

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL**



**“ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN EL SISTEMA DE SALUD
PÚBLICO DE EL SALVADOR DEL 2011 AL 2021”.**

PRESENTADO POR:

SANDRA CECILIA ANGEL PALACIOS
KARLA GABRIELA LÓPEZ

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADA EN SALUD MATERNO INFANTIL

DOCENTE ASESORA:

LICDA. HERMELINDA ULLOA LÓPEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA”, EL SALVADOR, JUNIO, 2022.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

MsC. Roger Armando Arias
Rector de la Universidad de El Salvador

PhD. Raúl Ernesto Azcúnaga López
Vicerrector Académico de la Universidad de El Salvador

Ing. Juan Rosa Quintanilla
Vicerrector Administrativo de la Universidad de El Salvador

Ing. Francisco Alarcón
Secretario General de la Universidad de El Salvador

Licdo. Rafael Humberto Peña Marín
Fiscal General

Licdo. Luis Antonio Mejía Lipe
Defensor de los Derechos Universitarios

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

MsC. Josefina Sibrián de Rodríguez

Decana

Dr. Saúl Díaz Peña

Vice Decano

MsC. Aura Marina Miranda de Arce

Secretaria

MsC. Josefa Adilia Morán de Corea

Administradora Académica

MsC. José Eduardo Zepeda Avelino

Director de Escuela de Ciencias de la Salud

MsC. Rocío Elena Linares de Trujillo

Directora de la Carrera Salud Materno Infantil

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, **A Dios**, por ser el pilar mas importante de mi vida, y conceder su misericordia a esta hija que a lo largo de esta aventura necesito la fe, la fuerza, el amor, y su gracia para poder llegar hasta este momento de la vida, porque es él quien tiene todo preparado para mí, y estoy segura que seguirá obrando a lo largo de la historia.

A **mi Familia**, pieza fundamental de este trayendo, que nunca se rindió y nunca se rendirá por verme cumplir las metas que me propongan y me brinda siempre las herramientas necesarias y más importantes las fuerzas y el apoyo incondicional que necesito como las noches de vela que juntos vivimos para poder llegar y culminar esta etapa, con la hemos soñado.

A **mi esposo, Rodrigo** que durante toda esta etapa ha sido el pilar que sostuvo mi carrera de muchas formas, cultivando en mí siempre el amor, la dedicación y valor del esfuerzo para hacer lo que amo, demostrándome que en la distancia su amor hacia mí me sostenía y me sostendrá.

A **mi compañera de tesis, Gabriela**, que se aventuró junto a mí en esta ocasión para poder culminar esta etapa tan importante, por siempre estar ahí con las palabras justas y necesarias, porque más que una compañera es una amiga, es familia y le agradezco a Dios por presentármela en este camino llamado vida.

A **mis amigas**, que conocí en esta hermosa carrera, y convirtieron momentos difíciles en momentos más llevaderos, y me convencieron de mi capacidad cuando yo dudaba de ellas, gracias, por ser ese grupo de chicas que ven el ser verdadero de los demás aun en las dificultades, las amo.

Y cada una de las personas que formaron parte de mi formación académica, gracias por compartir su conocimiento con esta servidora.

Todo lo puedo en Cristo que me fortalece. Filipenses 4.13.

Sandra Cecilia Angel Palacios.

A Dios quiero agradecerle por culminar esta etapa de mi vida con éxito y permitirme llegar a este momento con salud, inteligencia y sabiduría, pero sobre todo la paciencia necesaria para sobrellevar todas las pruebas que se nos presentaron a lo largo de este proceso.

A mi familia: Por brindarme su apoyo incondicional, por estar presentes en mis desvelos, en la realización de mis tareas, por su confianza y por los ánimos que me dieron en todos estos años, pero sobre todo por la paciencia que me tuvieron. **A mis hermanos:** Por ser las personas que me apoyaron incondicionalmente; **A mis madres:** ya que sin ella no hubiese sido posible terminar este proceso y por ser unas personas a la cuales admiro y estaré eternamente agradecida.

A mis amistades: A todos aquellos y aquellas que fueron parte de mi camino a lo largo de estos años, pero sobre todo a esas amistades que han prevalecido conmigo en todo este proceso donde hemos vivido experiencias buenas y malas, de mucho aprendizaje para nuestra vida profesional. No obstante, ese tiempo no se mide ni se calcula, simplemente lo vivimos y compartimos. Las amistades verdaderas traspasan las barreras del tiempo porque no se imponen límites. **A mis amig@s:** Sandra Palacios, Kathy, Héctor, Lili, Juan Carlos, Katya, Hazel, Génesis, Yessenia, Baiza, Sofía, Paty, Sandra, Nathy, Jeam, Lily, Jenny, Saraí, Stephanie, Karla, Alejandra, Wendy, Luis, Cenia. Como khalil Gibran dijo: “No busques al amig@s para matar las horas, sino búscale con horas para vivir” eternamente agradecida por contar con su apoyo en todo momento.

Karla Gabriela López.

CONTENIDO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADORii

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINAiii

AGRADECIMIENTOSiv

RESUMENviii

INTRODUCCIÓNix

CAPÍTULO I. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN1

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA1

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA4

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN4

1.3.1. OBJETIVO GENERAL4

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS4

1.4. JUSTIFICACIÓN4

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO5

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN6

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN6

2.1.1. CONTEXTO INTERNACIONAL6

2.1.2. CONTEXTO NACIONAL8

2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN9

2.2.1. CONSULTA DE ASESORÍA PREVIA A LA CONCEPCIÓN9

2.2.2. ESTRATEGIAS Y RECOMENDACIONES PARA GARANTIZAR EL
CUIDADO PRECONCEPCIONAL11

2.2.3. LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA CATEGORIZACIÓN DE
ESTABLECIMIENTOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL
MINISTERIO DE SALUD 2021.14

2.3. SISTEMA CONCEPTUAL BÁSICO DE LA INVESTIGACIÓN	22
CAPÍTULO III. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
CAPÍTULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO	28
4.1. TIPO DE ESTUDIO	28
4.2. SELECCIÓN Y RECOPIACIÓN DE DOCUMENTOS	28
4.3. PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS E INFORMACION Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	29
4.4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	30
CAPÍTULO V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	31
5.1. EVOLUCIÓN DE LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO	31
5.2. OPERATIVIZACIÓN DE LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL, SEGÚN BASE DE DATOS DEL MINISTERIO DE SALUD	42
5.3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	45
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	52
FUENTES DE INFORMACIÓN	53
ANEXOS	56
ANEXO 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	57
ANEXO 2: PRESUPUESTO	58
ANEXO 3: CARTA DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN PÚBLICA	59
ANEXO 4: CARTA DE RESPUESTA DE INFORMACIÓN PÚBLICA	61
ANEXO 5: MEMORÁNDUM DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN PÚBLICA	62
ANEXO 6: MATRICES DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	63

RESUMEN

La atención preconcepcional en El Salvador tiene como objetivo, lograr el mejor estado de salud durante el embarazo y disminuir los factores que aumentan el riesgo materno-perinatal y que pueden ser controlados a través de una atención oportuna. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año, alrededor de 8 millones de mujeres sufren complicaciones durante el embarazo y otro medio millón fallecen como resultado de complicaciones de este período. Se ha determinado que más del 80% de las muertes maternas se puede reducir a través de acciones preventivas en el período preconcepcional y cuidados prenatales adecuados.

Este estudio de carácter documental analizó la atención preconcepcional desarrollada por el Sistema de Salud Público de El Salvador del 2011 al 2021. Destacando los cambios evolutivos de los lineamientos técnicos sobre la atención preconcepcional a lo largo de estos periodos. Y la operativización de las actividades desarrolladas. Esta información fue recolectada de los documentos facilitados por el Ministerio de Salud de El Salvador y vaciada en matrices comparativas y de análisis de contenido, con el fin de facilitar una mejor comprensión de la información.

Al finalizar la investigación se concluyó que los cambios evolutivos, sobre atención preconcepcional destacan la modificación del nombre de los lineamientos técnicos entre el año 2011 y el año 2021, por otro lado los cambios de grandes rasgos se evidencia en la tercera edición de estos, donde se implementan actividades para la identificación eficaz de los riesgos en las mujeres en edad reproductiva. En cuanto a la operativización de las actividades desarrolladas según los lineamientos técnicos sobre la atención preconcepcional, se ha obtenido un resultado de 72,267 inscripciones preconcepcionales en los once años documentados, sin encontrar ningún dato registrado para los años 2011 y 2012 de dicha atención., y otras actividad como consejería.

Términos claves: atención preconcepcional, derechos reproductivos, muerte perinatal, embarazo, riesgo.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación denominada “Atención preconcepcional en el Sistema de Salud Pública de El Salvador”, nació de la necesidad de documentar la evolución de una atención que es de suma importancia, la cual contribuye a la disminución de la morbi-mortalidad materno y perinatal, en el país la atención preconcepcional se provee a la mujer cada vez que desea embarazarse, la literatura expresa que de preferencia dicha atención es brindada también junto a su pareja, se realiza porque existe una probabilidad variable de que la madre o el futuro hijo/a sufran un fenómeno adverso durante el proceso del embarazo que podría ser prevenible. En la actualidad no se describe la singularidad de la atención preconcepcional como tal, su alcance y sus beneficios para conocer la necesidad de salud de las mujeres y parejas para facilitar el acceso a una salud sexual y reproductiva adecuada.

Por tal razón este estudio tiene como finalidad estudiar la atención preconcepcional que se desarrolla en el país, la información fue obtenida a través de la revisión de censos, memorias, consolidada anual y departamental que el Ministerio de Salud de El Salvador, durante los años 2011 al 2021, a fin de tener contextualizar el manejo de la atención preconcepcional y su evolución.

En dicho documento se establecen apartados que facilita la comprensión de la lectura, entre ellos se encuentra: una situación problemática donde se describe la falta de profundización de dicha atención como herramienta principal para prevenir mortalidades maternas y perinatales, de igual manera la justificación explica la importancia y factibilidad del estudio, los objetivos general y específicos que definen el rumbo la investigación, además se presenta un marco teórico donde se destacan antecedentes del tema a estudiar, la teoría, las variables, así también el diseño metodológico el cual describe el tipo de investigación, la técnica, el instrumento, el método a utilizar para la recolección, el análisis y la presentación de datos. Culminando con el corolario que incluye el cronograma, presupuesto y anexos de dicha investigación.

CAPÍTULO I. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año, alrededor de 8 millones de mujeres sufren complicaciones durante el embarazo y de ellas fallecen más de medio millón como resultado de complicaciones derivadas de este período. Se ha determinado que más del 80% de las muertes maternas se puede reducir a través de acciones preventivas en el período preconcepcional y cuidados prenatales adecuados.

El periodo preconcepcional contribuye a que la mujer tome una decisión responsable respecto al momento oportuno para el embarazo, es fundamental informar y educar a las mujeres en edad reproductiva sobre las condiciones de salud y los factores que aumentan el riesgo materno-perinatal, que pueden ser reducidos o controlados a través de una atención oportuna. (1)

En El Salvador los Lineamientos Técnicos que amparan la atención preconcepcional solo se han presentado dos ediciones, esto lo respalda el acuerdo n° 517 del órgano ejecutivo del órgano de la salud inciso 6 establece que en el año 2011 se emitieron los lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y Recién Nacido el cual es necesario actualizar con el fin de mejorar la atención integral en salud durante las etapas preconcepcional, parto, puerperio y cuidados del Recién Nacido en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Por tanto, en uso de las facultades legales acuerda emitir el siguiente: lineamiento técnico para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al Recién Nacido; servicios en SSR para atención de emergencias o desastres.

