicio de salud.

12. DISEÑO METODOLÓGICO

12.1 Estrategia Metodológica y tipo de estudio

Se realizó un diseño cuali-cuantitativo, responde a una investigación evaluativa sobre la calidad del Programa provincial de fertilización medicamente asistida durante los años 2018-2019.

En el libro “Metodología de la investigación”⁵⁰ de Sampieri Hernandez, Roberto (2010) se describen que los métodos de investigación mixta son la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno.

Para el presente estudio se eligió este tipo de diseño justificándose en la necesidad de contar con herramientas que permitan tener una comprensión completa e integral de tipo holística del proceso de implementación del PPFMA

desde la perspectiva del personal de salud que atiende personas con problemas de infertilidad.

Para el análisis de datos cualitativo se utilizó un análisis temático a fin de tal (como menciona Sampieri) *“identificar, organizar y analizar en detalle; reportar patrones o temas a partir de la lectura y relectura de la información recolectada; permite identificar y establecer temas y estructuras, y las experiencias, significados y realidades de los sujetos* (Braun y Clarke, 2006) Sampieri, 2014.

Para el análisis de datos cuantitativos se utilizó tablas de frecuencias absolutas y relativas (variables cuantitativas).

Se construyó una Matriz FODA y se realizó triangulación de datos.

12.2 Recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos

- I. **Entrevistas semi-estructuradas:** Destinadas a informantes claves, se realizó selección intencional del participante. No se buscó representación estadística. Las entrevistas se realizaron de manera presencial. (Fuente primaria). La autora utilizó una guía de entrevistas para orientar las preguntas. (ANEXO I).

Si bien para el desarrollo de esta tesis el uso de una guía de entrevista validada no era requisito indispensable, la misma fue probada antes de su utilización con personal de salud (3 personas) y se consultó con experta de la Universidad de Rosario sobre su pertinencia.

Los informantes claves fueron los siguientes:

- Sub responsable del programa provincial de Fertilización Medicamente Asistida (SB1)
- Directora de promoción y CUS Provincial (DCUS)
- Directores Hospital Regional Ushuaia (DHRU 1- DHRU2)
- Profesionales del segundo nivel de atención con formación en el área fertilidad, pero que no son miembros del equipo de fertilidad
 - Jefe departamento laboratorio (JDL1)
 - Jefe servicio química clínica (JSQ 1)

- Jefe departamento maternidad e infancia (JDMel 1)
 - Personal diagnóstico por imágenes (PDI1)
 - Miembros del equipo interdisciplinario fertilidad del HRU
 - Médico Ginecólogo (MG1)
 - Médico Ginecólogo (MG2)
 - Urólogo (U1)
 - Psicóloga (PSI1)
 - Abogada (A1)
 - Abogada Ministerio de Salud (A2):
- II. **Registro observación participante:** Se utilizó un cuaderno de notas de campo. Se pudo elaborar un registro de información adicional de cada una de las entrevistas realizadas.
- III. **Formulario autoadministrado con preguntas cerradas y abiertas:** Mediante sistema de formulario de Google se configuró un formulario destinado al personal de salud que atiende consultas o realiza prácticas relacionadas al área de fertilidad en el primer y segundo nivel de atención. Se invitó a participar al universo de profesionales que atienden estas prácticas en el primer y segundo nivel de atención. (Fuente Primaria. **Instrumento de tipo cuali-cuantitativo**). Anexo II
- IV. **Construcción de un análisis FODA:** Se realizó un análisis del escenario actual a partir de la mirada de los informantes claves.
- V. **Registro fotográfico.**

12.3 Población

La población de esta investigación estuvo constituida por el **personal de salud que realizó prácticas relacionadas a la fertilidad**, en el primer nivel de atención y segundo nivel en la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur durante los años 2018-2019.

Se define para esta investigación al personal de salud, en los siguientes términos.

Personal de salud: toda persona que trabaja en relación al Programa provincial de fertilización medicamente asistida, o que realizó actividades y/o prácticas de fertilidad durante el periodo evaluado, sean profesionales, técnicos/as. No se incluyó al personal administrativo.

12.4 Muestra

Participaron del estudio todos los profesionales de la salud (médicos, bioquímicos, psicólogos, abogados, técnicos) que por su práctica habitual hayan estado durante el año 2018-2019 relacionados en el proceso de atención de personas con dificultades reproductivas, en el ámbito del Ministerio de Salud de Tierra del Fuego y hayan trabajaron durante el periodo estudiado en el primer y/o segundo nivel de atención provincial, además de expresar fehacientemente su deseo de participar en el siguiente trabajo.

Se excluyó el personal que no se dedicó y/o no recibió en su práctica habitual personas con dificultades reproductivas. Se excluyó personal administrativo. Se excluyeron a quienes no desean participar. Se excluyeron a los usuarios del sistema del PPFMA.

12.5 Unidad de análisis

Cada personal de salud que participó de la entrevista semi-estructurada o contestó el formulario fue considerado una unidad de análisis.

Se utilizó consentimiento informado. (Anexo III)

12.6 Variables y categorías de análisis

VARIABLES RELACIONADAS A LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL QUE INTERVIENE EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE PERSONAS CON DIFICULTADES REPRODUCTIVAS

- Identificación desde la perspectiva del personal de salud los obstaculizadores, facilitadores del contexto de implementación y cumplimiento de objetivos del programa.

Variables relacionadas al modelo de atención

- Autonomía de los profesionales.
 - ✓ Existencia de un servicio de fertilidad SI/NO
 - ✓ Existencia de profesionales que realizan prácticas de fertilidad y que dependen de distintos servicios del hospital SI/NO

Variables relacionadas a la organización de los servicios

- Forma de coordinación
 - ✓ Formal/informal
- Sistema de referencia/contrareferencia.
 - ✓ Existe sistema de referencia entre niveles de atención SI/NO
- Accesibilidad.
 - ✓ Consultorio de fertilidad tiene turnos disponibles
Casi nunca/frecuentemente/ siempre /tiene lista de espera
 - ✓ Laboratorio tiene turnos disponibles
Casi nunca/frecuentemente/ siempre
 - ✓ Urología tiene turnos disponibles
Casi nunca/frecuentemente/ siempre
 - ✓ Salud mental tiene turnos disponibles
Casi nunca/frecuentemente/ siempre

Variables relacionadas al personal, equipamiento e infraestructura disponible

- Profesionales especialistas en el área.
 - ✓ Profesión
 - ✓ Años en el sistema de salud público de TDF
 - 0 a 5 años
 - 5 a 10 años
 - Más de 10 años
 - Más de 20 años
 - ✓ Máximo nivel educativo alcanzado
 - Secundario



UNR



- Terciario
- Universitario
- Universitario completo
- Post universitario
- ✓ Curso de formación sobre problemas reproductivos, fertilidad, andrología, reproducción asistida o temática similar *
 - Sí
 - No
- Infraestructura.
 - ✓ Disponibilidad consultorio de fertilización medicamento asistida habilitado por fiscalización sanitaria. SI/NO
 - ✓ Disponibilidad para realizar inseminación SI/NO
 - a) Consultorio médico en Ginecología SI/NO
 - b) Laboratorio de procesamiento de semen y muestras para Inseminación: SI/NO
 - c) Consultorio de salud mental. SI/NO
 - d) Consultorio urología SI/NO
- Recursos asistenciales.
 - ✓ Consulta médica. SI/NO
 - ✓ Monitoreo ecográfico. SI/NO
 - ✓ Inseminación intrauterina (IIU) SI/NO
- Recursos diagnósticos.
 - ✓ Disponibilidad de laboratorio para procesamiento de muestras para IIU SI/NO
 - ✓ Disponibilidad de Ecógrafo SI/NO
 - ✓ Disponibilidad de realizar histerosalpingografía SI/NO

12.7 Ámbito de estudio

Se realizó en el hospital Regional de Ushuaia (HRU) donde funciona el consultorio de baja complejidad para fertilidad. Se contó con la participación de profesionales de la salud del Ministerio de Salud y del primer nivel de atención a fin de contar con la visión del personal que trabaja en los centros de salud, autoridades del programa del Ministerio de salud.

12.8 Análisis de datos

Los datos recogidos de las entrevistas a informantes claves fueron detallados de forma narrativa mediante el uso del método de análisis temático.

Las variables cuantitativas fueron analizadas mediante tablas de frecuencias absolutas y relativas.

Se construyó una matriz FODA con la información obtenida de las entrevistas a informantes claves.

Se realizó la triangulación de los datos provenientes del formulario autoadministrado con los obtenidos de las entrevistas y registro de observación participante.

12.9 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

A través del uso de consentimiento informado, carta de información y el aval de los respectivos comités de docencia e investigación de las instituciones participantes, el investigador garantiza la confidencialidad de los datos personales obtenidos durante las entrevistas y que los datos fueron codificados antes de su publicación. En el caso de grabaciones los nombres no fueron asociados con las grabaciones y los identificadores fueron removidos. Los participantes tuvieron plena libertad para retirarse del estudio en cualquier momento.

13. RESULTADOS

A continuación, se describen los resultados teniendo en cuenta su relación con los objetivos específicos planteados en esta tesis:

13.1 En relación al objetivo 1: Factores que favorecen y/u obstaculizan la implementación del programa desde la perspectiva del personal.

A través del análisis de los datos obtenidos en las entrevistas se pudo identificar facilitadores y obstaculizadores del proceso de implementación que se presentan en la tabla 1.

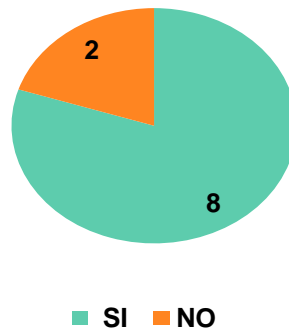
Tabla 1. Facilitadores y obstaculizadores del contexto de implementación desde la perspectiva de informantes claves.

FACILITADORES	OBSTACULIZADORES
Se cuenta con una Ley Nacional (26.862) a la que la provincia de TDF adhiere –progresista en derechos-	Altos Costos de los tratamientos
Existe decisión política de visibilizar y dar respuesta a la problemática	Financiamiento mixto. Existen insumos caros que no son financiados por el programa y deben ser cubiertos por el hospital.
Recurso humano formado y joven con ganas de trabajar	Poca información sobre la temática. Tratamiento que presentan por definición baja tasa de éxito.
Provincia con buenos indicadores de salud	Realidad económica nacional
Ausencia de prestadores o servicios habilitados para realizar prácticas de fertilidad en el sector privado.	Ausencia de datos estadísticos
Capacitaciones ofrecidas por el programa nacional y gestionadas por el programa provincial de fertilidad	Gestión compleja, presencia de burocracia profesional

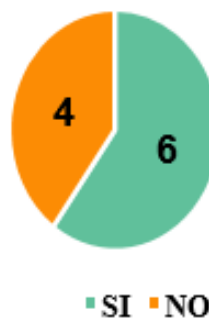
<p>Ubicación geográfica y carácter insular de la provincia que justifica muchas veces el desarrollo de prácticas de alta complejidad.</p>	<p>Cargos jerárquicos dependientes de la gestión política de turno, que impiden la planificación a largo plazo</p>
---	--

Por otro lado de las preguntas 1,2 y 3 del formulario autoadministrado se pudo obtener la siguiente información que ayuda a comprender la mirada del personal de salud sobre los facilitadores y obstaculizadores del proceso de atención.

Pregunta 1: ¿Recibe Ud. en su práctica diaria personas con problemas reproductivos?



Pregunta 2: ¿Considera desde su práctica habitual que cuenta con todas las herramientas y capacitaciones para el abordaje de los problemas reproductivos?



Pregunta 3: ¿Qué aspectos usted considera que mejoraría la atención de personas con problemas reproductivos?

