



Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

Facultad de Medicina - Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

**“VALORACIÓN DE LA  
ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL SEGÚN  
PROFESIONALES SANITARIOS DE LA  
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA  
COMUNA DE CONCEPCIÓN”**

**Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva**

**CAMILA ANDREA MORALES HIDALGO**

**CONCEPCIÓN-CHILE**

Docente guía: Yolanda Contreras García  
Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina.

Docente co-guía: Paula de Orúe Ríos  
Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina

Año 2025.

Dedicado a mi mamá, Carmen Gloria.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia y amigos, quienes apoyaron y motivaron este trabajo.

A Hernán, quien con amor infinito acompañó esta etapa.

A mis profesoras guías, su paciencia y cariño fueron pilar en este estudio.

<b>ÍNDICE DE CONTENIDO</b>	<b>Páginas</b>
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
1.-INTRODUCCIÓN	1
2.-MARCO TEÓRICO	3
3.-OBJETIVOS	14
4.-MATERIAL Y MÉTODO	15
5.-RESULTADOS	20
6.-DISCUSIÓN	38
7.-CONCLUSIÓN	42
8.-LIMITACIONES	42
9.-PROYECCIONES	43
10.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
11.-ANEXOS	52

**ÍNDICE DE TABLAS****Página**

Tabla 1. Descripción del perfil de profesionales, muestra total y según disciplina.	21
Tabla 2. Descripción del conocimiento técnico del control preconcepcional, muestra total y según disciplinas.	23
Tabla 3. Descripción del conocimiento clínico de la prestación, muestra total y por disciplina (resumen)	25
Tabla 4. Descripción del conocimiento misceláneos de la prestación, muestra total y según disciplina.	27
Tabla 5: Valoración del control preconcepcional mediante la priorización de 5 dimensiones claves para su atención comparados por disciplina profesional (resumen)	29 y 30
Tabla 6: Comparación por año de programación y cumplimiento del control preconcepcional, el ingreso prenatal y la relación entre controles preconcepcionales realizados e ingresos prenatales en 8 Centros de Salud Familiar de la Comuna de Concepción.	32

**ÍNDICE DE FIGURAS****Página**

Figura N°1: Gráfico de cobertura de la programación anual del control preconcepcional por CESFAM de la población inscrita validada, período 2020 – 2024	33
Figura N°2: Gráfico del porcentaje de cumplimiento de la programación del control preconcepcional por CESFAM de la población inscrita validada, período 2020 – 2024	34
Figura N°3: Gráfico de cobertura efectiva del control preconcepcional por CESFAM de la población de la población inscrita validada, período 2020 – 2024	35
Figura N°4: Gráfico Tasa de ingresos prenatales por CESFAM de la población inscrita validada, período 2020 – 2024	36
Figura N°5: Gráfico de tendencia de tasa de ingresos de embarazo, cobertura programada y cobertura lograda del control preconcepcional de la comuna de Concepción en el período 2020 – 2024	37

## RESUMEN

El control preconcepcional representa una ventana de oportunidad para la salud perinatal. **Objetivo:** Analizar conocimiento y valoración de la atención preconcepcional en profesionales, junto a la cobertura alcanzada en establecimientos de atención primaria de salud, en la comuna de Concepción.

**Metodología:** Estudio observacional, ecológico y analítico en ocho centros de salud familiar, durante el año 2025. Muestra no probabilística de 32 profesionales, indagando conocimientos y valoración de la prestación. Se identificó programación y cobertura efectiva, en los centros, entre los años 2020-2024. Se realizó análisis uni y bivariado con el software Stata v.14.2. Aplicando pruebas paramétricas y no paramétricas según comportamiento de las variables, considerando un  $p$  valor  $\leq 0,05$ . Estudio aprobado por tres comités de ética institucionales. **Resultados:** Participaron 14 médicos y 18 matronas/es, quienes reconocen importancia del control preconcepcional. Se observó déficit en el conocimiento de la gestión de esta prestación en médicos, pero no en los conocimientos técnicos y clínicos. En cuanto a la valoración las priorizaciones se diferencian en el enfoque biomédico de médicos y biopsicosocial de matronas/es, tanto en su atención como educación a la población objetivo. Su programación en los centros, es reducida con baja cobertura efectiva, respecto de los ingresos prenatales y la población en edad fértil. La matronería es el principal proveedor de esta atención.

**Conclusiones:** Esta prestación es bien valorada por los profesionales, poco programada y menos demandada por la población. Se propone mejorar su gestión en los centros y reconocer estrategias de difusión para la población objetivo y para lograr la cobertura esperada.

**Palabras claves:** Atención preconcepcional, médicos, matronas, gestión en salud.

## **Abstract**

Preconception care represents a window of opportunity for perinatal health.

**Objective:** To analyze knowledge and assessment of preconception care among professionals, along with the coverage achieved in primary health care facilities, in Concepción. **Methodology:** Observational, ecological, and analytical study in eight family health centers, during the year 2025. Non-probabilistic sample of 32 professionals, investigating knowledge and assessment of the service. Effective programming and coverage were identified in the centers between the years 2020-2024. Univariate and bivariate analysis was performed with Stata v.14.2 software. Parametric and non-parametric tests were applied according to the behavior of the variables, considering a  $p$  value  $\leq 0.05$ . The study was approved by three institutional ethics committees. **Results:** 14 physicians and 18 midwives participated, who recognize the importance of preconception care. A deficit was observed in physicians' knowledge of the management of this service, but not in technical and clinical knowledge. Regarding assessment, priorities differ in the biomedical approach of physicians and the biopsychosocial approach of midwives, both in their care and education for the target population. Programming in centers is limited, with low effective coverage, compared to prenatal admissions and the childbearing population. Midwifery is the main provider of this care.

**Conclusions:** This service is highly valued by professionals, under-programmed, and less in demand by the population. It is proposed to improve its management in centers and identify dissemination strategies for the target population and achieve the expected coverage.

**Key words:** Preconception Care, Physicians, Midwifery, Health Management

## 1.- INTRODUCCIÓN

La baja utilización del control preconcepcional por parte de personas y parejas que planifican una gestación podría explicarse por la valoración y desconocimiento por parte de los proveedores de salud sobre la importancia de la atención preconcepcional y su impacto en la salud perinatal (1, 2).

Esta prestación en Chile, se incluye dentro del actual Programa de Salud de la Mujer a partir del año 1997 (2) con el objetivo de aminorar los riesgos biopsicosociales y ambientales para que un embarazo se dé en condiciones óptimas, tanto para la gestante como para su recién nacido/a y su familia. Además, se optimizan los resultados perinatales, esto considerando que, entre un 15% y un 20 % de los embarazos en Chile, tienen problemas de salud previos que deben ser controlados (3).

A pesar de la aplicación de las recomendaciones sobre salud preconcepcional y la incorporación de prestaciones de tipo preventivo, los indicadores clásicos de salud perinatal se mantienen con poca variabilidad dentro de los estándares aceptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo que se asocia a la alta cobertura de control prenatal y la atención profesional del parto. Sin embargo, las prestaciones de tipo preventivas como el control preconcepcional, tienen menor realización en comparación con las prestaciones mencionadas anteriormente; alcanzando una cobertura de un 1,7% en la atención primaria de salud según la encuesta nacional de salud del año 2011 – 2020 que fue el último monitoreo e instancia en donde se intentó potenciar esta atención (4).