Investigaciones en España, Colombia y Cuba, argumentan la baja afluencia de carácter espontáneo a la atención preconcepcional brindada por los diferentes sistemas de salud. González Portales describe dos fallos importantes en la atención preconcepcional: una tiene que ver con el sistema de salud (al no proveer las condiciones para el trabajo y la atención de la usuaria) ya que dicha atención no es ofrecida con el fin de disminuir tasas de mortalidad sino

más bien solo un número en los tabuladores y la otra, tiene que ver con el personal (su desinformación y actitud al prestar u ofrecer dicha atención). Como consecuencia, está el desconocimiento de las mujeres y sus familias sobre el riesgo preconcepcional y su autocuidado a lo largo de sus vidas reproductivas.

El Salvador como país firmante de las Naciones Unidas suscribió en el año 2000, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, donde se compromete a disminuir en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad derivada de la maternidad.

La mortalidad materna para el año 2008, El Salvador alcanzó una tasa de 41.67, según el boletín de indicadores del sistema nacional de salud; de esta manera se implementaron acciones de promoción y acción en el sistema de salud para reducir de manera considerable dichos indicadores.

El 25 de septiembre del 2008, se publicó en el diario oficial el Reglamento de Maternidad Segura que tiene por objeto la creación del Programa Nacional sobre Maternidad Segura, donde su fin principal es el desarrollo e implementación de estrategias y acciones; así mismo entre sus líneas de acción esta, que las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud proveerán a las mujeres y hombres usuarios de los servicios del Programa, la información y actualización de los conocimientos básicos vinculados a la educación y promoción en salud reproductiva, conductas de riesgo y la procreación responsable, estas instituciones, incluirán en sus programas acciones que permitan a los adolescentes recibir la información y orientación sobre los derechos y responsabilidades para la promoción y cuidado de la salud pre-concepcional, sexualidad y el embarazo temprano como factores de riesgo que contribuyen a la morbi-mortalidad materno-infantil.

Así nace El Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna perinatal y neonatal 2011-2014, para dar respuesta a esta situación y orientar la creación de condiciones apropiadas, entornos favorables a nivel de políticas, normas, protocolos, otros documentos regulatorios, compromisos y alianzas regionales, nacionales, locales e intersectoriales para el apoyo constante a la salud de la mujer y el niño/niña, desde la preconcepción.

En ese sentido se incluye la atención preconcepcional en los “Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y recién nacido publicado en el año 2011, a fin de mejorar la salud del binomio madre-hijo, y por ende reducir la morbilidad y mortalidad materna perinatal centrada en el ciclo de vida.

Teniendo en cuenta el planteamiento de los lineamientos que se encuentran vigentes desde el año 2011 en El Salvador, se tienen escasos registros de investigaciones relacionadas con los diferentes aspectos que involucran las prestaciones de atención preconcepcional, sin embargo la investigación cualitativa de Campos Machado señala que un 24% de adolescentes escuchó sobre consulta preconcepcional y el 35% estaba dispuesto a pasar una atención preconcepcional al planificar la familia, dichos datos se contraponen a estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva construidas, socializadas y desarrollando el Plan estratégico salud mujer y niñez donde establecen la promoción de los servicios de atención preconcepcional en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud como una de las medidas más efectivas para la prevención de complicaciones durante el embarazo. (2)

González Portales menciona dos fallos importantes en la atención preconcepcional: una tiene que ver con el sistema de salud (al no proveer las condiciones para el trabajo y la atención de la usuaria) ya que dicha atención no es ofrecida con el fin de disminuir tasas de mortalidad sino más bien solo un número en los tabuladores y la otra, tiene que ver con el personal (su desinformación y actitud al prestar u ofrecer dicha atención).

Por tanto, en la actualidad no se describe ningún dato epidemiológico nacional de esta atención que visualice el progreso o retroceso de esta atención, como herramienta funcional para la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

En la atención preconcepcional a través de las actividades asistenciales y educativas que se desarrollan es importante evidenciar el rol del profesional en Salud Materno Infantil al brindar una atención con calidad y calidez, destacando la utilización de las herramientas con lo que se cuentan para dicha atención; que es indispensable para obtener un panorama de la historia clínica de la usuaria. Otro punto a considerar como profesionales es importante recalcar el trabajo como

profesionales capacitados en identificar los riesgos reproductivos de las usuarias y lograr una referencia adecuada y oportuna para el bienestar del binomio en su totalidad en un futuro.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo planteado anteriormente, se fórmula la siguiente pregunta:

¿Cómo se desarrolló la atención preconcepcional en el Sistema de Salud Público en El Salvador del 2011 al 2021?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la atención preconcepcional desarrollada por el Sistema de Salud Público de El Salvador del 2011 al 2021.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los cambios evolutivos de los lineamientos técnicos sobre la atención preconcepcional en el Sistema Nacional de Salud Público.
- Describir la operativización de las actividades desarrolladas según los lineamientos técnicos sobre la atención preconcepcional.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La atención preconcepcional debe ser entendida como el cuidado continuo durante la edad reproductiva de la mujer, para que en el momento que decida un embarazo, se encuentre en las condiciones óptimas de salud; pero para que esto se cumpla se deben adquirir conocimientos científicos de dicha atención adecuada, oportuna y precoz, al igual que sus derechos reproductivos para gozar de una gestación deseada y planificada (Posner, Johnson, Parker,

Atrash y Biermann, 2006; Atrash et al., 2008), siendo así que la detección de riesgos durante la atención preconcepcional es un aspecto de prioridad en la atención de salud ya que puede disminuir la morbimortalidad materna y perinatal en especial las causas indirectas.

Esto resulta una obligación del sistema de salud poner atención y prestar inicialmente la atención primaria en salud, teniendo en cuenta lo anterior es relevante destacar que la atención preconcepcional es una consulta de suma importancia para mejorar las condiciones de salud de las mujeres.

Por lo anterior se consideró importante realizar este estudio, a través del análisis de la atención preconcepcional que se desarrolló en el Sistema Nacional de Salud en El Salvador; con el fin de plantear acciones que ayuden a enriquecer, fortalecer y promover principalmente la práctica de esta atención en las mujeres para que puedan optar por una gestación saludable y libre de riesgos, contribuyendo así a la reducción de la morbimortalidad materno-infantil.

Esta investigación fue viable y factible, ya que se contó con el tiempo, las fuentes de información, recursos humanos y materiales necesarios, para poder llevar a cabo su ejecución.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Poca accesibilidad a la información actualizada sobre la atención preconcepcional en El Salvador en los sitios web gubernamentales de salud.
- Limitadas publicaciones actualizadas de los años 2011,2012 y 2021 por parte del Ministerio de Salud sobre datos estadísticos de la atención preconcepcional en El Salvador.
- No disponibilidad de estudios previos documentales sobre la atención preconcepcional en El Salvador.
- No accesibilidad a la información sobre los profesionales sanitarios que brindan atención preconcepcional en el primer nivel de atención. (Ver Anexo 1,2 y 3)

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La búsqueda bibliográfica en atención preconcepcional, permite identificar los diferentes contextos de aplicación, con el fin de visualizar la atención preconcepcional en El Salvador que contribuya al tema de investigación.

Desde finales de los años ochenta, se ha documentado la efectividad de la preconcepción como una intervención específica para identificar riesgos reproductivos.

2.1.1. CONTEXTO INTERNACIONAL

Estados Unidos Korenbrot C.C et al. (2002) realizó un estudio sistemático en el cual evidenció la importancia de la atención preconcepcional. (3)

Así mismo China Zhao et al. (2014) realizó un estudio transversal en dos provincias de China. Poblaciones Jiangsu contexto más desarrollado y Hebei menos desarrollado. Mujeres edad fértil 1.011 de Jiangsu y 1.795 de Hebei. En ambas provincias la ingesta de ácido fólico es menos del 50%. Distribución de servicios médicos desequilibrada. Jiangsu: Hubo mujeres con menor peso ponderal, anemia, periodontitis y problemas psicológicos. Existe mayor intención tomar multivitaminas y sal yodada. La inmunización fue mayor. Hebei: población femenina con más obesidad, mayor intención de tomar hierro y calcio. El tabaquismo y la inmunización fueron menores. (4)

Según Lau et al. (2013), en su estudio sobre atención preconcepcional realizados en Cuba la Habana reflejaron que, con una muestra de 386 mujeres, observaron que ellas y su pareja no incluyen la evaluación preconcepcional para verificar su estado de salud. Además, destaca que el 73% de las gestantes, a pesar de ser jóvenes, escolarizadas y negar enfermedades previas, al ser evaluadas identificaron problemas de salud preexistentes, adquiriendo importancia para ellas

la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Así mismo, menciona que los trastornos maternos encontrados: infección cérvico vaginal, caries dental, anemia y la infección del tracto urinario, pueden ser manejados en la atención preconcepcional, incluso en un tiempo relativamente corto. (5)

Navas et al. (2015) realizó un estudio transversal descriptivo en Camagüey con 71 mujeres, con predominio de factores biológicos: edades extremas de la vida, en cuanto a los principales problemas de salud en consultas de riesgo preconcepcional, en la población estudiada fueron en orden descendente los siguientes: asma bronquial (19.7%), hipertensión arterial crónica (16.9%), infecciones urinarias a repetición (15.5%), anemia ferropénica (12.9%), diabetes mellitus y cardiopatías (4.8%), antecedentes de intento suicida (4.2%), entre otros de menor porcentaje. Menciona, además, que existe entre un 15 y 30% de mujeres cubanas entre 15 y 49 años con alguna condición, afección o conducta que permite clasificarlas con riesgo preconcepcional real. (6)

Arrate et al. (2017) realizó un estudio descriptivo transversal en Santiago de Cuba con 154 mujeres identificando que las mujeres atendidas en la consulta de planificación familiar, presentan principalmente los siguientes riesgos preconcepcionales: Predominio de factores biológicos: 44% Hipertensión arterial crónica, 36 % desnutrición, y 17% en antecedentes obstétricos desfavorables, así como amenorrea y sangramientos irregulares por el uso de métodos anticonceptivos inyectables. (7)

En España, la mitad de las gestaciones son planificadas, pero solo el 10% de las mujeres acuden a la consulta preconcepcional de forma voluntaria.

Roviralta et al. (2013) realizó un estudio observacional descriptivo a 450 mujeres en Toledo, en el cual describe que el 70 % de embarazos es planificado. Solo el 23,9% realizó consulta preconcepcional, la mayoría primíparas; problemas de salud detectados: diabetes mellitus e hipertensión arterial. Profesional que más atiende es el médico de familia, seguido de ginecólogo, enfermera y la matrona. (8)

En Colombia en el 2015 de 181 muertes maternas solamente 20 (11%) realizaron consulta preconcepcional. (9)

Por otra parte, en América Latina González et al. Realizaron una encuesta sobre la existencia de problemas para la identificación de factores de riesgo preconcepcionales y reflejaron insuficiente capacitación del personal que atiende a las mujeres, el desconocimiento del riesgo preconcepcional y su autocuidado. Dejando entrever que pocas asisten espontáneamente a estas consultas preconcepcionales y si lo hacen es por una sospecha de embarazo. (10)

2.1.2. CONTEXTO NACIONAL

En El Salvador, se han realizado diferentes investigaciones sobre atención preconcepcional en cuanto a conocimientos, prácticas y actitudes de las mujeres en edad reproductiva, destacando algunas de ellas investigaciones como:

Pérez et al. (2013) en un estudio descriptivo transversal en el departamento de San Salvador en el municipio de Zacamil, con 214 mujeres en edad reproductiva entre las edades de 10-49 años, evidenciaron que en general las mujeres expresaron tener conocimientos sobre atención preconcepcional, pero las principales deficiencias que se encontraron fueron en identificar factores de riesgo en casa o en el trabajo, como resultado de la poca importancia, el 54% desconocía sobre toxoplasmosis y un 48% que no conoce la importancia del grupo sanguíneo, y solo 46% se realizó examen para detección de anemia. Otros datos encontrados fueron que el 47% eran mujeres solteras, 27% acompañadas, 22% casadas y 46% universitarias. (11)