Respuestas:

- Que haya coordinación del sistema de referencia y contrareferencia
- Que se mejore el acceso, la información disponible y las barreras administrativas, a veces desde los CAPS no se conocen las prácticas que se realizan en el hospital.
- Incorporar determinaciones al laboratorio, diagnóstico por imágenes para mejorar el diagnóstico.
- Que el personal se interiorice más en las prácticas que se realizan en el Hospital Regional Ushuaia a fin de evitar derivaciones innecesarias.
- Incrementar la información legal desde la perspectiva de derecho.
- Propiciar formación de posgrado.
- Mejorar la accesibilidad a los turnos, propiciar la escucha activa por parte de los profesionales de la salud y su capacitación para el abordaje del tema. Abordaje de la prevención de factores asociados a dificultades reproductivas.
- En el aspecto edilicio se deben mejorar las instalaciones para brindar más privacidad, mejorar la accesibilidad. Mejorar el sistema de turnos.

13.2 En relación al objetivo 2: Evaluación del cumplimiento de objetivos del programa según la perspectiva del personal de salud.

De las entrevistas semiestructurada a informantes claves sobre el cumplimiento de los objetivos del PPFMA y del cuaderno de notas se pudo extraer la siguiente información:

- 1. Asegurar el derecho igualitario a todos los beneficiarios de las prácticas normadas por la ley N° 26.862, concordantes y modificatorias.**

Todos los entrevistados respondieron afirmativamente a esta pregunta

“A través del programa pudimos actualizar la ley provincial, ajustarla a la ley nacional...este trabajo fue fundamental para aumentar el acceso” DRHU1

“Creo que el programa mejora efectivamente el acceso a las prácticas, porque permite a través de sus estrategias de difusión permite poner en conocimiento de la comunidad cuales son las prestaciones de la ley 26.862 y a través de un abordaje interdisciplinario acercar estas prestaciones a los pacientes” A1.

“Con la promulgación de la ley 26.862, la que crea el programa nacional de reproducción médicamente asistida... ha permitido una mejora en el acceso de la población en general a las técnicas de reproducción médicamente asistida a nivel provincial permitiendo que las parejas puedan ser diagnosticadas oportunamente, tratadas en lo que se refiere a baja complejidad en sus provincias de origen y en el caso de requerir derivaciones por alta complejidad ser centralizados en tres centros estratégicos en el país (...) Ha sido una brillante propaganda a la población permitiéndole tener acceso a información general, a una ley que los ampara, que los cubre y les permite realizar sus diagnósticos y tratamientos en forma oportuna” MG2.

Si bien se remarcó por la dirección del hospital que pueden quedar algunas personas sin acceso debido al desconocimiento por parte de la población en general de que el hospital brinda prácticas de fertilidad, barreras de accesibilidad internas a causa del desconocimiento administrativo o incluso alguna barrera cultural que el personal de salud no lo esté considerando.

“Pueden quedar personas o grupos sociales sin atención y que el personal de salud desconozca que esta población no está accediendo” DHRU2

“No tenemos indicador de demanda insatisfecha, fundamentalmente el poder llegar a armar el consultorio propiamente dicho con mayor cantidad de recurso humano que pueda abordar esta temática, lleva a tener muchos más pacientes

(...) hay un montón de obras sociales que no lo saben (...) quizás estemos perdiendo algo” DHRU1

2. Propiciar la formación y capacitación continua de recursos humanos especializados y del primer nivel de atención en los procedimientos y técnicas de reproducción humana asistida

De la observación participante y cuaderno de notas el autor relevó que desde la creación del programa en septiembre de 2018 se han realizado 2 talleres de formación para el primer nivel de atención, se ha coordinado que se dicte en la provincia un curso de ginecología endocrinológica y reproductiva de la Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva (SAEGRE) en el que se forman profesionales del ámbito público y privado de la provincia.

Los miembros del equipo interdisciplinario de fertilidad han accedido a cursos de formación específicos tanto de la sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMER), como de la sociedad Argentina de Andrología.

Se ha estimulado la participación en congresos y asistencia a talleres regionales específicos de fertilidad.

“Es el punto más fuerte en el proceso de implementación” JSQ1.

“La posibilidad del acceso a cursos (...) permite que el recurso humano provincial tenga acceso a una información precisa (...) y de esa manera haya un consenso provincial uniforme en lo que tiene que ver en técnicas de diagnóstico y tratamiento y derivaciones oportunas” MG2.

“El programa propicia la capacitación a través de la interrelación de distintas disciplinas y profesionales que participan en el programa se motivan las capacitaciones, de hecho, desde el mismo trabajo de este equipo surgen las necesidades de capacitación” A2.

“Es necesario seguir trabajando en ese tema ya que se necesita una constante formación académica” MG1.

“Además de los cursos de formación continua (...) existe una educación médica continua que es la que hacemos todos los días desde el consultorio tanto para el primer nivel como para nuestros propios pares y es parte de lo que hacemos en las reuniones de equipo” U1.

3. Coordinar con las autoridades sanitarias la creación de servicios y/o consultorios médicos dedicados a la reproducción médicamente asistida.

Se relevó que efectivamente el programa fomento y participó directamente en la habilitación de los consultorios de fertilización médicamente asistida.

Si bien se habilitó el consultorio de fertilización médicamente asistida, su funcionamiento no depende de un servicio de fertilidad específico si no que las prestaciones son realizadas por profesionales que comparten sus tareas en sus servicios de base, es decir ginecología, laboratorio y salud mental, por lo que la tarea que cada uno desempeña no es exclusiva para fertilidad.

En este punto se marca que más allá de la correcta habilitación del consultorio de fertilidad, esta forma de funcionamiento puede ser una limitante en el funcionamiento.

“En la actualidad estos tipos de prestaciones son realizadas por los servicios originales de ginecología, psicología, tal como se encuentran en la estructura orgánica del hospital” A2.

4. Coordinar y promover campañas de información sobre el cuidado de la fertilidad en mujeres y en varones.

La respuesta de los entrevistados nuevamente coincidió, destacando las charlas a la comunidad con disertantes nacionales que se realizaron con el fin de que la comunidad conozca las prestaciones que se realizan en el hospital y como acceder a ellas.

Además, desde la dirección de promoción y CUS informaron que el programa asiste quincenalmente a un espacio para la comunidad que se llama

TDF en familia donde realiza asesoría general a la población de cómo cuidar la fertilidad.

“Es un programa mixto que realiza asistencia y promoción, esto es una gran fortaleza y lo posiciona como un programa completo, ya que realiza tanto actividades asistenciales, como de promoción de la salud (...)” DCUS

5. **Brindar asistencia técnica y científicamente a las autoridades sanitarias y profesionales dedicados a la reproducción humana asistida para mejorar y optimizar el modelo de atención humana asistida de baja complejidad y la derivación de personas que requieran alta complejidad a los centros de referencia nacionales.**

Se registró que el programa participa activamente en la atención de pacientes con dificultades reproductivas. Se marca que, al ser un programa dependiente del Ministerio de Salud, en algunas oportunidades no puede tener participación en la organización de los servicios del efector, por lo que las prácticas y frecuencias quedan supeditadas a las necesidades de los servicios, aun así se lograron avances y se pudo mejorar el sistema de atención, en cuanto a gestión de turnos.

“Se han resuelto desde el programa problemas operativos como el acceso a turnos (...)” PS1

“Tiene como desafío poder hacer una planificación estratégica según pacientes”

DCUS

“El programa brinda asistencia a las autoridades, tendrían que tener una propuesta semestral o anual de los objetivos para poner a disposición de las autoridades de forma tal que ellos estén en conocimiento de los objetivos y a que tiene el programa” A1.

6. **Propiciar junto con la dirección de fiscalización sanitaria provincial que los establecimientos públicos que brindan servicios de medicina**

reproductiva estén debidamente habilitados, utilicen consentimientos informados y brinden servicios de calidad, estimulando la acreditación

Se relevó que el primer paso que se dio antes de comenzar a atender fue la habilitación del consultorio, gestión que fue compleja por la gran cantidad de actores involucrados y las múltiples variables que se presentaron en el proceso de habilitación.

“Entiendo que es uno de los requisitos mínimos que se deben cumplir establecidos por el ministerio de salud de la nación” A1.

7. Propiciar junto al registro de civil el uso de consentimiento informado en las nuevas fuentes de filiación

Los entrevistados contaron que durante el 2019 se pudo incorporar el uso del consentimiento informado en forma coordinada con el registro civil, en este punto se marca que a partir de una resolución que permite certificar las copias de los consentimientos informados emitidos por los centros de fertilidad, se puede llevar a cabo la correcta inscripción del recién nacido en el registro civil en la provincia.

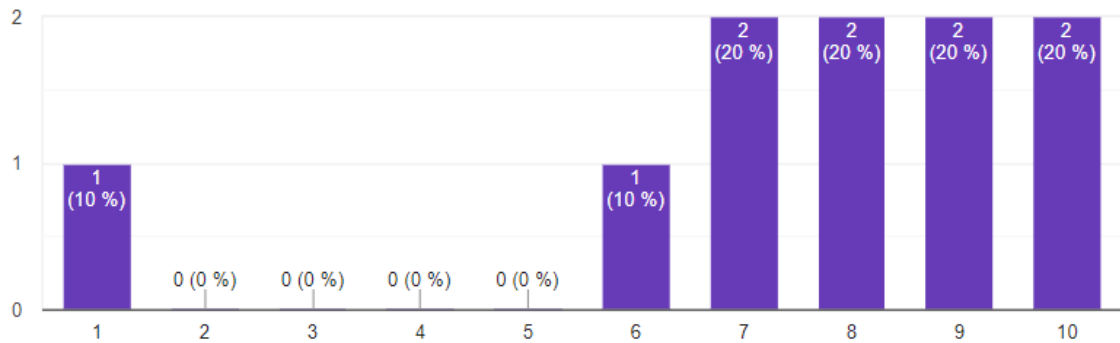
“Propicia junto al registro civil de la provincia el uso de consentimiento informado en las nuevas fuentes de filiación” MG1.

“Realmente me alegra mucho este logro que han podido implementar la certificación de consentimientos informados, son la segunda provincia en Argentina en realizar este trámite vía ministerio de salud” A2.

Por otro lado en formulario autoadministrado al preguntar como puntuarían la implementación del programa se obtuvieron las respuestas expuestas en el siguiente gráfico.

Si tendría que evaluar la implementación del programa cómo lo puntuaría (mala implementación: 1, muy buena implementación: 10)

10 respuestas



13.3 En relación al objetivo 3: Descripción y evaluación del modelo de atención y el modelo de organización del servicio de salud.

Para poder dar cumplimiento a este objetivo y conocer acerca de cómo se producen los servicios, el rol-autonomía de los profesionales y como se lleva a cabo la coordinación entre las unidades que prestan estos servicios, se recabó información de datos provenientes de las entrevistas a informantes claves, de formularios autoadministrados y de los registros de observación participante.

A continuación se presentan estos datos:

VARIABLES RELACIONADAS AL MODELO DE ATENCIÓN

Se releva que no se cuenta con un servicio de fertilidad y que los profesionales del equipo interdisciplinario de fertilidad (conformado por: médicos, psicólogos, bioquímicos, trabajadores sociales y un médico urólogo), pertenecen a distintos servicios del HRU.

Cada uno de ellos al pertenecer a un servicio distinto posee un jefe diferente.

VARIABLES RELACIONADAS AL MODELO DE ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

De las entrevistas se releva que el Hospital Regional Ushuaia, posee un organigrama conformado por diferentes direcciones, departamentos y servicios. Para hacer más fácil la visualización se hizo un recorte de los servicios involucrados en el PPFMA.



Gráfico 2 Organigrama Hospital Regional Ushuaia Fuente: Ministerio de Salud TDF

Los servicios del hospital funcionan en general mediante coordinación informal y bajo el lineamiento de la jefatura particular.

La comunicación entre los miembros del equipo de fertilidad es buena y fluida. *“la comunicación es constante (...) y va mucho más allá de resolver por ejemplo un espermograma, sino que se trata de resolver un problema de salud”* U1.