En Inglaterra, un estudio publicado el año 2025, con datos registrados en la atención primaria muestra que un 7.6% de los embarazos confirmados tenían registro de realización de cuidados preconceptionales en el año previo a la gestación y que el 41% tuvo registro de haber recibido consejería sobre nutrición, tabaquismo, alcohol, anticoncepción (5). En Estados Unidos existen dos estudios, uno datos basados en registros de reclamos y atenciones realizadas por parte del seguro de salud del país el año 2021, que reporta que un 23.6% de gestantes tuvieron al menos un servicio preconcepcional registrado (6). El otro estudio, reportó que solo 14% de personas reciben servicios de preconcepción en visitas ambulatorias (7). Por otra parte, en una revisión realizada por investigadores italianos, se concluye que es importante aumentar la inversión en campañas de educación en salud pública dirigidas a la atención preconcepcional, junto a la formación de profesionales sanitarios que reciben usuarias/os que tienen la intención de embarazarse (8).

En el caso de Italia, no existe un indicador nacional actualizado que dé cuenta del porcentaje de mujeres que reciben controles preconceptionales comparable a los que publican Inglaterra o Estados Unidos. Estudios y revisiones italianas y europeas señalan que la prestación de consejo preconcepcional suele ser fragmentada y que la cobertura es generalmente baja en la práctica clínica cotidiana (8).

## 2.- MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la atención previa a la concepción como la prestación de servicios biomédicos, intervenciones de salud social y conductual para las mujeres y parejas antes de la concepción, y tiene como objetivo mejorar su estado de salud y reducir los comportamientos y los factores individuales y ambientales que contribuyen a los malos resultados de salud materno-infantil (9).

Existen estudios que reconocen el período previo a la concepción como un momento crítico para realizar intervenciones con el fin de mejorar los resultados de salud en un nivel multigeneracional para las mujeres y su descendencia e identifican la salud antes de la concepción como clave en la prevención, por ejemplo, de la obesidad en la infancia y adolescencia (10, 11).

Este período es una ventana de oportunidad en la que las mujeres pueden cambiar su estilo de vida en preparación para el embarazo, motivadas en mejorar sus condiciones de salud y disminuir factores de riesgo previo a la concepción (11, 12). Es probable que tener un estilo de vida saludable antes de la concepción conduzca a mejores resultados reproductivos y, en teoría, podría disminuir el gasto social.

En una revisión sistemática que incluyó 24 artículos, con una muestra de 2502 mujeres, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad y seguridad de la atención preconcepcional para mejorar los resultados maternos y fetales en mujeres con diabetes mellitus preexistente, se observó que la atención preconcepcional fue eficaz para reducir las malformaciones congénitas (RR: 0,25 [IC del 95 %: 0,15-0,42], el parto prematuro (RR: 0,70 [IC del 95 %: 0,55-0,90] y la mortalidad perinatal (RR: 0,35 [IC del 95 %: 0,15-0,82], entre otras patologías. Las mujeres que recibieron atención preconcepcional programaron su cita para el control prenatal con una anticipación promedio de 1,32 semanas en comparación con aquellas

mujeres que no tuvieron acceso a esta prestación (IC del 95 %: 1,23-1,40) (13).

En la década de los 80, David Barker epidemiólogo británico, planteó la hipótesis de que el bajo peso al nacer podría influir en la resistencia a la insulina, el metabolismo del colesterol, la coagulación sanguínea y la presión arterial en la edad adulta. La literatura científica, afirma que los factores intrauterinos más importantes que modulan el riesgo del recién nacido de padecer diversas enfermedades en su ciclo vital son trastornos endocrinológicos maternos, exposición intrauterina a toxinas, enfermedades infecciosas durante la gestación, la disfunción placentaria y la disminución de la disponibilidad de nutrientes debido a un mal estado nutricional materno (14, 15). Desde entonces, investigaciones han ido corroborando la teoría del origen del desarrollo de las enfermedades propuesta por Barker, que afirma que las influencias adversas en las primeras etapas del desarrollo, y en particular durante la vida intrauterina, pueden provocar cambios estructurales permanentes en la fisiología y el metabolismo de los recién nacidos, representando un factor de riesgo para la aparición de cardiopatía aterosclerótica en la vida adulta (16, 17).

Posteriormente, el año 2007, Baker propone que además deben considerarse otros factores como la malnutrición por exceso, el estrés materno durante la gestación, y factores ambientales con potencial capaz de interferir con la programación fisiológica fetal, resultando en una mayor susceptibilidad a trastornos cardiovasculares, metabólicos, psiquiátricos y pulmonares de inicio en la edad adulta (18).

Investigaciones recientes, además han confirmado que eventos de sobrecarga materno-fetal ocurridos durante la gestación pueden tener una influencia significativa en la aparición de patologías posteriores (19). El período de vida intrauterina y los primeros dos años de vida, también llamados "los primeros 1000 días", son considerados por la comunidad científica como la ventana temporal crucial para el desarrollo de órganos y el neurodesarrollo humanos, y que, eventos

adversos en esta etapa, como la diabetes gestacional y la obesidad materna, podrían modificar el epigenoma fetal, representando memorias metabólicas que dejan una huella permanente en el desarrollo de la vida extrauterina (20). Este efecto negativo para la salud en la vida adulta afecta no sólo al feto del embarazo en curso, sino que también tiene un efecto intergeneracional sobre los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Un menor peso materno al nacer se asocia con un mayor riesgo de hipertensión durante el embarazo, lo que a su vez se asocia con un menor peso al nacer y se relaciona negativamente con la presión arterial de la descendencia, independientemente de la presión arterial materna durante la vida adulta (21).

La interpretación de esta hipótesis de Barker podría representar una herramienta útil para el manejo de patologías en la vida adulta comprendiéndolas desde su origen perinatal, permitiendo la identificación de sujetos en riesgo de desarrollar alteraciones como aterosclerosis, cardiopatía coronaria, diabetes tipo II, síndrome metabólico e hipertensión desde su nacimiento y, desde esta perspectiva, iniciar la prevención primaria de enfermedades crónicas desde fases muy iniciales de la gestación, o antes inclusive, para formar individuos resistentes a estas a lo largo del ciclo vital (22).

Es así que atenciones de tipo preventivo como el control preconcepcional contribuyen a la salud pública entregando oportunidades para el manejo y control estos factores de riesgo a través de programas que adopten una perspectiva integral con enfoque en el ciclo vital, ya que, si bien esta atención se centra principalmente en mejorar la salud materno-infantil, también aporta beneficios para la salud de adolescentes, mujeres y hombres, independientemente de si planean ser padres, asociado principalmente a los cambios de conducta que favorecen la incorporación de hábitos saludables (23). Se ha comprobado que las mujeres que planifican un embarazo conscientemente pueden mejorar su propio estado de salud cambiando

hábitos como la dieta, realización de actividad física adecuada y peso óptimo, suplementación con ácido fólico, evitar el tabaco, el alcohol y otros elementos teratógenos y prevención, tratamiento y manejo de patologías y otras condiciones de Salud (24).

Ante la importancia reportada por la evidencia científica de la atención preconcepcional, la OMS desarrolló el año 2013 recomendaciones para apoyar a los países en la implementación de un proceso para mejorar la disponibilidad y el acceso a estas intervenciones, proponiendo además un paquete de servicios mínimos que aborda áreas como las condiciones nutricionales, consumo de tabaco y otras sustancias, salud ambiental, prevención de VIH/ITS y salud mental como una forma de enfrentar el control de las enfermedades transmisibles (25).