Martínez et al. (2014), Realizó un estudio descriptivo transversal en el departamento de San Salvador en la Comunidad, La Fosa con 122 mujeres en edad reproductiva: 10-45 años como resultado se encontró que las mujeres se encontraban con : sobrepeso del 51%, obesidad 5%, fumadoras 20%, consumo de marihuana 7%, crack 1%, desconocimiento de su grupo sanguíneo 62%; el 89% desconocía el grupo sanguíneo de su pareja; el 43% de mujeres manifestó antecedentes médicos de riesgo (diabetes mellitus, síndrome convulsivo, hipertensión arterial, combinación diabetes mellitus tipo 2 más hipertensión arterial); 13% tenían contacto con

personas tuberculosas y el 63% manifestó algún tipo de violencia, siendo los más frecuentes el verbal y físico. Además, 10% IVU a repetición, un 20% ha padecido enfermedades de transmisión sexual (Vaginosis bacteriana, Candidiasis Vaginal, Condilomatosis y Gonorrea. (12)

Campos et al. (2015), realizó un estudio descriptivo transversal en dos departamentos: San Miguel municipio de Uluazapa y La Presita, en el municipio de Alegría departamento de Usulután de 300 adolescentes un 24% escuchó sobre consulta preconcepcional y el 35% estaría dispuesto a pasar una atención preconcepcional al planificar la familia. Así mismo el 89% son solteros, 100% estudiaban bachillerato, el 17% tiene sobre peso y 5.6% obesidad; solo el 4.3% manifiesta padecer problemas de salud crónicos. (13)

Osorio et al. (2017) en su estudio descriptivo transversal realizado en dos departamentos: Morazán en el municipio de San Isidro y en la Unión en el municipio de San Felipe con 286 mujeres en edad reproductiva de 15-35 años, concluyeron que el 48% eran solteras, 35% acompañadas, 80% viven en el área rural, 27% eran estudiantes, 60% están sexualmente activas, 81% no conoce de la atención preconcepcional, 94% expresaron tener una actitud desfavorable sobre esta, un 97% realizan prácticas de preconcepcional inadecuadas. Concluyendo que se tiene una actitud desfavorable, un conocimiento y prácticas inadecuadas relacionadas a la atención preconcepcional. (2,14)

2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. CONSULTA DE ASESORÍA PREVIA A LA CONCEPCIÓN

En 2006, los Centers for Disease Control and Prevention, definieron la atención previa a la concepción como “un conjunto de intervenciones orientadas a identificar y modificar riesgos biomédicos, conductuales y sociales para la salud de la mujer o el desenlace del embarazo mediante la prevención y el tratamiento”. Además, estableció los siguientes objetivos para mejorar la atención previa a la concepción:

1. Mejorar el conocimiento, las actitudes y el comportamiento de varones y mujeres en relación con la salud previa a la concepción.
2. Asegurar que todas las mujeres en edad reproductiva recibieran servicios de atención antes de la concepción, como detección de riesgo basada en la evidencia, promoción de la salud e intervenciones, que les permitan iniciar un embarazo en un estado de salud óptimo.
3. Reducir los riesgos indicados por resultados adversos en embarazos anteriores mediante intervenciones entre una concepción y otra para prevenir o reducir al mínimo los resultados adversos recurrentes.
4. Reducir las disparidades en los desenlaces adversos del embarazo.

La asesoría sobre los riesgos de un posible embarazo y las estrategias preventivas debe ofrecerse antes de la concepción. Para el momento en que la mayoría de las mujeres se da cuenta del embarazo, han pasado una o dos semanas después de la primera menstruación que se encuentra ausente, en este tiempo se han formado la médula espinal y el corazón del feto. Por lo tanto, muchas de las estrategias preventivas, como la administración de ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural, son ineficaces si se inician en ese momento. Se calcula que la mitad de los embarazos son no planeados y éstos son los que tienen mayor riesgo (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2006; Finer y Henshaw, 2006).

A fin de valorar la eficacia de la asesoría previa a la concepción para reducir los embarazos no deseados, Moos et al. (1996) estudiaron los efectos de un programa de atención previa a la concepción instituido en una clínica del departamento de salud. Las 456 mujeres que recibieron asesoría previa a la concepción tuvieron una probabilidad 50% mayor de describir sus embarazos ulteriores como intencionales, en comparación con 309 mujeres que recibieron atención de salud, pero no asesoría, y un 65% más de probabilidades comparadas con las mujeres sin atención de salud antes de un embarazo.

Los profesionales que brindan la atención a la salud habitualmente tienen la mejor oportunidad de ofrecer asesoría preventiva. Jack et al. (1995) aplicaron una encuesta completa para identificar riesgos previa a la concepción, de 136 mujeres en esta situación y casi 95% informó al menos un problema que podría afectar un embarazo futuro. Incluían problemas médicos o

reproductivos, 52%; antecedente familiar de enfermedades genéticas, 50%; aumento del riesgo de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), 30%; incremento del riesgo de hepatitis B y consumo de sustancias ilegales, 25%; consumo de alcohol, 17%, y riesgos nutricionales, 54%.
(15)

2.2.2. ESTRATEGIAS Y RECOMENDACIONES PARA GARANTIZAR EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL

El cuidado preconcepcional se caracteriza, en primera instancia, por el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que llevan a la identificación de los riesgos y alternativas de la concepción y adoptar las medidas necesarias para atenuar o eliminar los mencionados riesgos, esto requiere acciones articuladas entre las mujeres, los profesionales de salud de diferentes disciplinas, los servicios de salud organizados en redes integrales y complementarias y otros actores que atiendan los eventos relacionados con riesgos sociales, laborales o ambientales.

2.2.2.1. RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL POR EL AUTOCUIDADO.

Las personas deben ser motivadas y educadas para el autocuidado, especialmente para el ejercicio de sus derechos en Salud Sexual Reproductiva, y trazar un plan de vida reproductivo, con énfasis en decidir, el momento, de tener o no hijos/as. Además, deben contar con herramientas para reconocer y actuar de manera proactiva frente a:

- Antecedentes familiares y hereditarios.
- Enfermedades crónicas.
- Riesgo cardiovascular y alteraciones metabólicas.
- Conductas saludables frente a la actividad física y la dieta.
- Alternativas para evitar los embarazos no planeados con el uso de métodos anticonceptivos.
- Exposición a agentes teratogénicos o tóxicos.
- Riesgos laborales (biológico, físico, estrés, sobrecarga laboral y otros).

2.2.2.2. PREVENCIÓN Y ATENCION DE RIESGOS ASOCIADOS A HÁBITOS Y CONSUMO.

Los factores que influyen en las actitudes hacia el cuidado preconcepcional son:

- Edad de la persona
- Estilo, estado y prioridades de vida
- Historia reproductiva.

Desde una perspectiva de salud pública, se debe sensibilizar a los individuos y sus familias para que sean conscientes de que el embarazo amerita una preparación biopsicosocial.

2.2.2.3. EDUCACIÓN PRECONCEPCIONAL.

La educación en salud preconcepcional debe enfocarse a concientizar y sensibilizar a las personas acerca de cómo minimizar los riesgos reproductivos a lo largo de la vida; el cuidado preconcepcional no equivale únicamente a una consulta, esta es solo una parte de él. Se recomienda, de igual modo, utilizar los diferentes medios masivos y alternativos, interpersonales y grupales, para sensibilizar, socializar, educar y empoderar a hombres y mujeres para reducir el riesgo reproductivo.

Los encuentros de las personas en edad reproductiva con profesionales de la medicina general, especialistas, sub especialistas, y cualquier contacto o consulta de asesoría con un proveedor de salud (enfermería, educación, nutrición, psicología entre otros), en ámbitos institucional o comunitario, individual o grupal, deberán ser aprovechados para la promoción de la atención preconcepcional, detección del riesgo reproductivo, informar y educar sobre comportamientos o hábitos que incrementan los riesgos o eventos reproductivos adversos. Hay suficiente evidencia científica que demuestra que estas estrategias mejoran la salud reproductiva y disminuyen la morbimortalidad materna y perinatal.

2.2.2.4. CONSULTA PRECONCEPCIONAL.

La atención preconcepcional es parte de la atención primaria, secundaria y terciaria, como intervención de carácter individual y preventivo. Se trata de una consulta médica que tiene por

objeto detectar y evaluar las condiciones biológicas, las conductas sociales o hábitos presentes en una mujer o en una pareja, para detectar aquello que podrían convertirse en riesgo durante la gestación, agravarse como consecuencia de ella y afectar la salud o la vida de la madre y el feto. Una vez detectados estos riesgos, se debe proceder a las intervenciones de salud.

2.2.2.5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN.

Además de la accesibilidad, oportunidad, continuidad y pertinencia todo servicio de atención preconcepcional debe:

- Desarrollarse en el marco de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, lo que incluye acciones de promoción de la salud y de prevención del embarazo no deseado y los riesgos evitables. Cuando se identifican condiciones de alto riesgo reproductivo, se debe hacer especial énfasis en la asesoría de anticoncepción.
- Esperarse que la demanda y uso de los servicios de atención preconcepcional sea mayoritaria de parte de las mujeres, este servicio debe estar disponible para cualquier hombre que, en ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, sea consciente de la importancia de planear su paternidad y evaluar los riesgos que puede tener como padre, de acuerdo con sus antecedentes y condiciones sociales, familiares y personales.
- Brindarse con respeto por la dignidad de las personas y sin ningún tipo de discriminación.
- Tener en cuenta las necesidades particulares de los grupos vulnerables: adolescentes, mujeres víctimas de violencia, personas desplazadas, portadores de VIH, población de estratos socioeconómicos muy bajos y personas con discapacidad.
- Salvaguardar estrictamente el derecho de confidencialidad del diagnóstico y de toda la información propia de las personas o de la pareja, revelada como resultado de la atención. La información epidemiológica derivada de esta actividad se debe usar única y exclusivamente con fines estadísticos. (16)

2.2.3. LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA CATEGORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD 2021.

El proceso de categorización establece un método clasificatorio que permite determinar las prestaciones que cada establecimiento está en condiciones de proveer, la oferta de servicios de los establecimientos de salud, ordenadamente y de acuerdo a su complejidad, que permite, definir niveles de atención, concentrar actividades y clasificar las prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización. A través de esto se configura una red de servicios.

La categorización implica la valoración de capacidad resolutive de los establecimientos de salud, frente a las necesidades de salud y no una evaluación de la estructura, procesos o resultados obtenidos, tampoco implica el análisis de la calidad de los mismos (certificación). No deben considerarse los elementos que indiquen tamaño, ya que estos dependen del volumen de las necesidades de salud de la población, lo que es variable según la realidad local.

El primer paso para la implementación de un Sistema de garantía de la calidad es determinar esencialmente los parámetros mínimos de funcionamiento de los establecimientos de salud, a través de un programa sistemático que defina los criterios a cumplir para potenciar el talento humano y la prestación eficiente de servicios de salud, lo que permitirá potenciar el funcionamiento en RIIS.

2.2.3.1. CRITERIOS Y CATEGORÍAS

- CRITERIOS

Para la categorización, cada criterio estará conformado por componentes que definen los requerimientos necesarios para la estratificación de los establecimientos, según la complejidad de la prestación de servicios, tomando en cuenta la factibilidad para cerrar las brechas existentes para alcanzar la categoría necesaria.

Los criterios se evaluarán en una matriz que los combina y asigna puntajes. Se debe considerar como un requisito, el tiempo disponible del talento humano, para brindar las atenciones,

teniendo como finalidad que los establecimientos de salud ofrezcan calidad en la atención y mejoren su capacidad resolutive.

TABLA 1. Criterios de categorización de establecimientos de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención. MINSAL.