Se evidencian sistemas de comunicación informales entre los profesionales estos profesionales y otros pertenecientes a los CAPS o del mismo hospital.

No se obtuvo información sobre un sistema de referencia y contrareferencia formal.

“la gestión en lo micro (Hospital) no se encuentra del todo articulada con la gestión macro (Ministerio de Salud)” DRHU2

De las preguntas 4 y 5 del formulario autoadministrado se recabó la siguiente información relacionadas al modelo de organización del servicio.

Pregunta 4: ¿Conoce usted los mecanismos para hacer interconsultas con el especialista en el segundo nivel de atención?



Pregunta 5: ¿Qué opina de estos mecanismos?

Respuestas

- Deben mejorar.
- Deben ser más informados, trabajar coordinadamente.
- Son buenos pero insuficientes.
- Faltaría más disponibilidad de turnos.
- Los mecanismos son informales, generalmente por mensaje de texto. Los pacientes buscan al profesional que son referenciados sin cita previa.
- Son desconocidos.

- Si en un nivel de atención primaria se cuenta con el conocimiento básico para la detección precoz de trastornos, con la implementación del programa, la oportunidad de acceder a un segundo nivel es más sencilla.

VARIABLES RELACIONADAS A LA ACCESIBILIDAD

Existe un sistema de turnos especiales para el consultorio de fertilidad, funciona a través de un sistema de lista de espera, donde las personas se acercan a mesa de entrada y solicitan un turno para el consultorio de fertilidad, de esta forma quedan anotados en un cuaderno y según la organización del servicio de tocoginecología el consultorio puede funcionar cada 15 días o semanalmente.

“Se ha podido optimizar un sistema de turnos médicos, en el cual los pacientes llegan a mesa de entrada del hospital, donde existe un cuaderno para que los que requieren consultas médicas con el especialista en fertilidad puedan anotarse, luego en cada semana según el día asignado se los llama telefónicamente y se asigna el turno” MG1.

En cuanto al laboratorio la accesibilidad es buena, siendo la atención para realización de análisis de sangre por demanda espontánea y para espermogramas se entregan turnos de 10 a 18 de lunes a viernes para llevar las muestras los días martes y jueves de 10 a 13.

En urología el médico se encuentra en el hospital atendiendo el consultorio todas las semanas, se destaca que si bien no es específico para fertilidad no hay lista de espera y muchos pacientes acceden antes al turno con el urólogo que con el endocrinólogo u otras especialidades.

“Tengo muchos pacientes, la mayoría llegan a la consulta por primera vez y creo que está es una falencia de nosotros como equipo, creo que también tiene que ver con la poca información que tiene la comunidad en general sobre cómo acceder a las herramientas que brinda el programa y con un gran desconocimiento que hay tanto en el primer nivel como en el segundo nivel de

que se puede hacer en reproducción médicamente asistida, de hecho (...) estoy convencido que nuestros colegas no son conscientes de que la infertilidad es un problema de salud y muchos menos una prioridad” U1

En salud mental también se observa buena disponibilidad de turnos, no evidenciándose listas de espera ni demanda insatisfecha. Los usuarios llegan generalmente por derivación del médico ginecólogo, urólogo o responsable del PPFMA. En el servicio la Psicóloga realiza una evaluación inicial y según esta evaluación se puede indicar tratamiento, yéndose de la consulta con un nuevo turno asignado.

Se destacan de las entrevistas algunas miradas del personal de cómo mejorar la accesibilidad.

“Tener un consultorio de difusión y consultoría, en el que la gente pueda ir a escuchar de qué se trata y que funcione en un CAPS (...) después el ingreso al sistema es por otra vía, este consultorio no siempre debe funcionar con un médico, lo puede hacer cualquiera del equipo interdisciplinario, tienen que ver con la difusión de los derechos” DRHU1

“Se debe articular el primer y segundo nivel de atención, armar un sistema de referencia y contrarreferencia, para ver cómo derivar (...) por ahí una capacitación en el primer nivel de atención permite tener una captación mayor de pacientes, por que por ahí el profesional que esté atendiendo en el CAPS no sabe (...) además se debería sumar al privado, para que ellos sepan que pueden derivar al hospital la baja complejidad” DHRU1

Variables relacionadas al personal, equipamiento e infraestructura disponibles

Profesionales especialistas en el área:

Del formulario autoadministrado se recabo la siguiente información sobre el perfil de profesionales que trabajan en el área



UNR

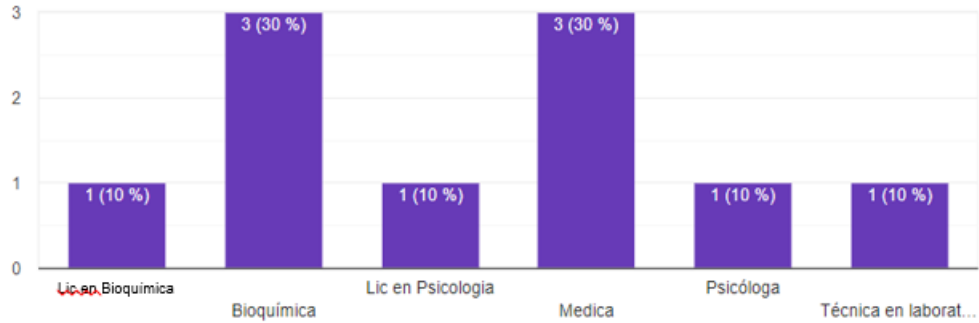


Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud



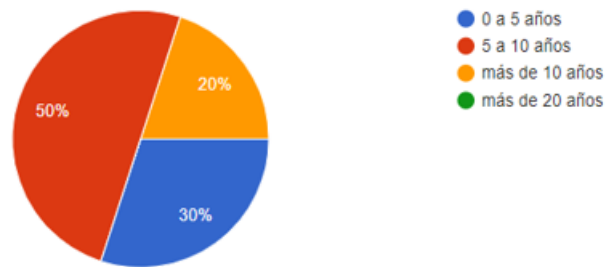
PROFESIÓN

10 respuestas



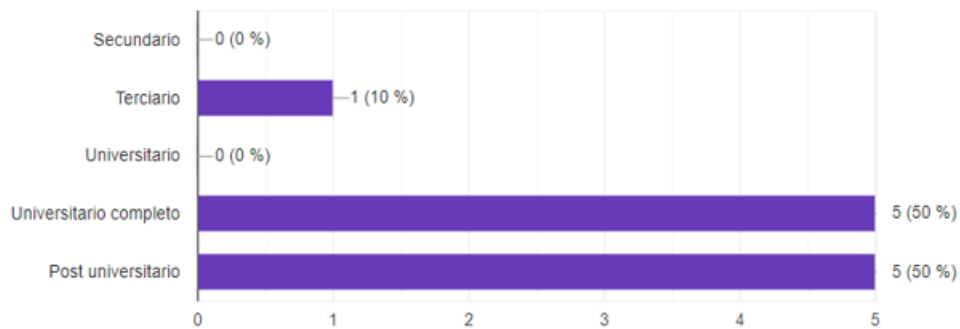
AÑOS EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO DE TDF

10 respuestas



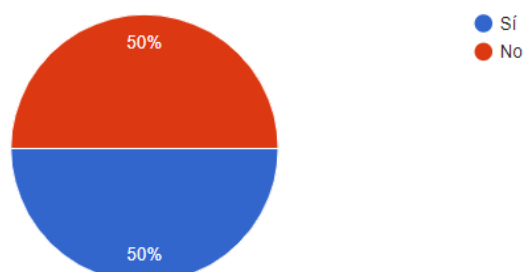
Máximo nivel educativo alcanzado

10 respuestas



¿Realizó algún curso de formación sobre problemas reproductivos, fertilidad, andrología, reproducción asistida o temática similar?

10 respuestas



Indique (nombre del curso o especialización, dónde lo realizó, quién certificó y si lo finalizó)

6 respuestas

Psicología en Reproducción SAMER En curso
Biología de la Reproducción-SAMER
Fellow en medicina reproductiva. Procreatee. Finalizado. SAMeR curso bianual finalizado
Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva. Finaliza 15 diciembre del 2018
No realice
samer saem

De las entrevistas y registro de observación participante se pudo saber que en el hospital Regional Ushuaia se conformó un equipo interdisciplinario de fertilidad, el personal tiene formación específica en el área, contando con profesionales que cuentan con entre 10 y 5 años de experiencia. Es importante mencionar que el personal no está abocado específicamente al tema.

El equipo cuenta con un psicólogo, un trabajador social, un bioquímico, dos médicos y un urólogo que trabajan de forma multidisciplinaria en el abordaje de las personas. Cuentan con el soporte legal de la abogada de asuntos jurídicos del ministerio de salud de la provincia.

" (...) el deseo de los integrantes de trabajar desde el espacio de la salud pública es una fortaleza (...) y es muy importante el interés de cada uno en la capacitación específica" PS1

" (...) Lo mejor que tiene el programa es que la gente que trabaja es joven y que no poseen estructuras mentales previas de trabajo" DHRU1

Infraestructura

De las entrevistas surge que el efector del programa en la ciudad de Ushuaia es el Consultorio de fertilización médicamente asistida Inscripción a REFES N° 50940142195429 que funciona en el establecimiento Sanitario: Hospital Regional Ushuaia. Cuenta con los siguientes servicios y espacio físico.

- a) Consultorio médico en Ginecología: Consultorio tira 4
- b) Laboratorio de procesamiento de semen y muestras para inseminación: Servicio de Química Clínica, Área Endocrinología
- c) Consultorio de salud mental.
- d) Consultorio urología.

Recursos asistenciales

Consultorio médico: Se realizan en el consultorio las siguientes prácticas:

- a) Consulta médica.
- b) Monitoreo ecográfico.
- c) Inseminación intrauterina (IIU).

Con respecto al funcionamiento del consultorio funciona según disponibilidad del servicio de ginecología en fechas y días variables. Es necesario realizar monitoreo ecográfico de la estimulación ovárica. El consultorio no cuenta con ecógrafo propio por lo que se necesita coordinar con el resto de los médicos del servicio el uso del ecógrafo o la disponibilidad de ecografista.

" (...) Existen días que tengo que mover los turnos de los pacientes porque no tengo disponibilidad de ecografía" MG1.

Laboratorio: El laboratorio realiza procesamiento de semen para IIU:

- a) Espermograma Básico.
- b) Métodos de Selección Espermática.
- c) Preparación y enriquecimiento de semen para IIU.

Salud Mental: Evaluación y tratamiento de las personas con problemas reproductivos.

Urología: Atención de factor masculino de infertilidad.

Recursos diagnósticos.

De las entrevistas surge que se dispone de laboratorio para procesamiento de muestras para IIU, no se cuenta con ecógrafo propio y profesionales del PPFMA formados en el tema, no se puede realizar el estudio de histerosalpingografía en el HRU.

En lo que respecta al laboratorio en sus prácticas se encuentran mediciones para evaluar el factor femenino y el factor masculino. Si bien la accesibilidad es muy buena, ya que los análisis se realizan a demanda, la principal dificultad que presenta es la compra y continuidad de insumos.

" (...) hay insumos que como jefe de servicio no sé si comprar desde el servicio de laboratorio o el servicio de ginecología (...) El programa no tiene sus propios fondos depende de la financiación del hospital... Las compras pueden tardar muchos meses en salir, por distintos motivos." JSQ1.

En lo que respecta al diagnóstico por imágenes de permeabilidad de trompas que se realiza mediante histerosalpingografía, no se realiza en el hospital y se deben derivar los pacientes.

" (...) *No puedo agregar prácticas al servicio (esterosalpingografía) porque no tengo gente con formación y es más trabajo por la misma plata.*" PDI1.