Como ejemplo, existen enfoques como control glicémico y peso pregestacional, cuentan con respaldo clínico suficiente para incorporarlas también dentro de la atención preconcepcional, pero la literatura es más variada en cuanto a las intervenciones específicas asociadas (26, 27). Sauder K. y Ritchie N. señalan que algunas de las recomendaciones clínicas previo a la concepción son la incorporación de fármacos hipoglicemiantes o cirugía bariátrica, pero el resultado de estas intervenciones se asocian a los riesgos y los beneficios para el logro de una gestación más que para generar cambios conductuales a largo plazo, por lo que la recomendación sigue siendo la compensación metabólica lograda por buenos hábitos alimenticios, incorporación de la actividad física, entre otras intervenciones que son recomendadas también para fomentar una buena calidad de vida en la descendencia (27).

Actualmente existen otras investigaciones, como una revisión sistemática publicada en el año 2022 por Dorney E. et al (n=11) que identificó y evaluó la calidad de las guías de práctica clínica existentes para la atención primaria de la salud respecto a la atención preconcepcional que concluyó, que dicha prestación es un componente

clave de la atención médica preventiva debiendo brindarse a todas las personas en edad reproductiva, procurando la inclusión de hombres y poblaciones prioritarias. Además, identificó que solo se disponía de evidencia de alta calidad para la indicación de suplementación con ácido fólico y la prevención de la transmisión del VIH, para las otras indicaciones la calidad de la evidencia fue variable. Los autores proponen que las guías sobre atención preconcepcional pueden mejorarse mediante la inclusión de otros aspectos clínicos, que los procesos de construcción de recomendaciones sean más rigurosos y que las estrategias propuestas sean aplicables a la realidad de las instituciones lo que permitirá la adopción y aceptación de éstas (28).

Otra revisión publicada en Reino Unido el año 2024 que incluyó 161 artículos, bajo esta misma premisa, buscó identificar guías internacionales existentes de libre acceso, evaluar su calidad, evaluar las recomendaciones resumidas y el nivel de evidencia en que se basan estas recomendaciones para ayudar a los profesionales de la salud a brindar una atención clínica de alta calidad en este ámbito: identificando enfoques diferentes para mejorar la salud y la atención preconcepcional, sin embargo, muchos de ellos dependen del papel de los profesionales sanitarios y los servicios de salud. Una de las barreras que se identificó para la prestación de atención preconcepcional es la capacidad limitada de los sistemas de salud y otras redes para brindar atención preconcepcional oportuna y accesible (29).

## **Experiencias Internacionales en atención preconcepcional**

Los enfoques actuales de la atención previa a la concepción difieren entre países. La última revisión mencionada informa también sobre el uso y el conocimiento de lineamientos técnicos de atención preconcepcional por parte de los profesionales sanitarios en Irlanda del Norte quienes, en su mayoría, conocían un resumen de conocimientos clínicos sobre asesoramiento y gestión preconcepcional, reforzando la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud en temas relacionados como salud mental y otros factores de riesgo. Estos resultados sugieren que aún es necesario mejorar la implementación en Reino Unido e Irlanda del Norte (29).

Una nueva revisión sistemática de estudios observacionales (n=42) realizada por parte del equipo investigador anterior y publicada el año 2023 cuyo objetivo fue demostrar que los datos de la atención primaria del Reino Unido pueden proporcionar información sobre la prevalencia de diversos factores médicos, conductuales y sociales entre las pacientes en edad reproductiva y ser predictivos para detectar factores de riesgo y respaldar la atención preconcepcional individualizada, además de examinar las asociaciones con los resultados de salud maternos e infantiles. Se identifican indicadores preconcepcionales claves como: anemia, riesgo de diabetes mellitus, edad materna avanzada, sobrepeso, obesidad, tabaquismo, depresión y ansiedad, indicadores que, además, se mantuvieron en el tiempo. Se hace énfasis en la importancia de utilizar definiciones estandarizadas y respuestas multifactoriales a fin de resolver estas necesidades tanto en hombres como mujeres en las etapas previas a la concepción, insistiendo que aún faltan estudios de la salud preconcepcional en hombres (30).

En Países Bajos, la atención preconcepcional se implementa como una política pública incluida en la seguridad social. Este programa ofrece atención preconcepcional mediante un enfoque integrado, que forma parte de un paquete más amplio que implica la cooperación entre profesionales médicos, asistencia

social, atención preventiva y el gobierno local. Entre las dificultades de la implementación de este programa se incluyen la falta de claridad en la responsabilidad del programa, el escepticismo entre los profesionales y la falta de un punto de partida para las intervenciones (31).

Una revisión sistemática de las políticas, directrices, servicios y recomendaciones previas a la concepción en 6 países europeos, incluidos: Bélgica, Dinamarca, Italia, los Países Bajos, Suecia y el Reino Unido reveló que todos los países tenían recomendaciones para mujeres con enfermedades crónicas, pero las recomendaciones para mujeres y hombres en general eran inconsistentes, por lo que esta revisión concluye que es necesario desarrollar guías estándar en Europa (32).

Por otro lado, en Estados Unidos, un artículo publicado el año 2021 da cuenta que las tasas de mortalidad materna han aumentado en las últimas décadas. Entre las razones de este aumento se incluyen la postergación de la maternidad, mayores tasas de obesidad y enfermedades crónicas presentes antes del embarazo, por lo que el manejo preconcepcional e intergestacional de los factores de riesgo deben considerarse una oportunidad para entregar asesoramiento a las mujeres y para evaluar los riesgos de salud a largo plazo, en concordancia con la hipótesis de Barker. Se propone reconocer que todas las consultas de atención primaria con mujeres en edad fértil son oportunidades para obtener un historial reproductivo relevante para los riesgos de salud a largo plazo (33).

### **Acceso a la atención preconcepcional: barreras y facilitadores.**

La literatura afirma que existen barreras de acceso a atención en salud preconcepcional que afectan las coberturas para las mujeres en sus atenciones, tales como los factores sociales y económicos que contribuyen a la búsqueda y uso de la atención médica, lo que incide en las coberturas mantenidas en los Programas de Salud (34).

Existen también factores predisponentes para la búsqueda de atención en salud representadas por las características sociodemográficas que aumentan la probabilidad de que las personas necesiten Servicios de Salud. Estas incluyen características de la estructura social que determinan la capacidad de las personas para hacer frente a las condiciones de Salud, evaluar sus propias necesidades en Salud y tránsito por el sistema de atención médica como la raza/etnia, nivel educativo y empleo (34, 35). Por ejemplo, sobre la residencia de las/los usuarias/os, existe un estudio publicado en Estados Unidos que, utilizando una muestra representativa de mujeres en edad reproductiva (n=37,026), identificó que no existen diferencias significativas entre atenciones en salud de mujeres de zonas rurales y urbanas, sin embargo, se observaron diferencias por tipo de proveedor. Las mujeres con residencia rural tuvieron tasas más bajas de visitas al Gineco-obstetra que las mujeres urbanas, y tasas más altas de visitas a los médicos de Medicina Familiar (36).

En la provisión de atención preconcepcional en particular, una revisión sistemática publicada en Europa el año 2018 que incluyó 28 artículos, informó más barreras que facilitadores para la provisión de control preconcepcional. Las dificultades de acceso a nivel de los proveedores de salud detectadas fueron: actitud desfavorable y desconocimiento de la atención preconcepcional, falta de claridad sobre la responsabilidad de brindar atención previa a la concepción, mientras que, a nivel de usuario se identificaron barreras como no contactar a un proveedor de atención

médica en la etapa previa a la concepción, actitud negativa y desconocimiento de la prestación. Esta misma revisión, identifica además que los recursos limitados, como la falta de tiempo en la atención, herramientas, directrices y financiamiento, se informaron con frecuencia a nivel organizativo y social, por lo que estas condiciones podrían explicar por qué la atención previa a la concepción es baja y que, para superar estas barreras, es necesario desarrollar e implementar intervenciones multinivel (37).