Criterios	Componentes
Conjunto de prestaciones*	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de promoción en salud, • Atenciones preventivas, curativas, de rehabilitación. • Atenciones de apoyo diagnóstico y terapéutico.
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de la planta física acorde a las atenciones brindadas. • Infraestructura
Tecnología sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Equipamiento biomédico e industrial básico acorde a las atenciones brindadas.
Recurso humano	<ul style="list-style-type: none"> • Horas disponibles de recursos humanos por tipos de atenciones brindadas.

• CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS

Se deben subdividir las categorías existentes, a fin de facilitar la labor de fortalecer los establecimientos, para alcanzar los requisitos mínimos necesarios, según la categoría a la que se defina debe pertenecer cada establecimiento.

Para el proceso de categorización se debe establecer la homogeneización de catálogos de prestaciones, servicios, áreas físicas de atención y procedimientos, entre otros aspectos; ya que actualmente no existe uniformidad en las definiciones requeridas para los análisis, mediciones y comparaciones.

TABLA 2. Categorías determinadas para la red de establecimientos del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Nivel de atención Categorías	Tipo de establecimiento
Primer	1. Unidad de Salud Básica
	2. Unidad de Salud Intermedia
	3. Unidad de Salud Especializada
Segundo	1. Hospital Nacional Categoría I
	2. Hospital Nacional Categoría IE
	3. Hospital Nacional Categoría II
	4. Hospital Nacional Categoría IIE
Tercer	1. Hospital Nacional Categoría III
	2. Hospital Nacional Categoría IIIE
Complejidad y cobertura de servicios cobertura según tipo de establecimiento y nivel de atención.	
<p>Unidad de Salud Básica</p> <p>Establecimiento que cuenta con infraestructura física en base a los siguientes criterios de categorización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provee atenciones ambulatorias de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, • Procedimientos y servicios de baja complejidad y de saneamiento ambiental, en su mayoría comunitarios. • Cuenta con farmacia, área de estadística y documentos médicos. • Personal profesional, técnico, administrativo y auxiliar. 	

Unidad de Salud Intermedia

Establecimiento de salud que cuenta con infraestructura física, personal en base criterios de categorización que se provee:

- Atenciones ambulatorias de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, procedimientos y servicios de baja complejidad.
- Laboratorio clínico, farmacia, saneamiento ambiental, procedimientos ambulatorios de baja complejidad, área de estadística y documentos médicos.
- Puede tener adscritas otras dependencias del primer nivel.
- Personal profesional, técnico, administrativo y auxiliar.

Unidad de Salud Especializada

Establecimiento que cuenta con infraestructura física en base a los criterios de categorización, donde se brindan:

- Atenciones ambulatorias de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de medicina general,
- Dos o más de las especialidades de medicina familiar, medicina interna, pediatría o gineco-obstetricia, atención odontológica, psicología, fisioterapia y/o nutrición,
- Laboratorio clínico, farmacia, saneamiento ambiental, exámenes de gabinete (USG y EKG)
- Procedimientos ambulatorios de baja complejidad
- Área de estadística y documentos médicos.
- Tiene adscritas otras dependencias de primer nivel.
- Personal profesional, técnico, administrativo y auxiliar.

Metodología para categorizar los establecimientos de salud.

Para el desarrollo de la metodología con la cual se implementará la categorización, el Ministerio de salud ejecutará las siguientes fases:

TABLA 3. Fases y etapas para la categorización

N°	Fases	Etapas
1	Fase de planificación	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de la dependencia/equipo responsable de la categorización. • Elaborar plan de implementación. • Conformación de equipos técnicos locales.
2	Fase de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Autoevaluación • Verificación
3	Fase de resolución	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de categoría con base a criterios cumplidos. • Oficialización de categoría asignada.

Fase de planificación.**Etapas de la fase de planificación****A) Conformación de la Instancia de Categorización**

Será la responsable de implementar el proceso de categorización y sus fases. Será nombrada por la máxima autoridad. Estará integrada por las siguientes dependencias, quienes deberán delegar funciones y responsabilidad para la implementación de las fases. Para la formalización de esta instancia la Dirección de Regulación realizará la gestión para la emisión del Acuerdo Ministerial correspondiente.

- Viceministerio de Gestión y Desarrollo en Salud
- Viceministerio de Operaciones en Salud
- Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación
- Dirección de Políticas y Gestión
- Dirección de Planificación
- Dirección de Monitoreo Estratégico de Servicios de Salud

Funciones:

- a) Planificar, organizar, ejecutar y evaluar el proceso de categorización.
- b) Convocar las áreas o dependencias de la secretaria de estado, para apoyar en temas específicos de las evaluaciones según se requiera.
- c) Garantizar la difusión de los presentes lineamientos y la herramienta de evaluación para la categorización, al personal tanto del nivel central, regiones, SIBASIS y establecimientos.
- d) Instruir y proporcionar supervisión facilitadora, cuando se considere pertinente a los equipos técnicos locales, durante el levantamiento de la autoevaluación.
- e) Verificar la información ingresada por el personal de los establecimientos en la herramienta electrónica de autoevaluación, para evaluar la categorización.
- f) Asignar la categoría, posterior al análisis de la información de la autoevaluación.
- g) Proporcionar información periódica a los responsables de gestión de proyectos, para facilitar la obtención de los recursos necesarios, para el fortalecimiento de los establecimientos y cierre de brechas.
- h) Dar seguimiento a la hoja de ruta de cierre de brechas.

Para las funciones de la **a)** a la **e)** la instancia podrá apoyarse en un equipo técnico designado por ella, a fin de completar las fases 1 y 2 con sus diferentes etapas. La fase de resolución, debido a que requieren toma de decisiones, corresponderán directamente a la Instancia. Las comisiones (equipos) deberán quedar formalmente conformadas a través de un acuerdo ministerial.

B) Conformación de equipo técnico local para la autoevaluación

En el caso de los establecimientos de primer nivel, el equipo debe conformarse por el médico director, enfermera supervisora local y personal que sea pertinente, para aquellos establecimientos de mayor complejidad.

En el caso de hospitales, por el médico director o su delegado, responsable de planificación, jefaturas de divisiones/ departamentos: médica, de apoyo y administrativa y otras jefaturas de áreas que consideren pertinentes.

Funciones del equipo técnico local para la autoevaluación:

- a) Ingresar la información pertinente al conjunto de prestaciones que ofrece, infraestructura, tecnología sanitaria y recurso humano en la herramienta electrónica, siguiendo las instrucciones remitidas.
- b) Garantizar la veracidad de la información ingresada en la herramienta de autoevaluación.
- c) Remitir al director del establecimiento la herramienta informática completamente llena en el periodo de tiempo establecido por la comisión nacional del MINSAL.
- d) El consejo estratégico de gestión en el hospital, y el área de provisión de servicios en regiones y SIBASI en caso de los establecimientos del primer nivel, podrán realizar propuestas de proyectos para el cierre de brechas y remitirlo al nivel correspondiente.
- e) Dar seguimiento al cumplimiento del plan en caso se establezca debe cerrarse brechas para alcanzar la categorización que el ente rector decida debe alcanzar.

Fase de evaluación.

Constituye la evaluación de los establecimientos de salud, aplicando la herramienta electrónica, para identificar el conjunto de prestaciones que ofrece, infraestructura, tecnología sanitaria y recurso humano con el que cuenta, para determinar la categoría en la que se clasifica.

Etapas de la fase de evaluación:**A) Autoevaluación**

Cada establecimiento debe realizar una autoevaluación para conocer los criterios que cumplen de acuerdo a su complejidad, siendo responsabilidad del equipo técnico local de autoevaluación, el seguimiento del cumplimiento de llenado completo y adecuado del instrumento.

Procedimiento para la autoevaluación:

- Cada equipo técnico local de autoevaluación, en su establecimiento debe completar la herramienta en formato electrónico apoyándose con las áreas técnicas respectivas, a fin

de garantizar la veracidad de la información y levantar un acta al finalizar el llenado. El tiempo asignado es un mes.

- Para garantizar la aplicación correcta del instrumento de autoevaluación, la dirección de planificación y monitoreo, Dirección de Primer Nivel de Atención, con el apoyo de SIBASI y Región y la Dirección Nacional de Hospitales, establecerán los mecanismos para acompañar a los establecimientos durante se realice el ejercicio de autoevaluación.
- El equipo local remitirá a la dependencia/equipo designado en el Nivel Superior, el acta de constancia del llenado completo de la herramienta, firmada por los miembros del equipo técnico local y dirección, a través de la Dirección del Primer Nivel de Atención o Dirección Nacional de Hospitales, según corresponda, un mes después de recibido el instrumento.
- El equipo local remitirá la autoevaluación al SIBASI correspondiente y este a su vez debe enviar a la Región la información de todos los establecimientos de su red de servicios.
- La Región enviará el consolidado. A la dependencia/equipo designado en el Nivel Superior, el acta de constancia del llenado completo de la herramienta, firmada por los miembros del equipo técnico local y dirección, a través de la Dirección del Primer Nivel de Atención o Dirección Nacional de Hospitales según corresponda, un mes después de recibido el instrumento.

B) Verificación

En esta etapa la Instancia de categorización, verifica la información entregada por el equipo técnico local en el instrumento de la autoevaluación.

Procedimiento de verificación:

Realizar la verificación de los datos de la autoevaluación posterior a recibirla, apoyándose para la misma en la revisión de los sistemas informáticos del MINSAL.

Evaluar la necesidad de realizar una verificación in situ de la información, para validar el porcentaje de cumplimiento con personal capacitado del Nivel Superior, región y/o SIBASI para tal fin, solamente en los casos que determine es necesario.

Fase de resolución.

Etapas de la fase de resolución

A) Asignación de categoría con base a criterios cumplidos

Una vez validado el porcentaje de criterios cumplidos, se definirá la categoría del establecimiento y la dependencia/equipo designado en el Nivel Superior, podrá establecer la ponderación en base a la siguiente tabla: (17).

TABLA 4. Escala de ponderación de categorización

Porcentaje de criterios alcanzados	Ponderación
65%	Categoría preliminar fase 1
75%	Categoría preliminar fase 2
85%	Categoría definitiva

2.3. SISTEMA CONCEPTUAL BÁSICO DE LA INVESTIGACIÓN

- **Atención preconcepcional:** Conjunto de intervenciones de promoción, prevención, valoración del riesgo que identifican condiciones de tipo biológico, hábitos, comportamientos o condiciones sociales que puedan convertirse en riesgos para la salud materno-perinatal.
- **Consulta preconcepcional:** Es una consulta brindada, por médico(a), enfermera(o) y licenciada(o) materno- infantil; a una mujer y su pareja, o a una mujer previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo

reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo ya que este es un proceso fisiológico en la mujer.

- **Consejería:** Una relación de ayuda establecida entre un profesional y un paciente, con el fin de mejorar o promover la salud, a través del fomento de su capacidad para tomar decisiones.
- **Cuidado preconcepcional:** Conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo y así contar con una buena salud y desarrollar un embarazo a plenitud.
- **Educación:** Transmisión de conocimientos a una persona para que esta adquiera una determinada formación.
- **Infraestructura:** conjunto organizado de elementos estructurales, no estructurales y equipamiento de obra de una edificación que permite el desarrollo de prestaciones y actividades de salud a una determinada población.
- **Información:** Denominamos al conjunto de datos, ya procesados y ordenados para su comprensión, que aportan nuevos conocimientos a un individuo o sistema sobre un asunto, materia, fenómeno o ente determinado.
- **Orientación:** Proceso de ayuda continuo a todas las personas, en todos sus aspectos, con una finalidad de prevención y desarrollo, mediante programas de intervención educativa y social, basados en principios científicos y filosóficos; debe ser considerada como parte integrante del proceso educativo.
- **Nivel de atención:** conjunto de Establecimientos de Salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad.