13.4 Análisis FODA

La construcción de matriz FODA la realizó el autor en base a la visión de los profesionales del equipo de salud que participaron en las entrevistas o contestaron los formularios



Gráfico 3. MATRIZ FODA. Fuente: Elaboración propia

14. DISCUSIÓN

Para evaluar el proceso de implementación del PPFMA en la ciudad de Ushuaia, provincia de TDF durante los años 2018-2019 retomaremos del marco conceptual la evaluación de calidad en sistemas de servicios de salud propuestas por Watson Diane (2004), en la que establece el funcionamiento de una intervención como una cadena de relaciones entre los recursos invertidos, los productos y servicios y los resultados inmediatos, intermedios y finales.

Es así que a través del análisis cualitativo de las entrevistas semiestructuradas realizadas a informantes claves (profesionales del segundo nivel de atención donde funciona el consultorio de fertilidad), de la elaboración de un registro de observación participante, de notas de campo y de la información extraída de los formularios autoadministrados, se pudieron identificar facilitadores e obstaculizadores del proceso de implementación del PPFMA.

El contexto, como lo dijo Watson D (2004) *“involucra factores políticos, sociales, culturales, demográficos, económicos, ambientales, geográficos, las políticas del sector, el marco legislativo/regulatorio”*, se pudo encontrar como facilitadores, el marco legal vigente, ya que la Ley Nacional N°26.862 enuncia el acceso de la población a la medicina reproductiva, pero como sabemos la vigencia de una ley no siempre garantiza el acceso real a toda la población. Echegoyemberry Natalia (2017)⁵¹ plantea que *“existe una brecha entre el derecho consagrado y su implementación, por la presencia de múltiples barreras que restringen y dificultan el acceso a derechos en paridad de condiciones para todas las personas”*.

Futuras líneas de investigación podrían abordar aspectos vinculados a parejas del mismo sexo, o monoparentales. Sería entonces razonable preguntarnos, si es que quedan personas sin atención y si es que no se está visibilizando estas potenciales barrera de acceso para las personas solas o

parejas del mismo sexo. Por otro lado el programa requiere que se tenga un enfoque de diversidad sexual, interculturalidad y perspectiva de género. *“Es necesario establecer abordajes diferenciales que permitan hacer efectivo el derecho a la diferencia”*⁵¹.

De hecho, de algunas entrevistas se desprenden algunos preconceptos, como que las personas que acceden a estos tratamientos son “parejas”, dándonos una aproximación a priori de que las “parejas” y a entendimiento de la autora parejas heterosexuales son las que en su mayoría consultan y acceden a los tratamientos.

En el ámbito normativo los entrevistados destacaron también que el Ministerio de Salud provincial aprobó el procedimiento de certificación de todo consentimiento informado por parte del programa provincial de fertilización médicamente asistida y con el fin de que la/s persona/s nacida/s por un tratamiento de reproducción humana asistida puedan obtener su partida de nacimiento, permitiendo que las familias cuyos hijos nacen en la provincia accedan a este servicio de manera gratuita y sin tener que viajar a la Ciudad de Buenos Aires. En este sentido, vemos como la existencia de leyes progresistas deben necesariamente complementarse con nuevas prácticas y estrategias para asegurar en el plano fáctico la efectividad de los derechos.

Otro punto favorable es el acompañamiento y decisión política que permitió a los gestores visibilizar y comenzar a dar respuesta a la problemática.

En cuanto a la ubicación geográfica de la provincia se destaca la lejanía a los centros de medicina reproductiva, siendo la principal ciudad de derivación la Ciudad de Buenos Aires, debido principalmente a la conectividad aérea.

Esta característica provincial y la aerodependencia justifican en gran medida el desarrollo de prestaciones que tal vez, si intentamos justificarlos por la casuística local podrían no ser costo-efectivas.

El Hospital Regional Ushuaia es a la fecha el único prestador habilitado en la ciudad para resolver prácticas de medicina reproductiva.

En cuanto a los obstaculizadores podemos identificar por un lado la realidad económica nacional y lo costoso de los tratamientos, situación que en momentos de crisis puede generar tensiones con decisores que no visibilizan a la infertilidad como un problema de salud pública y muchos menos como una situación prioritaria.

Se observa también que las características inherentes a el sistema de salud nacional y el sistema de salud provincial representan un fuerte inhibidor, tal como lo describe Echevoyembery Natalia (2017)⁵² *“Los sistemas de salud de los países latinoamericanos en su mayoría presentan los siguientes desafíos:..”, “...superar la fragmentación/segmentación de los sistemas de salud, garantizar la sostenibilidad financiera, mejorar la gobernanza, la calidad de la atención y los sistemas de información, reducir las inequidades en salud, ampliar coberturas, prepararse para afrontar las consecuencias del envejecimiento poblacional y el cambio del perfil epidemiológico y aumentar la capacidad resolutive del sistema público de salud.”*

Con respecto a los **Recursos**, discutiremos los resultados en términos de recursos materiales y recursos humanos o fuerza de trabajo.

Recursos materiales, los recursos materiales según Watson pueden ser descriptos *“en términos de la existencia y condiciones de la infraestructura edilicia, equipamiento, tecnología, sistemas de información o recursos tecnológicos de apoyo para los procesos clínicos, gerenciales y de toma de decisiones, instancias de capacitación de los profesionales, técnicos y tomadores de decisiones, existencia de evidencias sobre la efectividad de las intervenciones, tecnologías y abordajes, etc.”*

Se pudo corroborar tanto del registro de observación participante, como de las entrevistas que se han realizado la adecuación de la infraestructura vigente en el hospital para la puesta en marcha del consultorio de fertilización médicamente asistida de baja complejidad, y que fue habilitado según las normas vigentes, consta con consultorio médico y laboratorio. Esta estructura no es exclusiva del área fertilidad, compartiendo tanto el espacio físico como

los profesionales, con otras áreas del hospital. Esto representa una dificultad para el desarrollo del programa, ya que muchas veces el correcto funcionamiento está sujeto a la disposición del funcionamiento y prioridades de otros servicios.

Surge de esta observación la presencia de fuertes obstaculizadores como ser, principalmente la ausencia de equipamiento propio en lo que refiere a ecografía y diagnóstico por imágenes.

Sería bueno en este contexto hacernos algunas preguntas ¿Es oportuno incluir el servicio de fertilidad dentro de la estructura orgánica del hospital? ¿Cómo se puede hacer para dar solución a la problemática suscitada en cuanto a diagnóstico por imágenes?

En cuanto a las instancias de capacitación, se evidenciaron capacitaciones en la temática en distintos niveles, desde el equipo interdisciplinario hacia los profesionales del primer nivel de atención como desde sociedades científicas a los miembros del equipo interdisciplinario.

Se presenta como desafío indagar en posteriores investigaciones sobre la efectividad de las intervenciones, tecnologías y abordajes del PPFMA y la factibilidad de propiciar la capacitación y formación en diagnóstico por imágenes (monitoreo ecográfico e histerosalpingografía).

Con respecto a los **recursos humanos** se destaca la conformación del equipo interdisciplinario de fertilidad, que pareciera ser el motor del consultorio, conformado por profesionales de distintas profesiones y servicios, rompiendo de esta forma con la tradicional hegemonía médica.

En cuanto al perfil profesional de los formularios autoadministrados se evidencia que de las 10 personas que contestaron 9 son profesionales con título de grado universitario completo y 5 poseen formación de posgrado completo y además de formación específica en fertilidad. Este perfil profesional potenciaría la calidad del consultorio de fertilidad y del PPFMA.

Se pudo constatar observar que el efector en estudio se encuentra funcionando inmerso en un hospital donde aún predomina la burocracia profesional con una tecnoestructura débil y muy dependiente del gobierno de turno. Con gestiones fragmentadas entre el nivel micro (hospital) y el macro (Ministerio de Salud). Sería conveniente establecer formas de organización que permitan dar sostenibilidad en el tiempo a programas, planes y estrategias con independencia de la bandera política del momento.

En el organigrama se evidencia una organización por servicios y especialidades médicas. Con rastros de fragmentación y descoordinación entre los diversos servicios y actores involucrados. Se observan formas de comunicación informales y de mutuo ajuste. Lo que a su vez lleva a presupuestar de manera fragmentada y no integral.

De las entrevistas surge que aún falta implementar un sistema de referencia entre el primer nivel de atención y el segundo nivel de atención. Que las dificultades reproductivas son motivo de consulta en el primer nivel de atención, pero que no siempre el personal cuenta con todas las herramientas y capacitaciones necesarias para el abordaje de estas patologías o conoce como contactar con el segundo nivel o cuales son las prestaciones que este brinda. Sería conveniente realizar un Plan de Capacitación anual –progresivo- que contemple las distintas habilidades, conocimientos y competencias.

De este trabajo de investigación se desprende, además, que el PPFMA realiza actividades de promoción y de asistencia, siendo un programa mixto.

A su vez, y si bien no estaba dentro de los objetivos de este trabajo evaluar el modelo de financiamiento, fue indicado como un inhibidor de peso, ya que el programa no tiene asignados recursos propios ni definidos. Para abastecerse de insumos debe realizar gestiones de compras burocráticas que dependen de diversos actores y son financiados por el hospital, por el Ministerio de Salud o por Nación. Se pudo constatar que en el programa los usuarios -con capacidad de pago y con prepagos- no pagan por las prestaciones.

Quedaría para futuras líneas de investigación dimensionar si el programa es costo efectivo a pesar del valor de las prestaciones que brinda.

Con respecto a la **accesibilidad** organizacional sería oportuno optimizar el sistema de gestión de turnos, promoviendo sobre todo la difusión sobre la forma de acceder al consultorio, esta difusión debe hacerse tanto hacia la población en general como para los profesionales del HRU y de los CAPS.

A través del análisis FODA se puede ver la como principal fortaleza interna del programa la conformación del equipo interdisciplinario con personal idóneo y comprometido. Dentro las principales debilidades se observan que los profesionales pertenecen a distintos servicios, y la imposibilidad de realizar el monitoreo ecográfico por personal del equipo de fertilidad o estudios como la histerosalpingografía.

Como principal oportunidad se destaca la aceptación social, el apoyo de la gestión actual, además de ser el único efector de la ciudad en la temática y la vigencia de la Ley Nacional 26.862. Como amenaza podemos evidenciar el financiamiento, la crisis económica nacional y los cambios de gobierno.

15. CONCLUSIONES

Cabe destacar que evaluar la calidad en el proceso de implementación resulta a veces complejo en cuanto a las diversas variables que intervienen, pero el ejercicio de realizarlo y comprenderlas es un gran proceso de aprendizaje, además, de sumamente necesario. Pudiendo esta evaluación servir en sí misma como un disparador, y sus resultados servir de insumos para el diseño de herramientas de gestión.

En cuanto a los objetivos específicos planteados en esta investigación podemos afirmar que se han podido identificar los factores que favorecieron y los que dificultaron la implementación del programa desde de la perspectiva del personal. Recalcando por el lado de los facilitadores, el marco normativo vigente y la conformación del equipo interdisciplinario. Por el lado de los que

obstaculizan, se destacan el funcionamiento del consultorio con profesionales pertenecientes a distintos servicios y la forma de financiación del mismo.

Con respecto al cumplimiento de los objetivos del programa podemos concluir que el programa Provincial de Fertilización Médicamente Asistida ha cumplido sus objetivos en cuanto a posicionarse en las actividades de promoción de la salud, participando en este sentido de actividades abiertas a la comunidad y con campañas de difusión sobre el cuidado de la fertilidad. Es necesario reforzar la difusión a la comunidad con respecto a las formas de acceso al consultorio. Sería importante abordar estrategias promocionales y preventivas que desde las políticas públicas permitan abordar los principales determinantes sociales relacionados con la infertilidad y la presencia de causas (ambientales y sociales) que pueden estar afectando los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado de las y los usuarios del programa.

El programa requiere que se tenga un enfoque de diversidad sexual, interculturalidad y perspectiva de género, aspecto que sería necesario trabajar para poder evaluar que no se esté vulnerando el derecho de acceso de algún grupo en particular.