Otra revisión sistemática publicada el año 2016 en la que se analizaron 34 artículos, sugiere que la alfabetización en salud también juega un papel importante en la salud reproductiva de las mujeres a través del conocimiento de varios temas, incluyendo anticoncepción, fertilidad, embarazo. Además, este concepto se relaciona con ciertos comportamientos perinatales saludables, como el uso de vitaminas prenatales y lactancia materna exclusiva, mientras que, en pacientes con conocimientos de salud limitados, existen más probabilidades de exhibir comportamientos evitativos teniendo como resultado menor detección de patologías, inicio tardío de la atención prenatal, menos seguimiento de los resultados alterados de exámenes, y una menor probabilidad general de buscar atención (38).

La mayoría de las investigaciones existentes que exploran facilitadores y barreras de la salud preconcepcional se centran en la entrega de atención y no al comportamiento de las mujeres previo a la concepción (39, 40) por lo tanto, existe una brecha en la comprensión de elementos para adoptar comportamientos de estilo de vida saludables durante este período, lo que debe ser abordado para ayudar a formular políticas y diseñar intervenciones efectivas que permitan a las mujeres adoptar conductas saludables durante la etapa preconcepcional, superar estas barreras y capitalizando facilitadores para mantener las estrategias en el tiempo (40).

Respecto a la entrega de atención preconcepcional, una revisión sistemática, que evaluó cuatro entornos para su aplicación: atención primaria, hospitales, clínicas de atención previa a la concepción y cuidado de extensión comunitaria. Destacando la atención primaria como el entorno ideal para la entrega oportuna de cuidado preconcepcional (41).

Bajo esta premisa, el año 2019 en Sidney, Kizirian N. et al., dirigió un estudio cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento, las actitudes y la provisión de atención preconcepcional entre los proveedores de atención primaria de salud a través de una encuesta aplicada a 110 médicos generales. Demostrando que el 53% de los encuestados afirmó conocer pautas de atención preconcepcional, enfocándose en componentes discutidos habitualmente dentro de las atenciones en salud como el uso de tabaco, consumo de alcohol, uso de medicamentos, uso de suplementos, antecedentes mórbidos, antecedentes obstétricos y antecedentes familiares, mientras que temáticas como la nutrición, el peso, el ejercicio, el plan reproductivo y la salud mental fueron mencionadas con menor frecuencia (42).

Dentro de las actitudes hacia la atención preconcepcional consultada en la misma encuesta, se preguntó qué importancia tiene la atención preconcepcional de forma focalizada a ciertos grupos de riesgo, las respuestas apuntaron prioritariamente a mujeres con comorbilidades y con complicaciones del embarazo anterior. Otro punto importante dentro de sus hallazgos fue que el 20% de los encuestados espera a que el paciente inicie la discusión sobre atención preconcepcional y el 4% no habla sobre esta prestación, aduciendo falta de tiempo y de conocimientos en concordancia con trabajos anteriores (42).

Los resultados del estudio anterior se encuentran en sintonía con otra recomendación internacional que indica que, para mejorar la entrega de atención preconcepcional, se debe educar a los profesionales de salud para que evalúen activamente a las mujeres con intención de embarazo y que cualquier estrategia

también debe incluir un enfoque promocional que sensibilice a mujeres y hombres en edad reproductiva (43).

En Chile, el “Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo” del Ministerio de Salud (Minsal), define el control preconcepcional como el conjunto de acciones de salud que se realizan a personas que desean planificar un embarazo y que incluye actividades de promoción, prevención, valoración del riesgo concepcional y de la intervención en las condiciones que pudieran afectar un futuro proceso de gestación. Esta guía indica que la atención antes de la concepción es una estrategia efectiva para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas a lo largo del ciclo vital, y que la estrategia debe incluir una oferta de respuestas y actividades para los/las usuarios/as, a nivel individual, familiar y comunitario (44).

La guía perinatal, del año 2015, también hace referencia a esta prestación y define como su objetivo evaluar la condición de salud en que se encuentran las personas para decidir informada y responsablemente una próxima gestación. Esta guía realiza recomendaciones y entrega un lineamiento, sobre cuáles son las acciones e intervenciones que deben entregarse en el control preconcepcional, por ejemplo, la recomendación de suplemento con ácido fólico, evaluación de riesgo psicosocial de la persona o pareja que consulta, evaluación de riesgo biomédico a través de la pesquisa de patologías como hipertensión, diabetes mellitus, VIH/ITS, entre otros, además de indicar que el instrumento para realizar este control es profesional médico o matrona /matrón (45).

Estas experiencias pueden explicar la subutilización del control preconcepcional como prestación clarificando la brecha significativa del asesoramiento y planificación familiar, comprendiendo también que esta puede ser una forma de ayudar a los usuarios a aclarar sus intenciones de embarazo y ocuparse de sus decisiones en salud sexual y reproductiva (46).

### **3.- OBJETIVOS**

Objetivo General:

Analizar el conocimiento y valoración de la atención preconcepcional de profesionales sanitarios, junto a la cobertura alcanzada en establecimientos de la atención primaria de salud de la comuna de Concepción.

Objetivos Específicos:

1. Identificar perfil de los profesionales que entregan la prestación.
2. Establecer el nivel de conocimiento de la prestación de parte de los profesionales, según lineamientos técnicos del Ministerio de Salud.
3. Describir la valoración que los profesionales de Salud tienen de esta prestación.
4. Comparar la cobertura de control preconcepcional con respecto a la tasa de ingresos prenatales en los establecimientos de la comuna, en un período de 5 años.
5. Describir programación del control preconcepcional, con demanda efectiva de la prestación y porcentaje de cumplimiento de la cobertura.

#### **4.- MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio de carácter cuantitativo, de diseño observacional, ecológico y analítico.

##### **Población y muestra:**

Se consideró como universo de 133 profesionales que podrían entregar atención preconcepcional en los 8 Centros de salud familiar (CESFAM) de la Comuna de Concepción, Provincia de Concepción, Región del Biobío, Chile. Estos establecimientos cuentan con un total de 133 profesionales Matronas/es y Médicos/as que se desempeñan en estos establecimientos.

Para el cálculo del tamaño mínimo muestral, se consideró el 50%, al desconocer la prevalencia de los datos analizados, con un 95% de confianza y un error del 5%, obteniendo un tamaño mínimo muestral de 99 profesionales.

La muestra fue no probabilística, por conveniencia. Las encuestas fueron difundidas vía correo electrónico a los directores de los centros de salud involucrados quienes, a su vez, reenviaron a profesionales médicos y matronas/es que otorgan atención a población en edad fértil.

Cada cuestionario se respondió en un promedio de tiempo de 30 minutos, se pretendía completar la muestra en tres meses, sin embargo, se aplazó un mes más finalizando el 30 de junio. Para el reclutamiento se envió invitación periódica logrando 32 encuestas completas, decidiendo cerrar el estudio con las respuestas recibidas.