- **Plan de vida reproductivo:** Implica la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no; la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos; el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas, sin sufrir discriminación, coerción ni violencia; el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables, asequibles, eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención que permitan embarazos y partos sin riesgos; acceso a servicios y programas de calidad de acuerdo con su ciclo vital
- **Prestación de servicios:** beneficio, acto o conjunto de actos prestados por los proveedores de salud dirigidos a mejorar el estado.
- **Primer Nivel de Atención:** se define como establecimientos prestadores de servicios de salud, destinados a resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, realizando actividades ambulatorias de promoción de salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y por procedimientos de recuperación y rehabilitación de baja complejidad. Es la puerta de entrada al sistema de salud.
- **Riesgo:** Posibilidad de que se produzca un contratiempo o una desgracia, de que alguien o algo sufra perjuicio o daño.
- **Riesgo reproductivo:** Es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo. Puede deberse a situaciones familiares, sociales, biológicas o comportamientos sexuales de riesgo.
- **Salud sexual y reproductiva (SSR):** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. Entonces la salud

reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia.

CAPÍTULO III. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSION	INDICADORES	INSTRUMENTO
Atención preconcepcional	Conjunto de intervenciones de promoción, prevención, valoración del riesgo que identifican condiciones de tipo biológico, hábitos, comportamientos o condiciones sociales que puedan convertirse en riesgos para la salud materno-perinatal.	Evolución de los lineamientos de atención preconcepcional en el Sistema de Salud Público.	Modificaciones de lineamientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Lineamiento de atención preconcepcional 2011. • Cambios de los lineamientos de atención preconcepcional 2012. • Cambios de los lineamientos de atención preconcepcional 2021. 	• Matriz comparativa
		Operativización de los lineamientos de la atención preconcepcional	Actividades asistenciales de la Atención Preconcepcional	<ul style="list-style-type: none"> • Inscripciones preconcepcionales • Subsecuentes 	• Matriz de análisis de contenido

				preconcepcionales	
			Actividades educativas de la atención preconcepcional	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería • Detección para usuarias de atención preconcepcional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Matriz de análisis de contenido
			Profesionales sanitarios que proporcionan la atención preconcepcional.	<ul style="list-style-type: none"> • Médico. • Enfermero /a. • Salud Materno Infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Matriz de análisis de contenido
			Recursos materiales e infraestructura necesaria para la atención preconcepcional	<ul style="list-style-type: none"> • Papelería. • Espacio físico del consultorio. • Equipamiento e insumos clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Matriz de análisis de contenido

CAPÍTULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación fue de tipo documental, la cual se basó en la búsqueda, recuperación, crítica e interpretación y análisis de datos secundarios, obtenidos y registrados en fuentes documentales por otros investigadores: sean impresas, audiovisuales o electrónicas, dichos datos serán recopilados de fuentes como: el portal de transparencia de La Universidad de El Salvador, Centro Virtual de Documentación Regulatoria del Ministerio de Salud, que facilita la búsqueda de información en sus plataformas virtuales, como censos de atención preventiva anuales y de producción de servicios anuales, lineamientos técnicos e informe de labores, dicha información aporta confiabilidad al tema de estudio a presentar, con un nivel de profundización descriptiva y de carácter cuantitativa.

Enfoque cualitativo: Porque los datos recolectados son meramente cualitativos y que mediante el estudio de las atenciones preconcepcionales se permitirá obtener un análisis explicativo.

Según el periodo de realización del estudio: fue transversal, debido a que se estudia la variable en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo desde el año 2011 al 2021.

Según análisis y alcance de los resultados: Se clasifica como un estudio descriptivo, ya que se pretende describir y hacer el análisis de las acciones que brindan el Ministerio de Salud, a la población de mujeres en la atención preconcepcional.

4.2. SELECCIÓN Y RECOPIACIÓN DE DOCUMENTOS

La selección y recopilación documental, se hizo extensamente con la búsqueda del material que fue proporcionado por el Ministerio de Salud, que pudiera ser útil para el proceso de compilación de la atención preconcepcional, según lo descrito en cada uno de los lineamientos técnicos, aplicando el uso de las siguientes técnicas:

- **Análisis de contenido:** Se refiere a la técnica de la investigación documental, cuyo propósito es indagar sobre los significados informativo y conceptual de la fuente objeto y dar un soporte teórico al estudio que se realiza. Puede operacionalizarse a través de las unidades de análisis (temas, autores, indicadores, informes, memoria, cuenta y artículos de revistas, etc.) y las categorías de análisis (aspectos, clases o conjuntos de elementos agrupados según características comunes, etc.) La matriz de análisis de contenido contendrá diversos apartados para un análisis explícito para el contenido de los Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido. (Ver anexo 4).

- **Resumen analítico:** Para el resumen analítico se aplicó la técnica documental en la que se realizó una síntesis desarrollada analíticamente que toma como base el texto, dicha técnica se realizó a través de los censos de atención preventiva anuales y producción de servicios anuales que el Ministerio de Salud facilita en la atención primaria desde el año 2011 al 2021, etc. Este instrumento facilitará la clasificación del material mediante una matriz de resumen analítico. (Ver anexo 5).

4.3. PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS E INFORMACION Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

Durante la etapa inicial de la investigación, la clasificación de la información para la interpretación de esta fue a través de planteamientos teóricos mencionados previamente y luego se procedió al análisis de cada apartado establecido en la variable de la atención preconcepcional utilizando el análisis de contenido y el resumen analítico y se procedió a su ordenamiento de información de acuerdo con los indicadores descritos.

Así mismo para una presentación sistemática de los resultados se vació la información en una matriz de análisis de contenido y de resumen analítico, permitiendo así presentar los datos obtenidos tanto cualitativa como cuantitativa.

4.4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Para la jornada de socialización, los resultados se presentarán a través de la plataforma virtual: Google Meet por medio de la técnica expositiva, a través de una presentación de Power Point, que será expuesta y defendida por cada una de las investigadoras frente al tribunal calificador en una fecha establecida por la coordinadora de proceso de trabajo de grado, para dicha defensa se utilizará una agenda en la que se detallará las actividades a realizar.

CAPÍTULO V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. EVOLUCIÓN DE LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO

Nombre del documento	LINEAMIENTOS		
	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal, Parto, Puerperio y al Recién Nacido. Servicios en SSR para Atención de Emergencias o Desastres.
Año de actualización	2011	2012	2021
Nombre del apartado	VIII. Cuidado preconcepcional	VIII. Cuidado preconcepcional	IV. Disposiciones técnicas 1. Atención preconcepcional
	<p>Riesgo reproductivo Es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo. Puede deberse a situaciones familiares, sociales, biológicas o comportamientos sexuales de riesgo.</p>	<p>Riesgo reproductivo Es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo. Puede deberse a situaciones familiares, sociales, biológicas o comportamientos sexuales de riesgo.</p>	<p>Atención preconcepcional Conjunto de intervenciones de promoción, prevención, valoración del riesgo que identifican condiciones de tipo biológico, hábitos, comportamientos o condiciones sociales que puedan convertirse en riesgos para la salud materno-perinatal. Para producir el mejor resultado posible, se requiere que estos riesgos se intervengan antes del embarazo.</p> <p>A toda usuaria que desea embarazarse la atención preconcepcional se le debe brindar con al menos seis meses previos a la búsqueda del embarazo.</p>

	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal, Parto, Puerperio y al Recién Nacido. Servicios en SSR para Atención de Emergencias o Desastres.
	<p>Cuidado preconcepcional Conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo. Toda usuaria que desea embarazarse, el cuidado preconcepcional se le debe de brindar seis meses previos a la búsqueda del embarazo. El promotor de salud, como miembro del Ecos Familiar, debe identificar a mujeres en edad fértil que desee embarazarse, y referir a consulta preconcepcional.</p>	<p>Cuidado preconcepcional Conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo. Toda usuaria que desea embarazarse, el cuidado preconcepcional se le debe de brindar seis meses previos a la búsqueda del embarazo. El promotor de salud, como miembro del Ecos Familiar, debe identificar a mujeres en edad fértil que desee embarazarse, y referir a consulta preconcepcional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta preconcepcional Inicia con la entrevista a una mujer o pareja por parte de un profesional del equipo de salud (personal médico, enfermería o profesional materno infantil), antes de la concepción, con el objetivo de detectar, corregir o disminuir factores de riesgo reproductivo de forma oportuna. La consulta preconcepcional aplica para mujeres a partir de 18 años, con deseo de embarazo expresado de forma verbal o al indagarse por el personal de salud con o sin factores de riesgo identificados. Sus objetivos son Identificar factores de riesgo, conductas y patologías que condicionan riesgo reproductivo para la mujer y el recién nacido; proporcionar la atención en el nivel que corresponda; realizar educación de acuerdo con el caso.
	Lineamientos Técnicos para la	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional,

	Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Período Preconcepcional, Prenatal Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Prenatal, Parto, Puerperio y al Recién Nacido. Servicios en SSR para Atención de Emergencias o Desastres.
	<p>Consulta preconcepcional Es una consulta brindada, por médico(a), enfermera(o) y licenciada(o) materno infantil; a una mujer y su pareja, o a una mujer previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. Durante esta consulta se debe explorar a través de la</p>	<p>Consulta preconcepcional Es una consulta brindada, por médico(a), enfermera(o) y licenciada(o) materno infantil; a una mujer y su pareja, o a una mujer previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. Durante esta consulta se debe explorar a través de la Hoja Filtro, si la mujer presenta</p>	<p>Riesgo reproductivo (RR): Probabilidad de que una mujer embarazada o su hijo/a sufran un evento adverso en el proceso en cuestión.</p> <p>Las usuarias que tienen antecedentes o condiciones de riesgo relacionadas con los embarazos anteriores deben ser derivadas a la atención de riesgo reproductivo preconcepcional (RRP).</p> <p>Las usuarias mayores de 35 años, así como las identificadas con patologías o condiciones no relacionadas con el embarazo deben ser derivadas a la consulta RRP para su atención integral por la condición de la edad como factor de riesgo, previa consejería integral por parte del</p>

	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal, Parto, Puerperio y al Recién Nacido. Servicios en SSR para Atención de Emergencias o Desastres.
	<p>Hoja Filtro, si la mujer presenta condiciones biológicas o sociales que incrementan su riesgo reproductivo. Si se detectan factores de riesgo reproductivo o existe el antecedente de recién nacido con malformaciones congénitas, enfermedades crónicas degenerativas o metabólicas, la mujer deberá ser remitida a consulta con el médico gineco obstetra, quien definirá si se requiere interconsultas con otras especialidades médicas</p>	<p>condiciones biológicas o sociales que incrementan su riesgo reproductivo. Si se detectan factores de riesgo reproductivo o existe el antecedente de recién nacido con malformaciones congénitas, enfermedades crónicas degenerativas o metabólicas, la mujer deberá ser remitida a consulta con el médico gineco obstetra, quien definirá si se requiere interconsultas con otras especialidades médicas, con el fin de determinar si la mujer se encuentra en condiciones</p>	<p>personal de salud que la evalúa en ese momento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades en la consulta preconcepcional, en todos los niveles de atención. <p>1. Inscripción de control preconcepcional</p> <p>Llenado de Hoja de Inscripción: Cuando una paciente manifiesta el deseo de embarazo o se obtiene este dato durante la anamnesis de una morbilidad, se debe inscribir a control preconcepcional con el llenado de la respectiva hoja, con el objetivo de identificar a las mujeres con o sin factores de riesgo:</p>