El programa cumple con la función de fomentar el correcto uso del marco normativo y el de promover el uso de consentimiento informado tanto en el consultorio como para la inscripción del niño recién nacido en el registro civil, además de propiciar la formación del personal mediante trámite de becas, generación de espacios interdisciplinarios y de formación.

En cuanto al último objetivo específico de esta tesis podemos decir que el gran desafío que tiene el PPFMA para los próximos meses o incluso años es mejorar tanto el modelo de atención, como el modelo de organización del servicio de salud en lo que respecta a la atención de personas con dificultades reproductivas. Ya que, si bien el equipo interdisciplinario promueve un abordaje integral del proceso de salud enfermedad, se evidencia a nivel micro una débil tecnoestructura imperante, con servicios que en ocasiones no se relacionan entre sí, evidenciando de esta forma presencia de burocracia profesional.

Esta investigación fue relevante porque permitió conocer en profundidad los principales problemas y los facilitadores en la implementación del Programa desde la perspectiva del personal de salud. Futuras investigaciones podrían analizar el Programa desde la perspectiva de accesibilidad al diagnóstico y tratamiento desde la perspectiva de usuarios/as.

La triangulación de fuentes (entrevistas y registros de observación participante) ha sido fundamental para extraer información relevante desde distintas perspectivas.

Análisis crítico

La pertenencia institucional de la maestranda al programa resultó una fortaleza ya que permitió acceder a información relevante que de otra manera no hubiese sido posible. A su vez, permitió realizar una evaluación e ir modificando algunos aspectos relevantes de las problemáticas identificadas y efectivizar mejoras en la gestión.

Se considera que en simultáneo que se iba realizando la tesis y obteniendo y analizando los resultados se fueron implementando estrategias de mejora (como ser replanteo del plan estratégico del PPFMA). Con lo cual se generó procesos de cambios en la organización de los servicios y sistemas de salud que son relevantes desde el punto práctico.

Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos de la investigación y no hubo conflictos de intereses, ya que lo que se presenta es información que los entrevistados/as expresaron sobre la evaluación del programa a partir de la matriz FODA.

Como limitaciones de este estudio se considera que hubiese sido conveniente evaluar el proceso de implementación incluir la participación de administrativos y las/los usuaria/os del programa.

Futuros estudios podría incluir la realización de evaluaciones externas y preferentemente mixtas.



16. PROPUESTA DE MEJORA PARA LA GESTIÓN.

A continuación, se proponen distintas estrategias que esperamos puedan ser útiles para los gestores del PPFMA y los miembros del equipo interdisciplinario.

Primeramente, consideramos a partir de la evaluación del Programa, que él mismo ha arrojado buenos indicadores en relación a la efectividad de derechos. Por lo que buenas políticas públicas deben poder sostenerse en el tiempo más allá de los gobiernos. En ese sentido, sería conveniente pensar como darle sostenibilidad en el tiempo, y sustentabilidad económica al programa. Por lo antes expuesto sería útil para el PPFMA realizar:

1. Evaluaciones al funcionamiento del programa de tipo formativa regularmente, permitiendo tener herramientas para la mejora continúa registrando:

- Capacitaciones al personal de salud y número de personal capacitado, indicando si la capacitación fue en los CAPS o en el Hospital. Realizar en cada capacitación encuestas de opinión a los asistentes.
- Asesoramiento a la comunidad, registrando número de asesorías detallando quien consulta, motivo de consulta y georreferencia.
- Estadísticas de consultas realizadas y tratamientos realizados. TASA DE EFECTIVIDAD.
- Los encuentros del equipo interdisciplinario, siendo en este punto importantísimo poder además de registrar, valorar la elaboración en conjunto planes de capacitación que incluyan en su contenido aspectos de la gestión de programas, planificación estratégica, FODA, aspectos vinculados a la perspectiva de género, de interculturalidad y derechos humanos.

2. Estrategias en el primer nivel de atención:

- **Efectores del primer nivel** de atención, sería efectivo que se brinden estratégicamente capacitaciones in situ en cada uno de los nueve centros de atención primaria de la provincia periódicamente. Se plantea

como estrategia realizar un encuentro semestral en cada CAPS. Estos encuentros pueden llevarse a cabo por los responsables del programa y por miembros del equipo interdisciplinario. Temas propuestos para capacitación:

- Marco legal vigente, derechos de las personas al acceso a tratamientos y técnicas de reproducción médicamente asistida.
 - Consulta inicial de personas con dificultades reproductivas.
 - Abordaje ginecológico de la infertilidad.
 - Abordaje urológico de la fertilidad.
 - Rol del laboratorio en el estudio de las dificultades reproductivas.
 - Rol del psicólogo en el diagnóstico y tratamiento de las dificultades reproductivas.
 - Modos de acceso, diseño de dispositivos de referencia-contrarreferencia en forma conjunta.
- **Relación del programa con la comunidad** se plantea que el programa pueda disponer de un espacio físico en dos o tres CAPS elegidos estratégicamente en base a su geocalización y zona de influencia, a fin de que la población pueda acercarse para resolver sus dudas ya sea con respecto a cobertura y modo de acceso tanto a las prestaciones del programa como a los derechos normados en la Ley 26.862 u otras. Esta herramienta será muy útil para detectar si existen grupos que no acceden y no consultan, y que el derecho los ampara.
- **Estrategias para articular sistemas de referencia y contrarreferencia**

Por otro lado, sería oportuno y sumamente necesario trabajar dispositivos de referencia y contrarreferencia formales, que permitan articular y coordinar los distintos niveles. En este punto se puede aprovechar los momentos de capacitación en los CAPS para realizar un trabajo conjunto entre los efectores del primer nivel y del segundo, de forma tal que el dispositivo sea de elaboración conjunta, útil y acorde a las necesidades de los efectores locales.

Estos encuentros permitirán mejorar la articulación entre los distintos niveles, diseñar de manera participativa los circuitos e incluir a mayor cantidad de personal de salud, profesional y administrativo, en el diseño e implementación y por otro detectar posibles usuarios.

3. Estrategias de difusión:

Difusión masiva para que los y las usuarias de los servicios de salud conozcan sus derechos y puedan ejercerlos. Estas campañas se deben hacer tanto en lo que respecta al cuidado de la fertilidad como el acceso a los tratamientos disponibles. Utilizando difusión masiva a través de redes sociales, medios audiovisuales. Teniendo en cuenta que el uso de folletería masiva no es una técnica ecológica es que se plantea dejar un afiche informativo en las carteleras de los CAPS y servicios del hospital, marcado específicamente día lugar y horario en donde se puede acceder a la consulta.

4. Estrategias para mejorar el sistema de atención:

- Mejora en la gestión de turnos.

El sistema actual de entrega de turnos de fertilidad podría ser optimizado a través de la implementación de gestión de casos que permitan el seguimiento longitudinal e individualizado, buscando desburocratizar los procesos de acceso a servicios de salud. Por otra parte, este sistema de gestión de turnos debería ser monitoreado frecuentemente para poder lograr una óptima y efectiva cobertura.

- Valoración de cobertura efectiva:

A partir de una revisión de la literatura internacional sobre el tema vemos que Hirmas Aday Macarena (2013)⁵³ incorpora el concepto “Modelo de Cobertura Efectiva” propuesto por Tanahashi T. (1978), quien define cobertura efectiva como la proporción de la población que recibe atención eficaz (el rendimiento del servicio entregado se aprecia como satisfactorio en la medida que logra un resultado específico).

Utilizar este modelo permitirá analizar la equidad en el acceso a la atención, identificar grupos específicos que no acceden, barreras y facilitadores, realizar

un monitoreo continuo de la accesibilidad al programa y detectar posibles puntos críticos de accesibilidad.

Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud con equidad



Fuente: [Tanahashi.T Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56 \(2\) 295-303.](#)

Gráfico 4. Modelos de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud con equidad. Fuente Tanahashi.T

5. Estrategias para darle sostenibilidad en el tiempo, y sustentabilidad económica al programa.

Por un lado, sería importante que se asigne un presupuesto al programa, ya que una política pública no puede sostenerse sin asignación de recursos propios. Establecer formas de presupuestar de manera integral e intersectorial para abordar la problemática y no sólo por programa. Por otro lado, sería bueno poder trabajar con el área contable del hospital para

poder optimizar los mecanismos de facturación y recupero correcto las prestaciones de fertilidad realizadas a personas con cobertura médica, ya sea obra social o prepaga o cobertura única en salud.

6. Estrategias para incorporar una mirada de los determinantes ambientales relacionados a problemas de infertilidad.

La futura revisión del plan estratégico que se formule debería de tener en cuenta la Atención Primaria Ambiental, es decir realizar acciones de promoción sobre los determinantes ambientales que puedan ejercer efectos sobre la fertilidad de las personas (alimentación, exposición a tóxicos ambientales, disruptores endocrinos)

17. BIBLIOGRAFÍA

1. Brugo-Olmedo S, Chillik C, Kopelman S. Definición y causas de la infertilidad. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2003,54 (4):227-248. [Citado: marzo 3, 2017.] Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v54n4/v54n4a03.pdf>
2. Mata-Miranda MM, Vázquez-Zapién GJ. La fecundación in vitro: Louise Brown, a cuatro décadas de su nacimiento. Rev Sanid Milit Mex. 2018; 72 (5-6): 363-365 [citado: marzo 15, 2017] disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000400363&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas [Documento en internet]. Paris. 1948 [citado: junio 13, 2018.] Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
4. Información Legislativa INFOLEG. [Online]. INFOLEG. Ley n° 26862. Argentina.2013. [citado: diciembre 03,2017.] Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=216700>
5. Indec.gob.ar [página web] Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Argentina.2012 [citado: junio 24, 2018] Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf
6. Base de datos de beneficiarios de plan sumar. Disponible en sumar.saludtdf.gob.ar. Consulta realizada en las oficinas del Ministerio de salud en diciembre de 2019.
7. Ministerio de Salud Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. [Online] [Citado: marzo 12, 2019.] <https://ministeriosalud.tierradelfuego.gov.ar>
8. Avila Espada A, Moreno-Rosset C. La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. Papeles



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



- del Psicologo. 2008; 9 (2):186-196. [Citado: marzo 14, 2019.] Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1585.pdf>
9. Información Legislativa INFOLEG. [Online]. INFOLEG. Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida. ARGENTINA. 2016 [Citado: marzo 13, 2019] Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/265000-269999/268930/norma.htm>
10. who.int. [página web] Organización mundial de la Salud. [citado: enero, 24 de 2019] Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
11. Towards Age-Friendly Primary Health Care (Active ageing series) [Documento en internet]. OMS World Health. Madrid. 2004. [citado: junio, 13, 2019] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43030/9241592184.pdf;sequence=1>
12. LARA, Registro Lationamericano de Reproducción Médicamente Asistida RED. [Documento en internet]. REDLARA. 2014. [citado: junio 16, 2019.] Disponible en <http://redlara.com>
13. Roa-Meggo Ysis. La infertilidad como problema de salud pública en el Perú. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2012 [citado agosto 25, 2019] 2012; 58(2): 79-85. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000200003&lng=es
14. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Documento en internet]. New York 2015. [citado: agosto 25, 2019.] Disponible en <https://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Agenda2030/PNUDArgent-DossierODS.pdf>
15. Zeger-Hochschild, F., Karl G. Nygren, and Osamu Ishihara. "The impact of legislation and socioeconomic factors in the access to and global practice of assisted reproductive technology (ART)". *Textbook of*