### **Criterios de inclusión y exclusión:**

Los criterios de inclusión: Profesionales Médicos/as y Matrones/as de establecimientos de salud de atención primaria de dependencia Municipal, Profesionales Médicos/as y Matrones/as de establecimientos dependientes del Servicio de Salud y delegados de la Comuna de Concepción, que cuenten dentro de su cartera de prestaciones con entrega de Control preconcepcional.

Criterios de exclusión: Se excluyeron del estudio aquellos Profesionales Médicos/as y Matrones/as de establecimientos de nivel secundario y terciario y/o que cuenten con atención cerrada de la comuna de Concepción.

### **Variables de estudio: (Anexo N°1)**

Se midieron variables independientes correspondientes a:

1. Datos sociodemográficos que permiten caracterizar la muestra, tales como: edad, comuna de residencia, estado civil, profesión y religión de los encuestados.
2. Conocimientos sobre el control preconcepcional que involucró: el conocimiento técnico de recomendaciones ministeriales, aspectos a evaluar durante la entrega de la prestación e indicaciones generales para una persona que consulta; conocimientos clínicos como indicación de exámenes y suplementación farmacológica y conocimientos misceláneos sobre conductas e información del control dentro de cada centro, como concentración y frecuencia de la prestación, así como conocimiento de material informativo de ésta.

Como variable dependiente se consideró:

1. Valoración del control preconcepcional, entendido como el valor que le otorga el profesional de salud a una determinada prestación. Al ser un constructo que involucra varias variables se incorporaron 9 ítems que correspondieron a: a) importancia percibida por cada profesional sobre la atención preconcepcional, b) razón por la cual se realizaría la atención, c) priorización de factores de riesgo, d) momento del ciclo vital para entregar la prestación, e) tiempo previo para realizarlo, f) tipo de usuarios/as, g) condiciones para la atención, h) importancia de la difusión del control preconcepcional en la población y i) priorización de temáticas educativas en control preconcepcional.

Por otra parte, este estudio pretendía reconocer el comportamiento de esta prestación en cada establecimiento, para lo cual se rescató vía transparencia del Servicio de Salud Concepción los registros de programación del control preconcepcional de los años 2020 al año 2024 inclusive. Obteniendo la cantidad total de controles preconcepcionales programados, realizados y la información de los ingresos prenatales por año desde la página DEIS Minsal, además se rescató la población inscrita validada (PIV) por año desde la página de FONASA.

### **Recolección de la información:**

Se creó una encuesta auto administrable de aplicación online de 46 preguntas, basado en los antecedentes teóricos (Anexo N°2). Para fines del análisis de los datos, el cuestionario se dividió en tres partes: I) Valoración de la prestación, II) Conocimiento del control preconcepcional y III) Datos sociodemográficos.

Previo a la aplicación del cuestionario, se realizó evaluación de expertos/as en donde participaron 10 evaluadoras/es (Anexo N°3). Posterior a ello, se aplicó el cuestionario de forma piloto a 10 profesionales de otra comuna, ajustando dicho instrumento a un total de 39 preguntas.

A los y las participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, se les invitó a participar del estudio, vía correo electrónico, accediendo a la plataforma Google Forms, en donde se alojó dicho cuestionario.

### **Análisis de datos:**

Los datos fueron tabulados en una base de datos en Excel y analizados con el software estadístico STATA, versión 14.2. El nivel de significancia utilizado en esta investigación fue menor o igual a 0,05 con un 95% de confiabilidad.

Para el análisis univariado, a las variables cuantitativas se les calculó media, desviación estándar, valor mínimo y valor máximo. Mientras que a las variables cualitativas se les calculó frecuencia absoluta y relativa porcentual.

Para el análisis bivariado, los profesionales que respondieron fueron separados en dos grupos (médicos; matronas/es), aplicando Test de Chi cuadrado o el Test Exacto de Fisher, según las frecuencias esperadas en variables cualitativas. Al contrastar la edad según tipo de profesional, se utilizó la prueba no paramétrica de Mann Whitney.

En cuanto a la variable dependiente de valoración, primero se obtuvo la frecuencia absoluta de cada categoría de respuesta, de acuerdo a las respuestas priorizadas por cada profesional. A cada priorización se le asignó un factor multiplicativo asociado a la numeración de la priorización, es decir para la priorización 1, su factor multiplicativo fue 1, así sucesivamente hasta la última priorización. Luego se multiplicó la frecuencia absoluta por el factor multiplicativo correspondiente a cada categoría de respuesta. Finalmente se sumaron estos puntajes de priorización en cada categoría de respuesta. Estos valores se pueden contrastar con los valores mínimos y máximos calculados también para cada variable, donde valores más

cerca del mínimo indican que esa categoría es más priorizada.

Para calcular las coberturas de las atenciones en los establecimientos, se utilizaron los datos de programación del control preconcepcional, PIV, cantidad de ingresos prenatales por año, desde el año 2020 al año 2024 inclusive. La tabla con los datos obtenidos se presenta en el Anexo N°4.

Con esta información se calcularon los siguientes indicadores por CESFAM participante del estudio (CESFAM 1 al CESFAM 8):

$$\text{-Cobertura de programación} = \frac{\text{Programación control preconcepcional}}{\text{PIV}} \times 100\%$$

$$\text{-Porcentaje cumplimiento de programación} = \frac{\text{Controles preconcepcionales realizados}}{\text{Programación control preconcepcional}} \times 100\%$$

$$\text{-Cobertura lograda} = \frac{\text{Controles preconcepcionales realizados}}{\text{PIV}} \times 100\%$$

$$\text{-Tasa ingresos prenatales} = \frac{\text{Ingresos prenatales}}{\text{PIV}} \times 100\%$$

Con los valores obtenidos se construye el gráfico que relacionan las coberturas y cumplimiento de lo programado en el control preconcepcional y la tasa de ingresos prenatales. Finalmente se compararon por año los controles programados, los controles realizados, el porcentaje de cumplimiento de la programación, los ingresos prenatales totales junto al porcentaje de controles realizados según ingresos prenatales; datos a los cuales se le aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis.

### **Consideraciones éticas:**

Esta investigación fue aprobada por Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción (código CEC-SSC:23-06-24), al Comité Ético Científico Facultad de Medicina (código CEC 21/2023) y al Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la

Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción (código CEBB 1590-2023) los cuales pueden ser revisados en Anexos N°5.1, N°5.2 y N°5.3. Se creó un consentimiento informado que consta de ficha informativa y hoja de firmas, que en el caso de ser aplicado en forma electrónica se inició con esta etapa en donde él o la participante consintió de manera expresa su participación (Anexo N°6)

Cada establecimiento es identificado a través de un código alfanumérico para resguardar su anonimato.

## **5.- RESULTADOS**

Se obtuvo una muestra final de 32 participantes que representan el 32.3% de la muestra calculada para el estudio.