	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal, Parto, Puerperio y al Recién Nacido. Servicios en SSR para Atención de Emergencias o Desastres.
	<p>, con el fin de determinar si la mujer se encuentra en condiciones óptimas para embarazarse o si se requiere realizar acciones previas tales como el cambio de medicación, cambios de estilo de vida, tratamiento en enfermedades que pueden ser transmitidas por la madre al feto, entre otros. Si se detecta factores de riesgo y la usuaria no es candidata a embarazo, asegúrese de brindar consejería y oferta de métodos de planificación familiar.</p>	<p>1. óptimas para embarazarse o si se requiere realizar acciones previas tales como el cambio de medicación, cambios de estilo de vida, tratamiento en enfermedades que pueden ser transmitidas por la madre al feto, entre otros. Si se detecta factores de riesgo y la usuaria no es candidata a embarazo, asegúrese de brindar consejería y oferta de métodos de planificación familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que no se identifique riesgo, se continúa con el control preconcepcional indicando el primer control, para llenado de la hoja de consulta de seguimiento, reporte de exámenes en un periodo no mayor a 30 días y los controles subsecuentes cada 2 meses, hasta lograr embarazo (no hay un límite de controles). • La duración de la consulta de inscripción preconcepcional debe ser 45 minutos y de 20 minutos la consulta de seguimiento. • En caso de identificar algún factor riesgo, que al momento de la consulta contraindique el embarazo, se debe brindar consejería sobre uso de métodos anticonceptivos, proporcionar el el método optado por la paciente y referir a consulta de riesgo reproductivo preconcepcional (CRRP)

	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal, Parto, Puerperio y al Recién Nacido. Servicios en SSR para Atención de Emergencias o Desastres.
	<p>Actividades a realizar durante la consulta preconcepcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Llene Hoja Filtro de la consulta preconcepcional → Realice Historia clínica completa → Investigue enfermedades crónicas concomitantes → Mida talla y peso corporal → Evalúe el estado nutricional con el Índice de Masa Corporal (IMC) → Determine Tensión Arterial 	<p>Actividades a realizar durante la consulta preconcepcional</p> <ul style="list-style-type: none"> → Llene Hoja Filtro de la consulta preconcepcional → Realice Historia clínica completa → Investigue enfermedades crónicas concomitantes → Mida talla y peso corporal → Evalúe el estado nutricional con el Índice de Masa Corporal (IMC) → Determine Tensión Arterial → Efectúe examen físico completo → Realice Inspección cervical y toma de PAP → Verifique vigencia de esquema vacunación antitetánica y anti-rubeola. 	<ul style="list-style-type: none"> → Historia clínica: está incluida en la hoja de inscripción, debe ser completa, incluyendo datos generales, antecedentes personales y familiares, antecedentes reproductivos, vacunas. → Examen físico completo: toma de frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), temperatura (T°) y medidas antropométricas (peso, talla, IMC) examen de cabeza, tórax, mamas, abdomen, genitales externos, genitales internos con colocación de espéculo, toma de citología cérvico vaginal (si aplica), evaluación bimanual de útero y anexos, examen de las extremidades y piel. → Evaluar estado nutricional

	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal, Parto, Puerperio y al Recién Nacido. Servicios en SSR para Atención de Emergencias o Desastres.
	<ul style="list-style-type: none"> → Efectúe examen físico completo → Realice Inspección cervical y toma de PAP → Verifique vigencia de esquema vacunación → Antitetánica y anti-rubeola. → Realice evaluación Odontológica → Prescriba micronutrientes para disminuir defectos del tubo neural → Solicite Tipeo-Rh → Prevención de la transmisión vertical del VIH → Eliminación de sífilis congénita 	<ul style="list-style-type: none"> → Verifique vacunación anti influenza pandémica H1N1 → Realice evaluación Odontológica → Prescriba micronutrientes para disminuir defectos del tubo neural → Solicite Tipeo-Rh → Prevención de la transmisión vertical del VIH → Eliminación de sífilis congénita 	<ul style="list-style-type: none"> → Prescripción de micronutrientes en el periodo preconcepcional → Evaluación odontológica → Hemoglobina/hematocrito → Tipeo Rh → Prevención de la transmisión vertical del VIH → Prevención de sífilis congénita <p>2. Como manejar factores de riesgo preconcepcional</p> <ul style="list-style-type: none"> → Factores de riesgos generales → Factores de riesgos mentales → Factores de riesgos relacionados a antecedentes obstétricos → Factores de riesgo de carácter social → Factores de riesgo relacionados con estilos de vida → Factores de riesgo por consumo de sustancias

	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal, Parto, Puerperio y al Recién Nacido. Servicios en SSR para Atención de Emergencias o Desastres.
			<p>Consulta de riesgo reproductivo preconcepcional (CRRP) Para el continuo de atención, se promueve la consulta de riesgo reproductivo preconcepcional (CRRP), con el fin de corregir o eliminar aquellos factores de riesgo, que puedan comprometer la vida de la mujer al presentar un embarazo y así obtener el embarazo en las mejores condiciones, reduciendo la probabilidad que la madre y su futuro hijo(a) puedan enfermar o morir.</p> <p>Se considerará que una mujer en edad fértil (MEF), tiene riesgo reproductivo preconcepcional (RRP), cuando presente una enfermedad o condición que aumente la probabilidad de sufrir mortalidad materna y perinatal superior a la de la población general</p>

	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal, Parto, Puerperio y al Recién Nacido. Servicios en SSR para Atención de Emergencias o Desastres.
			<p>Identificación de pacientes con RRP El personal de salud durante la atención integral de toda mujer en edad reproductiva, debe considerar los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres en edad fértil con enfermedad o condición de base, deben ser identificadas por los prestadores de salud y ser referidas. • Atender a la paciente de forma oportuna en la CRRP, ante la presencia de una o más de estas enfermedades o condiciones • Referir a la CRRP al nivel correspondiente, al identificarse mujeres en edad reproductiva con enfermedad de base (enfermedad o condición) según los Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta. <p>Consulta de riesgo reproductivo preconcepcional El personal del establecimiento de salud debe cumplir las siguientes actividades</p>

	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal, Parto, Puerperio y al Recién Nacido. Servicios en SSR para Atención de Emergencias o Desastres.
			<p>A) Recibir la referencia de MEF con enfermedades o condiciones de RRP y establecer una cita (idealmente en un periodo no mayor de 15 días).</p> <p>b) Atender las referencias internas del personal de salud del establecimiento que proporciona atención a MEF, que presenten enfermedades / condiciones de alto riesgo, procurando que sea vista ese mismo día, independientemente de la especialidad médica por la que haya sido evaluada</p> <p>c) Organizar la CRRP en los establecimientos de salud por medio de un mecanismo de citas escalonadas, considerando el talento humano y la capacidad instalada.</p> <p>d) La consulta según su complejidad puede ser proporcionada por médico ginecólogo, médico de familia o médico general, tomando en consideración las siguientes intervenciones:</p>

	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal Parto, Puerperio y al Recién Nacido.	Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal, Parto, Puerperio y al Recién Nacido. Servicios en SSR para Atención de Emergencias o Desastres.
			<p>→ Evaluación del RRP Anamnesis encaminada a la valoración del riesgo según enfermedad o condición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos personales • Hábitos; alcoholismo, tabaquismo o drogadicción • Antecedentes familiares, médicos, ginecológicos–obstétricos y personales: de acuerdo a la enfermedad de base debe indagarse: duración, tratamiento, episodios de gravedad; así mismos antecedentes médicos de la pareja y familiares de la pareja. <p>→ Examen clínico completo</p> <p>→ Pruebas complementarias</p> <p>→ Consejería integral</p> <p>→ Seguimiento comunitario de MEF con RRP.</p>

5.2. OPERATIVIZACIÓN DE LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL, SEGÚN BASE DE DATOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

5.2.1. ACTIVIDADES ASISTENCIALES DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

Departamentos de El Salvador	Indicadores de valoración										
	Contenido		Inscripciones de Atenciones Preconcepcionales por departamento.								
	Documento		Documentos numéricos o estadísticos.								
	Fuente de Información		Primaria.								
	Tipo de Documento		Censos de atención preventiva anuales y producción de servicios anuales.								
	Años de registro de datos										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ahuachapán	0	0	61	593	450	273	632	792	365	365	459
Santa Ana	0	0	74	898	1,027	428	1,117	992	433	311	289
Sonsonate	0	0	93	1,072	222	347	732	775	401	333	419
Chalatenango	0	0	99	307	721	720	964	877	473	469	558
Cabañas	0	0	34	507	400	141	300	349	145	157	253
La Libertad	0	0	114	1,114	1,550	603	1,051	1,027	531	575	572
San Salvador	0	0	438	4,143	4,776	1,202	1,035	1,188	584	507	599
Cuscatlán	0	0	102	1,009	1,187	337	440	426	229	203	311
La Paz	0	0	40	323	492	371	481	484	286	247	301
San Vicente	0	0	44	349	394	343	448	368	205	544	413
Usulután	0	0	337	463	1,170	668	957	918	412	367	454
San Miguel	0	0	63	288	797	514	537	586	289	164	225
Morazán	0	0	589	1,682	1,260	478	677	533	207	215	261
La Unión	0	0	182	307	604	329	398	317	176	175	222
Total	0	0	2,270	13,085	16,050	6,757	9,769	9,632	4,736	4,632	5,336

5.2.2. ACTIVIDADES EDUCATIVAS DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL, SEGÚN INFORMES ESTADÍSTICOS DEL MINISTERIO DE SALUD

Rangos de edades	Indicadores de valoración											
	Contenido		Consejerías preconceptionales en mujeres y hombres según grupos de edades proporcionadas por el MINSAL y FOSALUD.									
	Documento		Documentos numéricos o estadísticos									
	Fuente de Información		Primaria									
	Tipo de Documento		Informe estadístico de actividades de promoción de la salud									
	Años de registro de datos											
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
10 – 11 años	0	0	0	1,119	905	871	352	294	282	177	0	
12 – 18 años	0	0	0	11,522	9,235	6,165	3,573	2,673	3,087	1,182	0	
19 años	0	0	0	10,982	10,251	9,297	5,806	4,110	4,358	1,693	2,577	
20 – 49 años	0	0	0	27,828	28,138	24,266	18,890	14,770	16,935	8,390	8,060	
Total	0	0	0	51,541	48,529	40,599	28,847	21,847	24,662	11,442	10,637	

5.2.3. PROFESIONALES SANITARIOS QUE PROPORCIONAN LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL.

Indicadores de valoración	
Contenido	Profesional sanitario (Médico, Enfermería y Licenciada/Licenciado en salud materno infantil) que proporcione atención preconcepcional.
Documento	Ninguno.
Fuente de Información	Ninguno.
Tipo de Documento	Ninguno.
Años de registro de datos	2011 al 2021.

5.2.4. RECURSOS MATERIALES E INFRAESTRUCTURA NECESARIA PARA LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

Indicadores de valoración	
Contenido	Unidades Comunitarias de Salud Familiar de El Salvador, Categorización de la infraestructura de las unidades comunitarias, Equipamiento de Unidades Comunitarias de Salud Familiar para la atención preconcepcional.
Documento	Informe de Labores 2018-2019. Lineamientos técnicos para la categorización de establecimientos prestadores de servicios de salud del Ministerio de Salud 2021.
Fuente de Información	Primaria.
Tipo de Documento	Documento escrito.
Resultados	Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF)

	UCSF-B Básicas: 422, UCSF Intermedias: 293 y UCSF Especializadas: 39.
	<p>Categorización de la infraestructura de las unidades comunitarias:</p> <p>UCSF-B Básicas: Fase 1: 65%, Fase 2: 75% y Fase definitiva: 95%</p> <p>UCSF Intermedias: Fase 1: 65%, Fase 2: 75% y Fase definitiva: 95%</p> <p>UCSF Especializadas: Fase 1: 65%, Fase 2: 75% y Fase definitiva: 95%</p>
	<p>Equipamiento de Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas, Intermedias y Especializadas necesaria para la atención preconcepcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Báscula para adulto • Canapé médico • Lámpara para examen • Tensiómetros

5.3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La atención preconcepcional en el Sistema de Nacional Salud, se encuentra plasmada y detallada en los “Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido, Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres”, los cuales desde su publicación han brindado directrices de forma integral según lo especifica el Reglamento de Maternidad Segura, donde se destaca que su fin principal es el desarrollo e implementación de estrategias y acciones que contribuya a mujeres y hombres , la accesibilidad de la información y actualización de los conocimientos básicos vinculados a la educación y promoción en salud reproductiva, conductas de riesgo y la procreación responsable.