- Assisted Reproductive Medicine, 4th ed. Informa Healthcare, London, UK.*2011 p. 441-450. [citado: septiembre 16, 2019.] Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/ed7f/91b6e03c76096890a34428d9374f93842257.pdf>
16. corteidh. [Online] Corte interamericana de derechos humanos. Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) Vs. Costa Rica 2011. [Citado: marzo 21, 2019.] Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/fichas/artaviaturillo.pdf>
17. Schwarze M, Zegers-Hosghild F , Galdames V. Reproducción asistida en Latinoamérica y Chile. REV. MED. CLIN. CONDES. 2010; 21(3): 451 – 456. [citado: marzo 22, 2019.] Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864010705575?token=E45755F42A95FEFACFCA4A0115F9ED8E3233E4A53769D81803A6FC854A53FC8F4EE29D97CD0327F044B5F8D1A25F1BD6>
18. Viera Cherro M. Inequidades múltiples y persistentes en el campo de la reproducción asistida. Revista de Antropología Social. 2012; 21: 251-271. [citado: marzo 22, 2019.] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/838/83824463010.pdf>
19. Viera Cherro M. Sujetos y cuerpos asistidos. Un análisis de la reproducción asistida en el Río de la Plata. Civitas - Revista de Ciências Sociais [Internet]. 2015;15(2):350-368. [citado: marzo 22, 2019.] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74241122014>
20. Bazzano J, Perna A, Albornoz H, Gambogi R. Técnicas de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad financiadas por el Fondo Nacional de Recursos. [Documento en internet]. Uruguay.2017. [citado: agosto 25, 2019.] Disponible en http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/publicaciones/reporte_resultados_rha.pdf

21. Gallo J, Gracindo G. Reproducción asistida, derecho de todos. ¿Y el registro del hijo? ¿Cómo proceder? Rev. Bioét. [Internet]. 2016 [citado agosto 25, 2019]; 24(2): 250-259. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198380422016000200250&script=sci_arttext&tlng=es
22. Información Legislativa INFOLEG. [Online]. INFOLEG. TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDA – MEDICAMENTO. ARGENTINA. 2018. [Citado: junio 13, 2019.] Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=311207>
23. Who.int [Online]. Sistemas de salud. Organización mundial de la salud. [citado: junio 26, 2019]. Disponible en:
<https://www.who.int/healthsystems/about/es/>
24. Bonazzola P. Ciudad De Buenos Aires: Sistema De Salud Y Territorio. [Documento en internet]. Argentina. 2016. [citado: junio 26, 2019.] Disponible en:
https://www.srmcursos.com/pdf/biblio_psicologia/Bonazola.pdf
25. Báscolo E. Especificidades de los Servicios de Salud. Material elaborado para el Módulo “Estructuras organizacionales de los servicios de salud”, Diplomatura de gestión en sistemas y servicios de salud.
26. Belló M, Becerril-Montekio V. Sistema de salud de Argentina. salud pública de méx. 2011; 53: s96-s109. [citado: julio 1, 2019] Disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s96-s109/>
27. Báscolo E, Blejer G. Sistema Integrado de Salud en Argentina. [citado: diciembre 20, 2019] Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Ernesto_Bascolo/publication/332540040_Sistema-Integrado-de-Salud-en-Argentina_EB_GB/links/5cbb01fc4585156cd7a4f02e/Sistema-Integradode-Salud-en-Argentina-EB-GB.pdf

28. Arce H. Diagnóstico sintético y líneas de acción política sobre el sistema de salud argentino. [Documento en internet]. Argentina.2003. [citado: julio 02, 2019.]. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3865/1/SSPP200301.pdf>
29. Lanacion.com. [Noticia Online].Reducen de 22 a 11 los ministerios, pero no hay cambio de nombres. [citado: septiembre 23,2019]Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/politica/reducen-22-11-ministerios-pero-nohay-nid2168378>
30. Comunicar-salud.com.ar. [Noticia Online].Argentina vuelve a tener ministerio de salud. [citado: diciembre 30,2019] Disponible en: <https://www.comunicar-salud.com.ar/2019/12/11/argentina-vuelvemministerio-salud-nacional/>
31. Net A, Suñol R. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN. [Online] [Citado: marzo 24, 2019.] Disponible en: https://www.fadq.org/wpcontent/uploads/2018/12/LA-CALIDAD-DE-LA-ATENCION_ArtNet_Sunol.pdf
32. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica 2001; 16: S11-S27 [Online] [Citado: marzo 24, 2019.] Disponible en: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis1parte.pdf>
33. Donabedian A. Epidemiología de la calidad. 2001; 16: S54-S62 [Online] [Citado: marzo 24, 2019.] Disponible en: <https://www.fadq.org/wpcontent/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
34. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. 2001; 16: S64-S66 [Online] [Citado: marzo 24, 2019.] Disponible en: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis1parte.pdf>

35. Busso Fernandez N. Calidad de la atención médica. Programa de Educación a Distancia “Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud, 2005. [Citado: marzo 31, 2019.] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/calidad_de_la_atencion_medica.pdf
36. Yavich, N. *Marcos conceptuales, dominios y dimensiones de evaluación de sistemas y servicios de salud*. Material elaborado para el Módulo “Evaluación de sistemas y servicios de salud basados en la APS”, Certificado Universitario y Diplomatura en Gestión Interdisciplinaria de servicios de APS, 2015.
37. msal.gov.ar [Online]. Guías de Evaluación de Programas de Enfermedades no Transmisibles y sus Factores de Riesgo. Argentina 2013 [citado: marzo 20, 2019]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2013-03-01_guias-evaluacion.pdf
38. Gnecco A, Plaza R. Evaluación de programas de salud. Rev. Fac. Cien. Salud. Univ. Cauca. 2008; 10 (2): 48-55. [citado: julio 19, 2019] Disponible en: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/862>
39. Montero Rojas E. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Población y salud en Mesoamérica. 2004; 1(2): 0. [citado: julio 19, 2019] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/446/44601206.pdf>
40. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000. [citado: julio 20, 2019] Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/html/mexico_report_sp.pdf?ua=1
41. Alvear L, Tarragato S. Salud sexual y reproductiva. 2006. [citado: agosto 15, 2019] Disponible en:

http://www.mscbs.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf

42. Santamaría Solís L. Técnicas de reproducción asistida: aspectos bioéticos. Cuadernos de Bioética 2000; 11(41): 37-47. [citado: agosto 4, 2019] Disponible <http://aebioetica.org/revistas/2000/1/41/37.pdf>
43. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon BJ, Ishihara CO, Mansour, DR, Nygren K, Sullivan E, and Vanderpoel S. [online] Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) [citado: agosto 20, 2019] Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf
44. samer.org.ar [Online]. Kopelman S, Bozzini S, Ciarmatori S, Elberger L, Grabia A, Geller M, Kanzepolsky L, Vilela M. Reproducción Asistida de Baja Complejidad [citado: diciembre 31, 2019] Disponible en: http://samer.org.ar/pdf/normativas/reproduccion_asistida_bajacomplejidad.pdf
45. López TG, Flores MC. El foda: una técnica para el análisis de problemas en el contexto de la planeación en las organizaciones. Google Academico, 2014, vol. 15. [Online]. [citado: diciembre 31, 2019] Disponible en: <https://www.uv.mx/iiesca/files/2013/01/foda1999-2000.pdf>
46. corteidh. [Online] Villanueva Flores R. Protección constitucional de los derechos sexuales y reproductivos. [Citado: marzo 21, 2019.] Disponible en: [citado: agosto 25, 2019] Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R08060-11.pdf>
47. oas.org [Online] Pacto de San José. Convención americana sobre derechos humanos suscrita en la conferencia especializada interamericana sobre derechos humanos.[citado: diciembre 10, 2019] Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf

48. Información Legislativa INFOLEG. [Online]. INFOLEG. Constitución Argentina [citado: diciembre 10, 2019] Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
49. tierradelfuego.gov.ar [Online] Constitución de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur [citado: diciembre 10, 2019] Disponible en: <https://www4.tierradelfuego.gov.ar/constitucion/>
50. Sampieri Hernandez R. Metodología de la investigación. Mexico 2010 : mc graw hill. 5ta edición. [citado: agosto 20, 2019] Disponible en: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%205ta%20Edicion.pdf
51. Echegoyemberry, MN. Ciudadanía Ambiental: De la declaración formal a la implementación de los Derechos Humanos: Acceso a información ambiental, participación social y educación ambiental". Revista Debate Público. Edición N° 13. Febrero 2017. Disponible en: Ciudadanía Ambiental - Carrera de Trabajo Social
52. Echegoyemberry MN. Castiglia G, Yavich N y Bascolo E. Desafíos de la implementación de la atención primaria de la salud desde el enfoque de derechos humanos. Espacio I+D Innovación más Desarrollo, Universidad Autónoma de Chiapas, Chiapas, México 2017; 6 (15):8-30.
53. Hirmas Aday M. Poffald Angulo L. Sepúlveda J. María, A., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. [citado: febrero, 2020] Revista Panamericana de Salud Pública, 33, 223-229 Disponible en:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9196/a09v33n3.pdf?s>

18. ANEXOS

ANEXO I

Guía de entrevista semiestructurada

OBJETIVOS DEL PROGRAMA	SI/NO/ALGUNAS VECES	COMENTARIOS / OBSERVACIONES
El Programa asegura el derecho igualitario a todos los beneficiarios de las prácticas normadas por la ley N°26.862 (Acceso a técnicas de fertilización médicamente asistida).		
¿El programa propicia la formación y capacitación continua de recursos humanos especializados y del primer nivel de atención en los procedimientos y técnicas de reproducción humana asistida?		
El programa coordina y promueve campañas de información sobre el cuidado de la fertilidad en mujeres y en varones.		
Coordina con las autoridades sanitarias la creación de servicios y/o consultorios médicos dedicados a la reproducción médicamente asistida.		

<p>Brinda asistencia técnica y científicamente a las autoridades sanitarias y profesionales dedicados a la reproducción humana asistida para mejorar y optimizar el modelo de atención humana asistida de baja complejidad y la derivación de personas que requieran alta complejidad a los centros de referencia nacionales.</p>		
<p>Se coordina con el Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida las acciones necesarias para el correcto desempeño del PPFMA y el cumplimiento efectivo de la Ley 26862 ¿Quién? ¿Cómo? ¿Cuándo?</p>		
<p>Se propicia junto con la dirección de fiscalización sanitaria provincial que los establecimientos públicos que brindan servicios de medicina reproductiva estén debidamente habilitados, utilicen consentimientos informados y brinden servicios de calidad, estimulando la acreditación. ¿Cómo?</p>		
<p>Se propicia junto al registro de civil el uso de consentimiento informado en las nuevas fuentes de filiación ¿Cómo? ¿Cuántos casos?</p>		

ANEXO II

FORMULARIO AUTOADMINISTRADO A PERSONAL DE SALUD-
FORMULARIO ON LINE – Mediante formulario de google.

Visión del Personal de salud del primer nivel de atención sobre la atención de personas con dificultades reproductivas

El siguiente formulario es anónimo y tiene como finalidad incorporar la mirada de los trabajadores de salud para mejorar la calidad en la implementación del programa provincial de fertilización médicamente asistida.

El presente formulario será utilizada como insumo para la elaboración de Tesis de Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud - Universidad Nacional de Rosario " Evaluación de calidad en el proceso de implementación del Programa Provincial de Fertilización Médicamente Asistida. Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. Estudio cuali-cuantitativo- año 2018-2019" Maestrando Carolina Yulán.

Completando el formulario acepta el uso de los mismos para el fin citado. Los datos serán confidenciales.