### **5.1.- Perfil de los profesionales participantes.**

La distribución de participantes correspondió a 14 médicos/as y 18 matronas/es. El CESFAM más representado fue el C 2 con un 25% (n=8), seguido del C 7 con un 21,9% (n=7). Quienes participaron presentaron un promedio de edad de 33,44 años (DE 6,79) con un mínimo de 26 y un máximo de 61 años. Concentrando la experiencia laboral entre los 5 y los 9 años para el 43,8% (n=14). No se identifica capacitación específica en atención preconcepcional. La comparación del perfil de profesionales no fue estadísticamente significativa. (Ver Tabla 1)

**Tabla 1. Descripción del perfil de profesionales, muestra total y según disciplina.**

Ítems	Muestra total (n=32)	Profesional		p-valor
		Médico (n=14)	Matrona/ón (n=18)	
CESFAM	N (%)	N (%)	N (%)	
C 1	1 (3,1)	0 (0)	1 (5,6)	0,524†
C 2	8 (25)	4 (28,6)	4 (22,2)	
C 3	3 (9,4)	1 (7,1)	2 (11,1)	
C 4	4 (12,5)	1 (7,1)	3 (16,7)	
C 5	3 (9,4)	1 (7,1)	2 (11,1)	
C 6	3 (9,4)	0 (0)	3 (16,7)	
C 7	7 (21,8)	5 (35,7)	2 (11,1)	
C 8	3 (9,4)	2 (14,3)	1 (5,6)	
Tiempo de desempeño laboral				
Menos de 1 año	2 (6,25)	2 (14,3)	0 (0)	0,417†
Entre 1 y 4 años	9 (28,1)	4 (28,6)	5 (27,8)	
Entre 5 y 9 años	14 (43,8)	5 (35,7)	9 (50)	
Entre 10 y 14 años	5 (15,6)	3 (21,4)	2 (11,1)	
15 o más años	2 (6,25)	0 (0)	2 (11,1)	
Edad	Media± DE (Mín.-Máx.)	Media± DE (Mín.-Máx.)	Media± DE (Mín.-Máx.)	0,301•
	33,44±6,79 (26 – 61)	34±5(27 – 43)	33±8 (26-61)	

DE: Desviación Estándar, Mín.: Valor mínimo y Máx.: Valor máximo.

†: Test Exacto de Fisher; •: Mann Whitney.

Fuente: Elaboración propia.

## 5.2.- Nivel de conocimiento de la prestación.

Para medir esta variable se consideraron tres dimensiones correspondientes al conocimiento de: parte I) Dimensión de conocimientos técnicos :recomendaciones ministeriales, aspectos a evaluar durante la prestación e indicaciones generales a entregar a una persona que consulta; parte II) Dimensión de conocimientos clínicos: indicación de exámenes y suplementación farmacológica considerando la disponibilidad de los centros de atención y parte III) Dimensión de conocimientos misceláneos, que dan cuenta de conductas e información del control dentro de cada centro.

A continuación se describirá por dimensiones, para facilitar la comprensión de la información.

### **I) Dimensión de conocimientos técnicos.**

El 90,6% (n= 29) de los encuestados declara conocer la prestación de control preconcepcional, y un 50% afirma conocer lineamientos ministeriales de dicha prestación. La propuesta ministerial del “Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo” es identificada por el 46.9% de los profesionales participantes en general. Sin embargo, las/los profesionales de matronería muestran un conocimiento de un 77.8% con una diferencia estadísticamente significativa en relación con las/los profesionales de la medicina.

Frente a los aspectos personales más importantes a evaluar en esta prestación existe un acuerdo superior al 90% en cada una de las categorías propuestas. En cuanto a las indicaciones que entregarían a las personas a quienes se le otorga atención preconcepcional el 100% de los encuestados indica consejería individual, seguido de la suspensión del consumo de sustancias, tabaco, alcohol y otros (96.9%). Sólo el 43.8% indicaría el inicio de método anticonceptivo en este control.

Cuando estos resultados se separan por estamento profesional, se puede observar que existe diferencia estadísticamente significativa en los ítems asociado a conocimiento de lineamientos técnicos y propuestas de atención en grupos específicos en el Minsal. Sin embargo, el 100% de los participantes identifica aquellos antecedentes personales que se deben evaluar en el control preconcepcional respecto a la presencia de patologías crónicas y antecedentes gineco-obstétricos, lo mismo ocurre en cuanto a indicaciones, sin observar diferencias estadísticamente significativas. Ver tabla 2.

**Tabla 2. Descripción del conocimiento técnico del control preconcepcional, muestra total y según disciplinas.**

Ítems	Muestra	Profesional		p-valor
	Total (n=32)	Médico/a (n=14)	Matrona/ón (n=18)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Conocimiento lineamiento técnico de Control Preconcepcional emanado desde el Ministerio de Salud	16 (50)	2 (14,3)	14 (77,8)	<b>0,000‡</b>
<b>Lineamiento Minsal en el que se declaran indicaciones respecto a control preconcepcional</b>				
Programa de Salud de la Mujer	12 (37,5)	0 (0)	12(66,7)	0,000‡
<b>Manual de Atención personalizada en el proceso Reproductivo</b>	<b>15 (46,9)</b>	<b>1 (7,1)</b>	<b>14 (77,8)</b>	<b>0,000‡</b>
Guía para Estudio y Tratamiento de la Infertilidad	5 (15,6)	0	5 (35,7)	0,052‡
Guía Perinatal	12 (37,5)	1 (7,1)	11 (61,1)	0,002‡
Normas Nacionales de regulación de la Fertilidad	3 (9,3)	0 (0)	3 (16,7)	0,238‡
Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas	3 (9,3)	0 (0)	3 (16,7)	0,238‡
Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio	1 (3,1)	0 (0)	1 (5,6)	1‡
<b>Aspectos de la persona consultante a evaluar en un control preconcepcional</b>				
Salud Mental	30 (93,6)	14 (100)	16 (88,9)	0,492‡
Aspectos psicosociales	31 (96,9)	14 (100)	17 (94,4)	1‡
<b>Presencia de patologías crónicas</b>	<b>32 (100)</b>	<b>14 (100)</b>	<b>18 (100)</b>	<b>Na</b>
Salud Sexual y Reproductiva	31 (96,9)	14 (100)	17 (94,4)	1‡
Antecedentes familiares	29 (90,6)	13 (92,9)	16 (88,9)	1‡
<b>Antecedentes Gineco-obstétricos</b>	<b>32 (100)</b>	<b>14 (100)</b>	<b>18 (100)</b>	<b>Na</b>
Hábitos saludables	31 (96,9)	13 (92,9)	18 (100)	0,437‡
<b>Indicaciones para entregar a una persona que consulta en esta prestación</b>				
Derivación a Especialidad	18 (50)	8 (57,1)	10 (55,6)	0,928‡
Derivación a otro Profesional / Programa	23 (71,9)	11 (78,6)	12 (66,7)	0,694‡
<b>Suplementación con vitaminas</b>	<b>25 (78,1)</b>	<b>12 (85,7)</b>	<b>13 (72,2)</b>	<b>0,426‡</b>
Control con exámenes	29 (90,6)	12 (85,7)	17 (94,4)	0,568‡
<b>Suspender consumo de sustancias</b>	<b>31 (96,9)</b>	<b>14 (100)</b>	<b>17 (94,4)</b>	<b>1‡</b>
<b>Consejería individual</b>	<b>32 (100)</b>	<b>14 (100)</b>	<b>18 (100)</b>	<b>Na</b>
Suspensión de método anticonceptivo	17 (53,1)	7 (50)	10 (55,6)	0,755‡
Inicio de método anticonceptivo	14 (43,8)	7 (50)	7 (38,9)	0,530‡
Cita con resultados de exámenes para diagnóstico definitivo	25 (78,1)	11 (78,6)	14 (77,8)	1‡

‡: Test Exacto de Fisher, †: Test de Chi cuadrado, Na: No aplica. **Se destacan aquel ítem de respuesta esperado como el más correcto.** Fuente: Elaboración propia.