A partir de la revisión de los mismos Lineamientos, se evidencian que si hay actualizaciones y/o modificaciones a través de los años de la atención preconcepcional, durante la primera edición dada en el año 2011 y segunda edición del año 2012, los cambios son mínimos pero importantes para la mujer que recibe dicha atención ya que dentro de sus actividades incluyen la aplicación de la vacuna anti-influenza pandémica H1N1, se puede resaltar la mayor actualización de estos lineamientos con respecto a la atención preconcepcional, se encuentra en la tercera edición realizada en el 2021, la cual expone disposiciones sobre la atención de una mujer en riesgo reproductivo.

Entre los cambios más notables y significativos de la tercera edición emitida por el ministerio de salud, destaca que se incluye en su título de los lineamientos: “Servicios en Salud Sexual y Reproductiva para atención de emergencias o desastres”, esto nos indican que esta actualización surge como respuesta a la situación acontecida mundialmente por la Pandemia del COVID 19, ya que el Sistema Nacional de Salud no contaba con directrices de manejo de Salud Sexual Reproductiva en situaciones de emergencia, por lo cual en el año 2020 tuvieron que cesar la recepción de dichas atenciones, teniendo en cuenta que la Salud Sexual y Reproductiva es un derecho de la población.

Dentro de su contenido destacan el enfoque de su terminología, iniciando que el término cuidado preconcepcional es modificado y hoy utilizado como atención preconcepcional donde se destaca la importancia de la prevención y valoración de prevenir riesgos prenatales e infantiles, también la consulta preconcepcional es más detallada en sus actividades y a quienes va dirigida esta atención.

En relación al riesgo reproductivo que se enlista en dicho documento, resalta la importancia no solo de identificar dichos riesgos, sino brindar una atención especializada llamada **atención de riesgo reproductivo preconcepcional**, la cual consiste en una atención de un periodo no mayor de 15 días de la detección del riesgo, todo ello con el fin de corregir o eliminar aquellos factores de riesgo, que puedan comprometer la vida del binomio, en dicha atención la Anamnesis debe ser encaminada a la valoración del riesgo según enfermedad o condición que se presente.

Algo importante de resaltar es, que al no identificar algún tipo de riesgo en la mujer él o la profesional en salud proporciona un seguimiento subsecuente, que ser cada 2 meses hasta concebir el embarazo deseado, esto quiere decir, que no hay un límite de controles subsecuentes, dicha atención no se brindaba con anterioridad ya que no se describía en los lineamientos anteriores, la cual es imprescindible para el continuo monitoreo de la mujer.

En cuanto a la operativización de las actividades desarrolladas según los lineamientos técnicos sobre la atención preconcepcional, se ha obtenido un resultado de 72,267 inscripciones preconcepcionales en los once años documentados, sin encontrar ningún dato registrado para los años 2011 y 2012 de dicha atención.

Así mismo para el año 2015, se evidencia que se dieron 16,050 inscripciones preconcepcionales registradas, siendo este uno de los años con mayores inscripciones; en cuanto al departamento con mayor atención preconcepcional es San Salvador con 4,776 y el menor San Vicente con 394 atenciones. Otro aspecto importante es que el año con menos atenciones registradas fue el 2013 con 2,270 inscripciones preconcepcionales, siendo el municipio de Morazán con mayor atención brindada de 589 inscripciones preconcepcionales y el municipio con menor número de registros es Cabañas con 34 atenciones preconcepcionales.

Para el año 2014 se registró un total de 13,085 inscripciones preconcepcionales con el departamento más sobresaliente han sido San Salvador con 4,143 atenciones preconcepcionales y el departamento con menos atenciones preconcepcionales fue San Miguel con 288 atenciones registradas para este año. Además, para el año 2016 se registró un total de 6,757 inscripciones preconcepcionales con el departamento que brindo mayor número fue San Salvador con 1,202 atenciones preconcepcionales y el departamento con menor atención preconcepcional fue Cabañas con 141 atenciones.

En lo que corresponde al año 2017, se registró un total de 9,769 inscripciones preconcepcionales con el departamento de mayor registro de atenciones fue Santa Ana con 1,117 atenciones preconcepcionales y el departamento con menos atenciones preconcepcionales fue Cabañas con 300 atenciones preconcepcionales. Para el año 2018 se registró un total de 9,632 inscripciones

preconcepcionales, el departamento con mayor número de atenciones registradas fue San Salvador con 1,188 atenciones preconcepcionales y el departamento con menor atención preconcepcional fue La Unión con 317 atenciones.

En cuanto al año 2019 se registró un total de 4,736 inscripciones preconcepcionales con el departamento de mayor registro de atenciones fue San Salvador con 584 atenciones preconcepcionales y el departamento con menos atenciones preconcepcionales fue Cabañas con 145 atenciones. Observándose en el año 2020 un registró total de 4,632 inscripciones preconcepcionales con el departamento de mayor registro de atenciones fue La Libertad con 575 atenciones preconcepcionales y el departamento con menos atenciones preconcepcionales fue Cabañas con 157 atenciones preconcepcionales.

En el año 2021, se realizó un registró total de 5,336 inscripciones preconcepcionales con el departamento de mayor registro de atenciones fue San Salvador con 599 tenciones preconcepcionales y el departamento con menos atenciones preconcepcionales fue La Unión con 222 atenciones preconcepcionales.

Al igual para las consejerías preconcepcionales, se obtuvo un resultado de 237,788 consejerías brindadas, en los grupos etarios de 10 a 49 años de edad para ambos sexos; donde no se encontró ningún registro de consejerías preconcepcionales, fue para los años 2011, 2012 y 2013, cabe resaltar que para el 2014 fue el mayor número de consejerías preconcepcionales registradas con 51,451 y el año con menor consejerías fue el año 2021 con 10,637 consejerías preconcepcionales. Tomando en cuenta que la mayoría de la población beneficiada con estas consejerías es para las mujeres con un total de 216, 770 mujeres entre las edades de 10 a 49 años.

Con respecto a los profesionales sanitarios, que proporcionan atención preconcepcional, no se encontró ninguna evidencia, sobre quiénes, proporcionan esta atención en los diferentes centros de salud, de primer nivel, lo mismo sucede, para son los recursos materiales e infraestructura necesaria, que facilite la atención preconcepcional no existe una información específica, sin embargo, se logró consultar de manera general el número de unidades comunitarias disponibles

donde brindan atención preconcepcional UCSF-B Básicas: 422, UCSF Intermedias: 293 y UCSF Especializadas: 39. Con respecto a la infraestructura de establecimientos de salud, se encontró que se cuenta con la categorización de la infraestructura de las unidades comunitarias, que estos están disponibles en el 95% de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas, Intermedias y Especializadas cuentan con infraestructura y equipamiento adecuado para brindar la atención preconcepcional.

Después de analizar de la atención preconcepcional a través de las actividades asistenciales y educativas podemos evidenciar que el rol del profesional en Salud Materno Infantil es de suma importancia al brindar una atención con calidad y calidez, destacando la utilización de los instrumentos con lo que se cuentan como la hoja de inscripción; es indispensable para obtener un panorama de la historia clínica de la usuaria, sin embargo podemos destacar que esta atención de preferencia debe brindarse en pareja, en este documento legal no cuenta con un apartado de la historia clínica de su cónyuge.

Otro punto a considerar como profesionales es la atención del riesgo reproductivo preconcepcional, al contar con una población poca interesada en la preparación de una gestación es importante recalcar el trabajo como profesionales capacitados en identificar los riesgos reproductivos de las usuarias y lograr una referencia adecuada y oportuna para el bienestar del binomio en su totalidad en un futuro.

CONCLUSIONES

Una vez terminada la revisión de documentos, y realizada la interpretación y análisis de los lineamientos de la atención preconcepcional, desarrollada por el Sistema de Salud Público de El Salvador del 2011 al 2021:

1. Los cambios aplicados en los lineamientos sobre atención preconcepcional se puede establecer las siguientes conclusiones:
 - a) Los Lineamientos Técnicos que amparan la atención preconcepcional solo se han presentado dos ediciones, esto lo respalda el acuerdo n° 517 del órgano ejecutivo del órgano de la salud inciso 6 establece que en el año 2011 se emitieron los lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y Recién Nacido el cual es necesario actualizar con el fin de mejorar la atención integral en salud durante las etapas preconcepcional, parto, puerperio y cuidados del Recién Nacido en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Por tanto, en uso de las facultades legales acuerda emitir el siguiente: lineamiento técnico para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al Recién Nacido; servicios en SSR para atención de emergencias o desastres.
 - b) Uno de los cambios realizados en los lineamientos del año 2012, es la incorporación en su título de la palabra **prenatal**, ya que en su edición anterior se encuentra detallado el contenido relacionado a la atención prenatal pero no se hace énfasis en su título; por otro lado, en las actividades de la atención preconcepción se incluye la implementación de aplicación de vacunación anti influenza pandémica H1N1.
 - c) La tercera edición emitida en el 2021 incorpora en su título **Servicios en SSR Para Atención de Emergencias o Desastres**, esto para tener criterios y directrices de atención en la población en situaciones especiales que el país pueda atravesar y no descuidar atenciones para el binomio madre-hijo; por otro lado, dentro de su contenido del apartado de atención preconcepcional destacándose la:

- Modificación del término de cuidado preconcepcional para convertirse en atención preconcepcional
 - Incorporación de papelería específica para la atención,
 - Reporte de exámenes obligatorio en un periodo de 30 días
 - Realización de atenciones subsecuentes cada 2 meses
 - Duración de la inscripción será de 45 minutos y 20 para la atención subsecuente 20 minutos.
 - Incorporación de implementación de métodos anticonceptivos para mujeres en riesgo preconcepcional, consulta y manejo de factores riesgo reproductivo preconcepcional.
2. En cuanto a la operativización de las actividades desarrolladas según los lineamientos técnicos sobre la atención preconcepcional, se encontró 72,267 inscripciones preconcepcionales en los once años documentados.

Para el año 2015 se presenta 16,050 inscripciones preconcepcionales registradas, siendo este uno de los años con mayor inscripción y el año con menos atenciones registradas fue para el 2013 con 2,270 inscripciones preconcepcionales, siendo el departamento con mayor atención brindada en San Salvador con 14,472 y Cabañas con 2,286 obteniendo la menor cantidad de atenciones en los once años documentados.

Así como también para las consejerías preconcepcionales se obtuvo un resultado de 237,788 consejerías brindadas, en los grupos etarios de 10 a 49 años de edad para ambos sexos; donde no se encontró ningún registro de consejerías preconcepcionales para los años 2011, 2012 y 2013, cabe resaltar que para el 2014, se registró el mayor número de consejerías preconcepcionales registradas con 51,451 y el año con menor cantidad de consejerías fue el año 2021 con 10,637.

Con respecto a los y las profesionales sanitarios que proporcionan atención preconcepcional no se encontró ninguna evidencia de quiénes proporcionan esta atención en los diferentes centros de salud de primer nivel, así mismo de los recursos materiales e infraestructura necesaria para la atención preconcepcional.