- Dirección de correo electrónico*
- EDAD
- SEXO
 - Mujer
 - Hombre
 - Otro
- PROFESIÓN *
- AÑOS EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO DE TDF
 - 0 a 5 años
 - 5 a 10 años
 - Más de 10 años



UNR



- Más de 20 años
- MÁXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO *
 - Secundario
 - Terciario
 - Universitario
 - Universitario completo
 - Post universitario
- ¿Recibe UD. en su práctica diaria personas con problemas reproductivos? *
 - Sí
 - No
- ¿Realizó algún curso de formación sobre problemas reproductivos, fertilidad, andrología, reproducción asistida o temática similar? *
 - Sí
 - No
- Indique (nombre del curso o especialización, dónde lo realizó, quién certificó y si lo finalizó)
- ¿Cómo PERSONAL DE SALUD que tipo de actividades realiza la mayor parte del tiempo? *
 - Administrativas
 - De promoción
 - De prevención
 - De asistencia
 - De seguimiento de casos
 - De educación
 - Otras. Aclarar



UNR



- Considera desde su práctica habitual que cuenta con todos las herramientas y capacitaciones para el abordaje de los problemas reproductivos
 - Sí
 - No
- ¿Qué aspectos usted considera que mejoraría la atención de personas con problemas reproductivos? *
- ¿Conoce Ud. los mecanismos para hacer interconsultas con el especialista en el segundo nivel de atención? *
 - Sí
 - No
- ¿Qué opina de estos mecanismos? *
- ¿Cuál cree Ud. es la principal fortaleza y OPORTUNIDAD del programa de fertilización médicamente asistida? *
- ¿Cuál cree Ud. es la principal DEBILIDAD del programa de fertilización médicamente asistida? *
- ¿Qué factores usted cree que afectan el programa y cuáles favorecen la implementación del programa? *
- Si tendría que evaluar la implementación del programa cómo lo puntaría siendo la escala de 10 a 1 siendo 10 muy buena implementación y 1 muy mala implementación.
- Puede dejar aquí comentarios, sugerencias, y propuestas

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio: "Evaluación de calidad en el proceso de implementación del Programa Provincial de Fertilización Médicamente Asistida.

Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. Estudio cuali-cuantitativo. Año 2018-2019”

Se me ha invitado a participar del siguiente estudio “Evaluación de calidad en el proceso de implementación del Programa Provincial de Fertilización Médicamente Asistida. Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

Estudio cuali-cuantitativo. Año 2018-2019” a través de la realización de un cuestionario, que servirá de base para la presentación de la tesis de grado de maestría sobre el tema arriba enunciado, que será presentado por CAROLINA BEATRIZ YULÁN DNI 30832158 estudiante de la carrera de Maestría en Gestión de Servicios y Sistemas de Salud del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario.

El presente estudio tiene como propósito evaluar la calidad del proceso de implementación del Programa Provincial de Fertilización Médicamente Asistida. En la ciudad de Ushuaia-Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. Estudio cuali-cuantitativo. Año 2018-2019.

Al firmar este consentimiento acepto participar voluntariamente de este estudio. Se me ha informado que:

- 1- El estudio no provocará ningún efecto adverso sobre mi persona, ni me generará gasto económico alguno.
- 2- En cualquier momento puede decidir retirarse de la investigación.
- 3- Se resguardará mi identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de los datos.
- 4- Se me ha brindado información detallada sobre los procedimientos y propósitos de la presente investigación.
- 5- Podré acceder, si lo solicitara, a los resultados que se obtengan de la presente investigación



6- Podré contactarme con el investigador en cualquier momento personalmente en su lugar de trabajo o telefónicamente

Firma

Aclaración:.....

Lugar y fecha:



UNR



ANEXO IV

Planificación Estratégica Programa Provincial Fertilización Medicamente Asistida Año 2019

Equipo de trabajo: Dra. Yulán, Dra. Di Pietro Dr. Burioni, Dr. Guida, Dra. Dacharry, Dra. Urquiza Lic. Calderón, Lic. Garrido.

PROYECTOS Y ACCIONES	PERSONAL INTERVENIENTE	PLAN DE ACCION																																												
		ENERO					FEBRERO					MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE																
FECHA DE ALCANCE		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
TRABAJO CON REGISTRO CIVIL: Indignacion de niños nacidos mediante TRA	Marian Calderon, Catalina Borce																																													
GESTION DE BECAS CURSOS SAHER, CURSO LAPAROSCOPICA Dra.URQUIZA Y PASALES PARA FINALIZAR CURSO SAA (completar nombre para el Dr. BURIONI)	GESELLA DI PIETRO YULIAN CAROLINA																																													
VISITA A LEGISLATURA PROVINCIAL TDF- PRESENTACION DE OBJETIVOS LOGRADOS Y METAS POSTERIORES A LA ADHESION A LA LEY 26.862	EQUIPO PRIMA																																													
PROGRAMACION DEL CURSO ANUAL DE SAEGRE	CAROLINA YULIAN- GESELLA DI PIETRO																																													
DEFUSION A LA COMUNIDAD SOBRE EL PROGRAMA PROVINCIAL DE FERTILIZACION MEDICAMENTE ASISTIDA- TDF EN FAMILIA	PERSONAL DE SALUD																																													
INICIO DE CURSO DE CAPACITACION PARA MEDICOS- PRIMER AÑO	ROMINA ABAÇA- GUIDO TORRES MENDOZA																																													
INICIO DE CURSO DE CAPACITACION PARA BIOQUIMICOS	ESTEBAN CUETO																																													
INICIO DE CURSO DE CAPACITACION PARA LIC. EN TRABAJO SOCIAL	GABRIELA GARRIDO																																													
CURSO ANUAL SAEGRE- MODULO 1	PERSONAL DE SALUD																																													
CAPACITACION- ROTACION PARA BIOQUIMICOS	CAROLINA YULIAN- GESELLA DI PIETRO																																													
CURSO ANUAL SAEGRE- MODULO 2	PERSONAL DE SALUD																																													
JORNADAS MES DE LA FERTILIDAD- CAPACITACION PARA APS	EQUIPO PRIMA																																													
JORNADA MES DE LA FERTILIDAD- CAPACITACION PARA PERSONAL DE LABORATORIO	EQUIPO PRIMA																																													
JORNADA MES DE LA FERTILIDAD- CHARLA ABIERTA A LA COMUNIDAD SOBRE EL CUIDADO DE LA FERTILIDAD	EQUIPO PRIMA																																													
CURSO ANUAL SAEGRE- MODULO 3	PERSONAL DE SALUD																																													
CURSO ANUAL SAEGRE- MODULO 4	PERSONAL DE SALUD																																													
CURSO ANUAL SAEGRE- MODULO 5	PERSONAL DE SALUD																																													
CURSO ANUAL SAEGRE- MODULO 6	PERSONAL DE SALUD																																													
CURSO ANUAL SAEGRE- MODULO 7	PERSONAL DE SALUD																																													
CURSO ANUAL SAEGRE- MODULO 9	PERSONAL DE SALUD																																													

19. REGISTRO FOTOGRÁFICO

A continuación, se expone el registro fotográfico de diversas fases del proceso de implementación del PPFMA.



EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE FERTILIDAD



CURSO DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL: PREPARACIÓN DE MUESTRA PARA INSEMINACIÓN INTRAUTERINA (IIU)- DIVILAB



CURSO DE PREPARACIÓN DE MUESTRA PARA INSEMINACIÓN INTRAUTERINA (IIU)- DIVILAB



ACTO OFICIAL LANZAMIENTO DEL "PROGRAMA PROVINCIAL DE FERTILIZACIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA" - Visita del Dr. Neuspiller



ACTO OFICIAL LANZAMIENTO DEL "PROGRAMA PROVINCIAL DE FERTILIZACIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA" - Visita del Dr. Neuspiller

**TALLER INTERDISCIPLINARIO
PARA DIAGNÓSTICO
Y TRATAMIENTO DE DIFICULTADES
REPRODUCTIVAS EN EL PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN**



- › **DONDE**
USHUAIA
Viernes 23 de nov. de 12 a 16 hs. Biblioteca HRU
- RÍO GRANDE**
Viernes 30 de nov. de 10 a 14 hs SUM del IPV
Pellegrini 511 planta baja
- › **DESTINATARIOS**
Personal de Salud que se encuentre involucrado en el abordaje de la infertilidad. Médicos Generalistas, Ginecólogos, Bioquímicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Urólogos, Enfermeros, Abogados.
- › **TEMAS**
›Nuevas fuentes de filiación.
›Abordaje médico del factor masculino y femenino
›Aspectos bioquímicos para análisis preconcepcionales- hormonales- espermogramas.
›Abordaje psicológico de personas con dificultades reproductivas
›Procedimiento de derivación.
- › **ORGANIZA**
Subsecretaría de Relaciones Interinstitucionales y con la Comunidad / Dirección de promoción y CUS / Programa de Fertilización Medicamente Asistida / Equipo Interdisciplinario de Fertilidad
- › **INFORMES Y CONSULTAS**
programafertilidad.ppfma@gmail.com

TALLER INTERDISCIPLINARIO PARA DIAGNÓSTICO Y TTO DE DIFICULTADES REPRODUCTIVAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN- USHUAIA-RÍO GRANDE/ visita del Dr. Neuspiller



TALLER INTERDISCIPLINARIO PARA DIAGNÓSTICO Y TTO DE DIFICULTADES REPRODUCTIVAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN- USHUAIA/ visita del Dr. Neuspiller



TALLER INTERDISCIPLINARIO PARA DIAGNÓSTICO Y TTO DE DIFICULTADES REPRODUCTIVAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN- USHUAIA/ visita del Dr. Neuspiller



TALLER INTERDISCIPLINARIO PARA DIAGNÓSTICO Y TTO DE DIFICULTADES REPRODUCTIVAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN- USHUAIA/ visita del Dr. Neuspiller



TALLER INTERDISCIPLINARIO PARA DIAGNÓSTICO Y TTO DE DIFICULTADES REPRODUCTIVAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN- USHUAIA/ visita del Dr. Neuspiller



CHARLA ABIERTA A LA COMUNIDAD

CUANDO EL EMBARAZO NO LLEGA
HABLEMOS DE FERTILIDAD Y TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA

USHUAIA, VIERNES 26 DE ABRIL - 18 HS / USHUAIA SHOPPING - SAN MARTÍN 788



TDF Gobierno de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

Ministerio de Salud

DISERTANTES NACIONALES DE SAEGRE
Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva

- > **DR. FABIÁN GOMEZ GIGLIO**
Médico Especialista en Medicina Reproductiva
- > **DRA. ADRIANA MONASTERO**
Médica Especialista en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva
- > **DRA. KARINA TOZZI**
Médica Especialista en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva

TEMARIO

- > Cuales son tus derechos
- > Cuando consultar al especialista
- > Cuales son las técnicas de reproducción médicamente asistida
- > Cuales son los tratamientos disponibles en nuestros hospitales

ORGANIZA:
Programa Provincial de Fertilización Médicamente Asistida

PARTICIPA:
Equipo Interdisciplinario de Fertilidad HRU

Flyer de difusión charlas a la comunidad.



Apertura de la charla abierta a la comunidad en la ciudad de Ushuaia.



Charla a la comunidad USHUAIA 26/04/2019



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Mes de la fertilidad- campaña de difusión en redes



Mes de la fertilidad- campaña de difusión en redes



UNR



Salud TDF

JUNIO: MES INTERNACIONAL DEL CUIDADO DE LA FERTILIDAD 🧑🏻

Tips para cuidar la fertilidad 🙌

- ✅ Realizar el control ginecológico anual desde la adolescencia o desde el inicio de la actividad sexual
- ✅ Tener las vacunas al día
- ✅ Controlar el peso
- ✅ Comer sano y realizar actividad física
- ✅ No fumar, ni consumir alcohol en exceso
- ✅ Usar preservativo para evitar enfermedades de transmisión sexual
- ✅ Considerar que el periodo de mayor fertilidad para búsqueda de embarazo es antes de los 35 años

Mes de la fertilidad- campaña de difusión en redes

IMÁGENES PROMOCIÓN EN LOS ENCUENTROS DE TDF EN FAMILIA

Cuidados de la FERTILIDAD

Usar **PRESERVATIVO SIEMPRE** para evitar enfermedades de **TRANSMISIÓN SEXUAL** que pueden afectar la capacidad **REPRODUCTIVA**.



Cobertura Universal de Salud

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

TDF

Objetivos de Desarrollo Sostenible

¿Se puede promover el cuidado de la fertilidad?

SÍ

Todas las personas más allá de su género pueden cuidar su capacidad reproductiva.

¿Sólo cuando se decide buscar un embarazo?

NO

Aunque no se haya decidido buscar un embarazo, es importante tener en cuenta una serie de recomendaciones.