## **II) Dimensión del conocimiento clínico.**

En relación del conocimiento de las indicaciones de solicitud de exámenes y apoyo farmacológico para la población que accede a control preconcepcional se pudo observar que dentro de los exámenes más solicitados está la glicemia con un 100%, seguido de hemograma, pruebas tiroideas, perfil lipídico y orina completa con 96.9% (n=31). Respecto a los exámenes de bacteriología y parasitología, para el primer ítem el 93.8% (n=30) de los encuestados indicó que solicitaría examen RPR y un 81.3% (n=26) solicitaría urocultivo en esta prestación. Mientras que el 56.3% respondió que no solicitaría exámenes de parasitología en controles preconcepcionales. Además, se incorporaron exámenes adicionales que evalúan la salud sexual y reproductiva en general en donde un 100% de los profesionales respondió que solicitaría VIH y Papanicolaou, seguido de flujo vaginal con un 75% (n=24).

Con respecto al apoyo farmacológico se observó el acuerdo por sobre el 93.8% en la indicación de ácido fólico de 1 mg (n=30) y el 87.5% (n=28) lo indicaría en dosis de 5 mg. Al separar dicha indicación por tipo de profesional no se observan diferencias estadísticamente significativas, con cifras entre el 30% y 40% que indicarían consumo de fierro y calcio más vitamina D. Los resultados se presentan de manera resumida en tabla 3, en Anexo N°7 se presenta tabla in extenso.

**Tabla 3. Descripción del conocimiento clínico de la prestación, total y por disciplina (resumen)**

ítems	Muestra total (n=32)	Profesionales		p valor
		Médicos/as (n=14)	Matronas/es (n=18)	
Exámenes por indicar				
Hematológicos	n (%)	n (%)	n (%)	
Hemograma	31 (96,9)	14 (100)	17 (94,4)	1†
<b>Bioquímicos en sangre</b>				
Glucosa	32 (100)	14 (100)	18 (100)	Na
TSH – T4 libre – T4	31 (96,9)	14 (100)	17 (94,4)	1†
<b>Bioquímicos en orina</b>				
Orina Completa / Sedimento urinario / albumina	31 (96,9)	13 (92,9)	18 (100)	0,437†
<b>Bacteriología</b>				
RPR o derivar para VDRL	30 (93,8)	14 (100)	16 (88,9)	0,492†
Urocultivo, recuento de colonias, antibiograma	26 (81,3)	12 (85,7)	14 (77,8)	0,672†
<b>Parasitología</b>				
Ninguno	18 (56,3)	7 (50)	11 (61,1)	0,530‡
<b>Otros exámenes</b>				
VIH	32 (100)	14 (100)	18 (100)	Na
Flujo Vaginal	24 (75)	10 (71,4)	14 (77,8)	0,703‡
Papanicolaou	32 (100)	14 (100)	18 (100)	Na
Mamografía	17 (53,1)	7 (50)	10 (55,6)	0,755‡
<b>Apoyo farmacológico</b>				
Ácido fólico 1 mg comprimidos	30 (93,8)	12 (85,7)	18 (100)	0,183†
Ácido fólico 5 mg comprimidos	28 (87,5)	12 (85,7)	16 (88,9)	1†
Calcio 500 mg + vitamina D comprimidos	11(34,3)	4(28,6)	7(38,9)	0,712†
Calcio 500 mg comprimidos	5 (15,6)	1(7,1)	4(22,2)	0,355†
Fierro comprimidos 200 mg u otro similar	12 (37,5)	6(42,9)	6 (33,3)	0,581‡

†: Test Exacto de Fisher, ‡: Test de Chi cuadrado, Na: No aplica.

Fuente: Elaboración propia.

### **III) Dimensión de conocimientos misceláneos**

Respecto a las razones por las que se derivaría a una persona consultante a un nivel de especialidad, el 100% respondió que la dificultad en el logro de una gestación sería la principal razón para hacerlo, seguido de pesquisa o presencia de patología gineco-obstétrica con un 96.9% (n=31). Mientras que la periodicidad con que debiese realizarse el control preconcepcional obtiene un 78.1% (n=25) de acuerdo entre los participantes para la categoría que refiere que esta prestación debiera realizarse según el riesgo de la consultante o pareja.

Al consultar por la frecuencia en la que se entrega control preconcepcional el 44% (n=14) de los profesionales respondieron que era frecuente en sus establecimientos, mientras que el 50% (n=16) refirió entregar la prestación menos de una vez al mes. Por otro lado, al consultar si la prestación es programada de forma anual, el 62% (n=20) afirma que sí.

Sobre la existencia de material informativo de esta prestación, la mayoría de los profesionales respondió que no lo conocía (75%, n=24) y sólo un profesional respondió que contaba con dicho material en su lugar de trabajo.

Al comparar ambos estamentos, se pudo observar diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la derivación por la pesquisa o presencia de patologías crónicas concomitantes, la entrega de la prestación, su frecuencia y el conocimiento de la programación de la prestación. Ver tabla 4.

**Tabla 4. Descripción del conocimiento misceláneos de la prestación, muestra total y según disciplina.**

Ítems	Muestra total (n=32) n (%)	Profesionales		p valor
		Médicos (n=14) n (%)	Matronas (n=18) n (%)	
<b>Razón para derivar a Especialidad a una persona que consulta en esta prestación</b>				
<b>Pesquisa o presencia de patología crónica concomitante</b>	<b>21 (65,6)</b>	<b>13 (92,9)</b>	<b>8 (44,4)</b>	<b>0,008†</b>
Pesquisa o presencia de patología de Salud Mental	13 (40,6)	7 (50)	6 (33,3)	0,341‡
Pesquisa o presencia de patología Ginecológica y/o Obstétrica	31 (96,9)	14 (100)	17 (94,4)	1†
<b>Dificultad en el logro de una gestación</b>	<b>32 (100)</b>	<b>14 (100)</b>	<b>18 (100)</b>	<b>Na</b>
<b>Periodicidad en que se debe realizar control preconcepcional</b>				
Mensual	1 (3,1)	0	1 (5,6)	0,887†
Bimensual	2 (6,3)	1 (7,1)	1 (5,6)	
Semestral	4 (12,5)	1 (7,1)	3 (16,7)	
<b>De acuerdo al riesgo de la consultante o pareja</b>	<b>25 (78,1)</b>	<b>12 (85,7)</b>	<b>13 (72,2)</b>	
<b>Realiza atención preconcepcional de forma frecuente en su lugar de trabajo</b>	<b>14 (43,8)</b>	<b>1 (7,1)</b>	<b>13 (72,2)</b>	<b>0,000‡</b>
<b>Frecuencia en que se entrega la atención preconcepcional en su lugar de trabajo</b>				
Una vez a la semana	6 (18,8)	0 (0)	6 (33,3)	<b>0,008†</b>
Una vez al mes	10 (31,3)	3 (21,4)	7 (38,9)	
<b>Menos de una vez al mes</b>	<b>16 (50)</b>	<b>11 (78,6)</b>	<b>5 (27,8)</b>	
<b>Programación de la prestación "Control Preconcepcional" en el Establecimiento</b>				
<b>Sí</b>	<b>20 (62,5)</b>	<b>5 (35,7)</b>	<b>15 (83,3)</b>	<b>0,001†</b>
No	2 (6,3)	0 (0)	2 (11,1)	
No sé	10 (31,3)	9 (64,3)	1 (5,6)	
<b>Conocimiento de material informativo sobre Control preconcepcional</b>	<b>12 (37,5)</b>	<b>8 (28,6)</b>	<b>4 (22,2)</b>	<b>0,703†</b>
<b>Stock de material informativo sobre Control preconcepcional en su lugar de trabajo</b>	<b>1 (3,1)</b>	<b>1 (7,1)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0,437†</b>

†: Test Exacto de Fisher, ‡: Test de Chi cuadrado, Na: No aplica.