RECOMENDACIONES

Considerando la importancia que tiene la Atención Preconcepcional, y de acuerdo con los resultados, se debe realizar:

- Actualización periódica de documentos relacionados a la atención preconcepcional en las diferentes plataformas de información verídica del Ministerio de salud de El Salvador.
- Crear una base de datos que refleje las atenciones preconcepcionales subsecuentes ya que al realizar la investigación esta información, no se evidencia en los diferentes documentos como censos, memorias e informes de atención preventiva anuales y otros que reflejen la producción de servicios anuales.
- Implementar un sistema en el cual se evidencie adecuadamente el personal de salud que da las atenciones preconcepcionales en las diferentes unidades comunitarias de salud familiar.
- Evaluar sistemática y de manera adecuada, las actividades de consejería y educación preconcepcional que se imparten en los diferentes centros de salud sobre esta atención.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de salud 2012. Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y recién nacido. 3° ed. San Salvador: Imprenta Offset Ricaldone, pp.1-12.
2. Jandres M. Atención preconcepcional: brechas en la atención de salud sexual y reproductiva en El Salvador. Revista ALERTA. 2019; 2(2). DOI: <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i2.7938>
3. Korenbrot C.C., Steinberg A., Bender C. et al. Preconception Care: A Systematic Review Maternal and Child Health Journal, 2002;6 (2):75--88. [Internet] [Seen august 2018], Available in http://americas.evipnet.wikibvs.org/img_auth.php/c/cd/Article_matern_child_health_j_2002.pdf.
4. Zhao et al. Factors influencing the quality of preconception healthcare in China: applying a preconcepcional instrument to assess healthcare needs. BMC Pregnancy and Childbirth 2014, 14:360 [Internet] [Seen august 2020], Available in <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/360>.
5. Lau López S., Rodríguez Cabrera A., Pría Barros MC. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Cubana de Salud Pública. 2013;39(5):836-849. [visto: 21 de mayo 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500004.
6. Navas Ábalos N, Castillo Fernández FA, Campos Martínez A. Caracterización del riesgo preconcepcional. Hospital Provincial Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba [Internet] visto agosto 2020, Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v10n2/amc070206.pdf>.

7. Arrate Negret M.M., Linares Despaigne MJ, Cuesta Navarro A.L., Isaac Rodríguez LM y Molina Hechavarría V. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN 2017; 21(2):147 [visto: 21 de mayo 2020]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n2/san03212.pdf>.
8. Roviralta Puente C, Rodríguez Valiente S, Valdez González J., et al. La consulta preconcepcional en el Área de Salud de Toledo [Internet] REV CLÍN MED FAM 2013; 6. (1):10-16. Recuperado a partir de: <http://revclinmedfam.com/PDFs/3fe94a002317b5f9259f82690aeea4cd.pdf>.
9. Organización Panamericana de Salud, Instituto Nacional de Salud Colombia. Resultados de la implementación del sistema de vigilancia de la mortalidad materna basada en la web, Colombia, 2015. [Internet] [Visto: junio 2020] Recuperado a partir de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33714>.
10. González Portales A., Rodríguez Cabrera A.; Jiménez Ricardo M. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2016; 32(3) [citado 21 de mayo 2020] Recuperado a partir http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&.
11. Pérez Chacón JA, Morataya Torres I, Paz Chavarría MJ (Bach). Conocimientos sobre atención preconcepcional en mujeres en edad fértil. Unidad comunitaria de salud familiar Zacamil. Enero - febrero 2013[Trabajo final de doctorado en medicina en Internet]. [El Salvador]. Universidad de El Salvador, 2013[citado 31 de agosto de 2020]. Recuperado a partir de <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16951>.
12. Martínez FJ, Navarro López CR, Pérez Portillo RJ (Bach). Identificación de factores de riesgo preconceptionales en mujeres en edad fértil que consultan a Equipo Comunitario de Salud Familiar La Fosa, San Salvador. Febrero-junio de 2014[Trabajo final de doctorado en medicina en Internet]. [El Salvador]. Universidad de El Salvador, 2013[citado 31 de agosto de 2020]. Recuperado a partir de <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16915>.

13. Campos Machado MB, Duke González IY, Echegoyen de Morales GM (Bach). Conocimientos sobre consulta preconcepcional en adolescentes de 15 a 19 años pertenecientes al territorio de Unidades Comunitarias de Salud Familiar La Presita, Uluazapa, San Miguel y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Alegría, Usulután. Periodo junio-agosto de 2015[Trabajo final de doctorado en medicina en Internet]. [El Salvador]. Universidad de El Salvador, 2013[citado 31 de agosto de 2020]. Recuperado a partir de <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/17017>.
14. Osorio Zapata JC, Salas de Chávez PM (Bach). Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil de 15 a 35 años usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar San Isidro, Morazán y San Felipe, Pasaquina, La Unión año 2017[Trabajo final de doctorado en medicina en Internet]. [El Salvador]. Universidad de El Salvador, 2017 [citado 31 de agosto de 2020]. Recuperado a partir de <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16965>.
15. Cunningham, F. and Williams, J., 2011. Obstetricia de Williams. 23rd ed. México: McGraw-Hill Interamericana, pp.174-186.
16. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2014 “Protocolo de atención preconcepcional”. Bogotá DC páginas 28-32.
17. Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la categorización de establecimientos de prestadores de salud. Lineamiento de Salud. San Salvador ; 2021. Páginas 9-12, 14-17, 29-30, 44-46, 109.

ANEXOS

ANEXO 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Elaboración del plan de investigación.	Entrega del plan de investigación.	Recolección de información.	Elaboración del informe final de investigación.	Entrega del informe final de investigación.	Presentación y defensa de la investigación.
Mes/Año						
2020						
Febrero	X					
Marzo	X					
Abril	X					
Mayo	X					
Junio	X					
Julio		X				
Agosto		X	X			
Septiembre			X	X		
Octubre			X	X		
Noviembre			X	X		
Diciembre			X	X		
2021						
Enero			X	X		
Febrero			X	X		
Marzo			X	X		
Abril			X	X		
Mayo			X	X		
Junio			X	X		
Julio			X	X		
Agosto			X	X		
Septiembre			X	X		
Octubre			X	X		
Noviembre			X	X		
Diciembre			X	X		
2022						
Enero			X	X		
Febrero			X	X		
Marzo				X	X	
Abril					X	
Mayo					X	
Junio					X	
Julio						X

ANEXO 2: PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	INSUMOS	VALOR UNITARIO	SUBTOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Diseño de documento	2 Estudiantes en SMI	\$ 300.00	\$600.00
TOTAL			\$600.00
RECURSOS MATERIALES			
1. Diseño de documentos	Resma de papel bond	\$4.00	\$12.00
	Impresiones	\$0.05	\$ 75.00
	Internet	\$66	\$726
	Folder	\$0.15	\$0.90
	Faster	\$0.10	\$0.60
	Anillado	\$2.00	\$6.00
	Empastado	\$8.00	\$16.00
	Viáticos	\$2.00	\$20.00
TOTAL			1,456.50
TOTAL DE IMPROVISTOS (10%)			156
TOTAL DE PRESUPUESTO DEL PROYECTO			1,612.50

ANEXO 3: CARTA DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN PÚBLICA

San Salvador, 17 de febrero de 2022.

Muy estimado licenciado:

Carlos Alfredo Castillo Martínez.

Oficial de Información del Ministerio de Salud.

Reciba un cordial y fraterno saludo, deseando que se encuentre cosechando abundantes bendiciones en su jornada laboral.

El motivo del presente es para realizar una solicitud de información amparada en el Art. 66 de la Ley de Acceso de la Información Pública (LAIP), cabe la aclaración que dicha información será utilizada con fines únicamente educativos y profesionales, esta misma es para ser utilizada en el **PLAN DE INVESTIGACIÓN DEL PROCESO DE GRADUACIÓN: nombrado ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO DE EL SALVADOR DESDE EL AÑO 2011 AL 2021.**

Dicho plan de investigación se encuentra siendo asesorado por la Licenciada Hermelinda Ulloa, correo electrónico: hermelindal@yahoo.com.mx, teléfono de contacto: 7143-1693.

La información solicitada consiste en los siguientes puntos:

1. Profesión del personal de salud que brinda atención preconcepcional a nivel nacional dividida por departamentos y de manera histórica desde el año 2011 hasta el 2021.
2. Número total de profesionales por profesión involucrada que brindan la atención preconcepcional a nivel nacional y departamental de manera histórica desde el año 2011 hasta el 2021.

Cabe la aclaración que se han revisado las respectivas memorias de labores y documentos encontrados en la página web oficial del Ministerio de Salud y no se ha logrado identificar la información solicitada.

Pido de manera muy atenta que la información solicitada se me pueda hacer llegar como respuesta al presente correo electrónico como archivo adjunto, de no ser eso posible, solicito se me brinde indicaciones de donde poder llegar con un dispositivo USB para poder obtener la información antes detallada.

Sin más que agregar por el momento, me despido muy cordialmente, agradeciendo su colaboración y transparencia y deseando que siga cosechando abundantes bendiciones en su fructuosa jornada laboral.

ATT: Karla Gabriela López.

Egresada en Salud Materno Infantil.

kgabylo2289@gmail.com

ANEXO 4: CARTA DE RESPUESTA DE INFORMACIÓN PÚBLICA



www.salud.gob.sv



RESOLUCIÓN DE ADMISIÓN Y ENTREGA DE INFORMACIÓN

Ministerio de Salud, Oficina de Información y Respuesta: En la ciudad de San Salvador, a las Quince horas del día Dieciséis de Marzo de dos mil veintidós.

El Suscrito Oficial de Información, Considerando:

Que habiéndose recibido la solicitud numero 2022/250 en la cual se requiere: Información relacionada a la Profesión del personal que brinda atención preconstitucional y numero total de profesionales por profesión involucrada que brindan atención pre-concepcional.

Fundamento y respuesta a solicitud.

A- Que con base a las atribuciones concedidas en los literales d), i), y j) del artículo 50 de la Ley de Acceso a la Información Pública, le corresponde al suscrito realizar los trámites necesarios para la localización y entrega de la información solicitada por los particulares, y resolver sobre las solicitudes de información que se sometan a su conocimiento.

B- El acceso a la información publica en poder de las instituciones es un derecho reconocido en nuestra legislación, lo que supone el directo cumplimiento al principio de máxima publicidad establecido en el artículo 4 LAIP.

C- El suscrito advierte que la solicitud presentada cumplió con todos los requisitos formales exigidos en los artículos 66 LAIP y 54 RELAIP, siendo procedente entregar lo solicitado, por ello se requirió a la Dirección de Políticas y Gestión, quienes posteriormente remitieron respuesta.

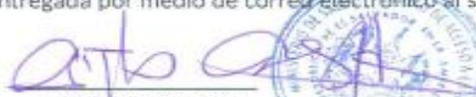
Por lo antes expuesto resuelve:

1a) Declarase procedente lo solicitado por la usuaria.

2b) Entréguese lo solicitado tal como se nos ha sido remitida.

Se hace constar que la misma sera entregada por medio de correo electrónico al solicitante.

Notifíquese.


Lic. Carlos Castillo
Oficial de Información

OFICINA DE INFORMACIÓN Y RESPUESTA,
Ministerio de Salud, Calle Arce N° 827, San Salvador
Tel. 2205-7123

ANEXO 5: MEMORÁNDUM DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN PÚBLICA



MINISTERIO
DE SALUD

N° 2022-9640-48

MEMORANDUM

PARA: Lic. Carlos Alfredo Castillo
Oficial de Información

DE: Dr. Ronald Alfonso Pérez Escobar
Director de Políticas y Gestión de Salud

FECHA: 11 de marzo de 2022

ASUNTO: Respuesta a Memorándum 2022-6017-1383



Deseando éxitos en cada una de sus gestiones le saludamos cordialmente.

Al respecto del memorándum 2022-6017-1383 requiriendo información comunicamos a ustedes que el Sistema de Información de Morbimortalidad en la Web SIMMOW brinda detalles de consultas de atención preconcepcional brindadas desde el año 2013 y cuantas de estas fueron brindadas por médicos o enfermeras, pero no detalla el número de recursos por profesión por año solicitado.

Agradeciendo de antemano sus atenciones

Muy atentamente

DIOS UNION LIBERTAD

Calle Arce #827, San Salvador, El Salvador. C.A. MINSAL
Unidad de Atención Integral a la Mujer y Hombre Adulto
Teléfonos (503) 2591-7386; Conmutador PBX (503) 2591-7000
www.salud.gob.sv