¿Cuáles son las recomendaciones?

- **CONTROL DE SALUD:** Entre los 10 y los 14 años, se aconseja un control de salud cada seis meses y a partir de los 15, al menos un control al año.
- **VACUNAS:** El Equipo de salud debe controlar que el esquema de vacunación esté completo. La falta de alguna vacuna aumenta el riesgo de contraer enfermedades que afectan la fertilidad.
- **ALIMENTACIÓN:** Los trastornos en la alimentación (obesidad, bajo peso, bulimia, anorexia, entre otros) pueden afectar la capacidad reproductiva.
- **CONSUMOS:** El tabaquismo, el alcohol en exceso y otras drogas perjudican la fertilidad.

¿Cuándo consultar a especialistas en Fertilidad?

Cuando haya pasado un año de búsqueda.

Se recomienda consultar a los seis meses si **LA MUJER TIENE MÁS DE 35 AÑOS**.

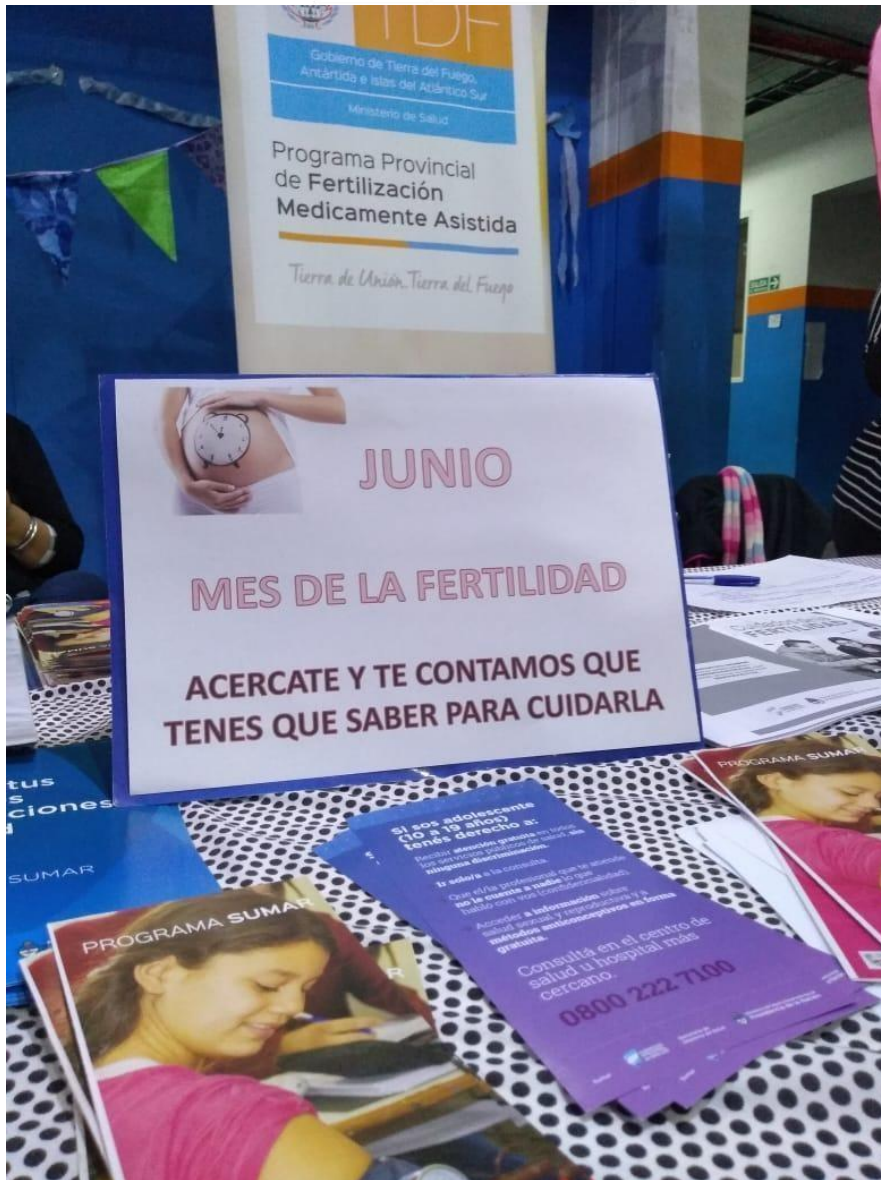
Mujeres con antecedentes de cirugías ginecológicas o patologías como endometriosis o enfermedades autoinmunes y síndromes que afectan testículos, ovarios, vasos o testículos no descendidos, se recomienda que consulten si bien se decida buscar un embarazo.

¿Qué hay que hacer antes de buscar un embarazo?

Es muy importante que toda persona se prepare de la mejor manera para la concepción y la gestación, incluso aunque se encuentre saludable.

Por eso, en la **CONSULTA PRECONCEPCIONAL** el equipo de salud debe revisar la historia clínica, indagar sobre patologías preexistentes, hábitos, indicar estudios, vacunas, ácido fólico, etc. Ese espacio también sirve para aliviar miedos, bajar la ansiedad y despejar mitos y fantasías sobre la búsqueda del embarazo.

Folletería en uso para actividades de promoción.



Imágenes de la presencia del programa en los encuentros de promoción



Imágenes de la presencia del programa en los encuentros de promoción

**USHUAIA
TDF EN FAMILIA**

Colegio Provincial José María Sobral Indios Yámanas 1572
Sábado 08 de Junio - 14 a 17hs

CONTROLES:
Glucemia · Presión Arterial · Vacunas · Entrega de Vitamina D ·
PEDIATRÍA: Control del niño sano.
MEDICO GENERALISTA: Atención Adultos
MEDICO CLÍNICO: Atención médica a Adolescentes y Jóvenes
ODONTOLOGÍA: Niños, Adolescentes y Adultos
OFTALMOLOGÍA: Niños, Adolescentes y Adultos
CONTROL DE EMBARAZO, ECOGRAFIAS.
Programa Provincial de Control de Enfermedades Cardiovasculares
Programa Provincial de Fertilización Medicamente Asistida.

TALLERES:
Alimentación Saludable
Bucodental didáctico y Funcional
ASISTIR CON LIBRETA DE SALUD
C.U.S. SUMAR Inscripciones act.

Completamos calendario de vacunación regular
11 años Meningococo

Gobierno de Tierra del Fuego, Antártida e islas del Atlántico Sur

Imágenes de la presencia del programa en los encuentros de promoción



Imágenes de la presencia del programa en los encuentros de promoción



Imágenes de la presencia del programa en los encuentros de promoción



Imágenes de la presencia del programa en los encuentros de promoción



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Clases teóricas y talleres de casos clínicos: desafío práctico de los conocimientos adquiridos

Anticoncepción - Reproducción - Aborto Recurrente - Climaterio - Síndrome metabólico - Sexualidad - Envejecimiento - Algoritmos diagnósticos y terapéuticos en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva - Osteoporosis y Metabolismo fosfocálcico - Imágenes - Adolescencia - Síndromes hiperandrogénicos - Amenorreas - Laboratorio en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva - Endometriosis - Psiconeuroinmunoendocrinología

Clases teóricas y talleres de casos clínicos: desafío práctico de los conocimientos adquiridos

Dirigido a Médicos Especialistas: Ginecólogos, Obstetras, Endocrinólogos, Andrólogos, Clínicos, Pediatras, Médicos de familia y Bioquímicos. Residentes o Concurrentes de dichas especialidades en los últimos años.

Otorga 200 créditos para la certificación de especialista en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva de SAEGRE

Directores: Dr. Fabián Gómez Giglio, Dra. Adriana Monastero, Dra. Karina Tozzi, Dra. Carolina Yulán

Coordinadores: Dra. Gisella Di Pietro, Dra. Valeria Servetti

Modalidad: de abril a diciembre. Últimos viernes y sábados de cada mes

Cupos limitados

Consultas por informes e

inscripción: saegre@saegre.org.ar

administracion@saegre.org.ar

Tel:(011) 4961-0290/4961-3859



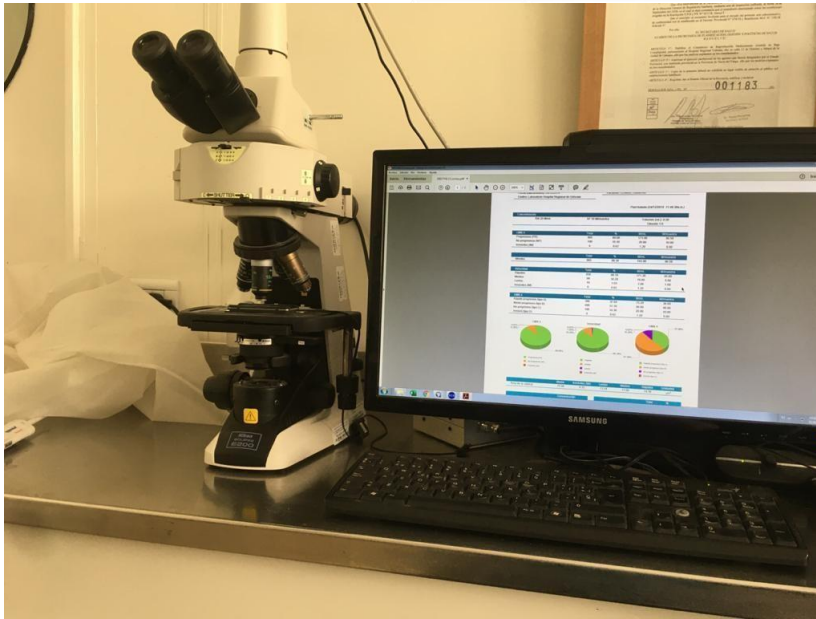
Flyer difusión curso de formación profesional coordinado por el PPFMA.



Imágenes del primer curso anual de endocrinología ginecológica y reproductiva RÍO GRANDE



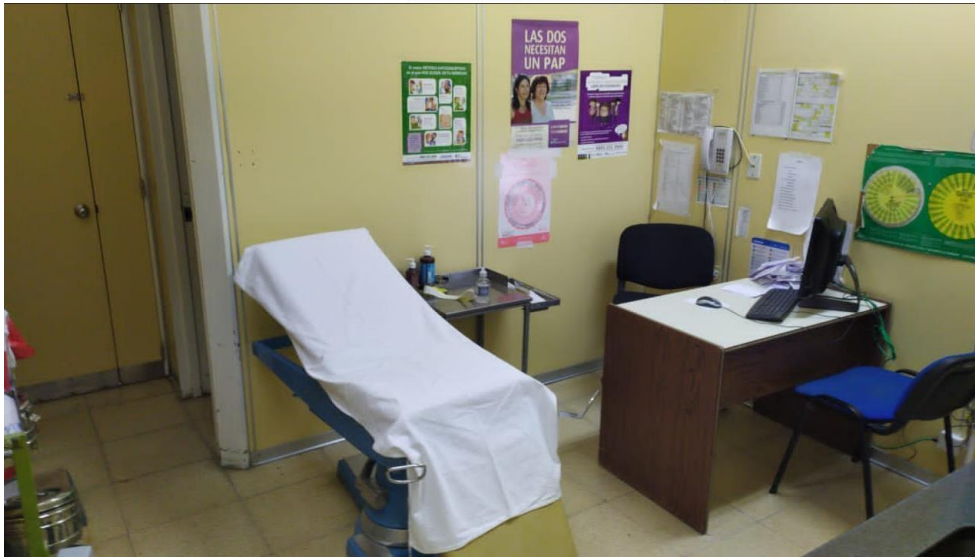
Imágenes del primer curso anual de endocrinología ginecológica y reproductiva USHUAIA



Imágenes del área del laboratorio dedicada a fertilidad: Sistema objetivo para análisis espermático.



Imágenes del área del servicio de laboratorio, área dedicada a fertilidad.



Imágenes del área del servicio de tocoginecología, dedicada a fertilidad Hospital Regional Ushuaia.