**Se destacan aquel ítem de respuesta esperado como el más correcto.**

Fuente: Elaboración propia.

### **5.3.- Valoración que los profesionales de Salud tienen de esta prestación.**

El 100% de los profesionales considera que entregar esta prestación es importante, identificando que el profesional más idóneo para entregar atención preconcepcional corresponde a matrona/matrón con cifras del 87,5% (n=28), seguido por médico/a especialista gineco-obstetra y médico/a especialista en salud familiar.

Respecto del constructo de valoración del control preconcepcional asociado a la priorización de 5 dimensiones agrupadas en: presencia de factores de riesgo, razones para realizar la atención, su importancia previa al embarazo, las/los usuarias/os prioritarios para acceder al control y los temas educativos más relevantes. Se mostrarán hasta la tercera priorización por ítems involucrado, dejando en Anexo N°8 la tabla 5a in extenso que representa la totalidad de las priorizaciones.

Al priorizar los factores de riesgo para entregar esta asesoría se observa que profesionales de la medicina priorizan el riesgo de contagio de VIH/ITS (35,7%) en primer lugar, mientras que para la matronería se reconoce de manera prioritaria el consumo de sustancias y la malnutrición en igual medida (22,2%). En cuanto a las razones para realizar este control, existe una primera priorización en ambos grupos de profesionales que corresponde a la solicitud de él o la paciente (50% y 61,1% respectivamente). Situación similar ocurre en la priorización de la importancia del control previo embarazo, en donde la opción de conocer el estado de salud de las personas previo al embarazo obtiene valores superiores al 60% (64,3 % y 61,1%, respectivamente). En relación a priorizar a quien otorgar atención preconcepcional, se identifica que debe ser a cualquier persona que lo requiera como primera opción (57,1 % y 72,2%, respectivamente). Finalmente, frente a la priorización de temas educativos, se considera como primera opción para profesionales de la medicina abordar los estilos de vida saludable (35,7%), mientras que para profesionales de

la matronería se priorizan como primera opción los temas de salud mental (33,3%). En la tabla 5 se observa la descripción de priorización resumida, hasta la tercera prioridad por la categorías consultadas y separadas por estamento.

**Tabla 5: Valoración del control preconcepcional mediante la priorización de 5 dimensiones claves para su atención comparados por disciplina profesional (resumen)**

Ítems	Profesional		Profesional		Profesional	
	Medicina (n =14)	Matronería (n=18)	Medicina (n =14)	Matronería (n=18)	Medicina (n =14)	Matronería (n=18)
	%	%	%	%	%	%
<b>Nivel de priorización</b>	<b>Prioridad 1</b>		<b>Prioridad 2</b>		<b>Prioridad 3</b>	
<b>Factores de riesgo para entregar asesoría preconcepcional</b>						
Consumo de sustancias	21,4	<b>22,2</b>	21,4	11,1	<b>50</b>	<b>33,3</b>
Mala Historia obstétrica	7,1	16,7	<b>35,7</b>	<b>33,3</b>	14,3	22,2
Presencia de patologías crónicas	0	5,6	28,6	27,8	14,3	5,6
Riesgo de contagio VIH/ITS	<b>35,7</b>	16,7	0	5,6	14,3	16,7
Infertilidad primaria o secundaria.	7,1	5,6	7,1	16,7	7,1	11,1
Presencia de patología de Salud Mental	7,1	11,1	7,1	5,6	0	5,6
Malnutrición	21,4	<b>22,2</b>	0	0	0	5,6
<b>Razones para realizar control preconcepcional</b>						
Porque lo solicita el/la paciente	<b>50</b>	<b>61,1</b>	14,3	22,2	35,7	5,6
Porque la persona que consulta está en edad reproductiva	28,6	5,6	<b>35,7</b>	<b>22,2</b>	14,3	<b>55,6</b>
Porque la persona que consulta presenta factores de riesgo	0	11,1	21,4	16,7	<b>50</b>	22,2
Malnutrición por exceso	7,1	0	7,1	11,1	0	16,7
Malnutrición por déficit	0	5,6	7,1	16,7	0	0
Presencia o antecedente de patología de salud mental	14,3	16,7	14,3	11,1	0	0
<b>Importancia control salud previo embarazo</b>						
Conocer el estado de salud de las personas previo al embarazo	<b>64,3</b>	<b>61,1</b>	21,4	22,2	0	0
Mejorar hábitos que pudiesen ser	0	0	<b>57,1</b>	<b>55,6</b>	7,1	5,6

perjudiciales en el embarazo						
Optimizar el peso de una mujer previo al embarazo	35,7	22,2	14,3	16,7	7,1	11,1
Incorporar vitaminas y suplementos a la mujer previo al embarazo	0	0	0	5,6	<b>71,4</b>	<b>55,6</b>
Permite adoptar un estilo de vida saludable previo al embarazo	0	16,7	7,1	0	14,3	27,8
<b>Usuarios con atención preconcepcional prioritaria</b>						
Cualquier persona que lo requiera	<b>57,1</b>	<b>72,2</b>	0	0	0	5,6
Parejas de distinto sexo sin hijos	28,6	5,6	28,6	16,7	0	11,1
Parejas del mismo sexo con intención reproductiva	0	16,7	64,3	66,7	21,4	5,6
Persona con patología crónica en edad reproductiva	14,3	5,6	7,1	16,7	78,6	77,8
<b>Temas educativos</b>						
Riesgos durante el embarazo	0	22,2	<b>85,7</b>	<b>66,7</b>	14,3	11,1
Estilos de Vida Saludable	<b>35,7</b>	16,7	0	16,7	21,4	16,7
Consumo de sustancias	28,6	27,8	7,1	5,6	21,4	33,3
Salud Mental	35,7	<b>33,3</b>	7,1	11,1	<b>42,9</b>	<b>38,9</b>

Fuente: elaboración propia.

#### **5.4.-Comportamiento del control preconcepcional por cada establecimiento de atención primaria o centros de salud familiar (CESFAM)**

A continuación, se presenta el análisis de datos de programación y cobertura real junto al ingreso a control prenatal, correspondiente al registro de cada establecimiento de salud, por el periodo de 5 años (2020-2024).

En primer lugar se compararon los 8 establecimientos por año: la programación anual de esta atención (frecuencia absoluta), los controles efectivos realizados (frecuencia absoluta), el porcentaje de cumplimiento entre lo programado y lo realizado (frecuencia porcentual), los ingresos prenatales (frecuencia absoluta) y el ingreso a control prenatal versus el control preconcepcional realizado (frecuencia porcentual); observando una diferencia estadísticamente significativa solo para esta última instancia, en donde se puede observar una tendencia al aumento del cumplimiento de la programación de control prenatal con lo realizado (p valor 0,0162) estadísticamente significativo. Ver tabla 6.

**Tabla 6: Comparación por año de programación y cumplimiento del control preconcepcional, el ingreso prenatal y la relación entre controles preconcepcionales realizados e ingresos prenatales en 8 Centros de Salud Familiar de la Comuna de Concepción.**

Ítems	Año	Media ( $\pm$ DE)	$M_e$	Mín.-Máx.	p-valor
<b>Control preconcepcional programados (n)</b>	2020	113 $\pm$ 89	79	60 - 328	0,7752
	2021	115 $\pm$ 112	80	42 - 388	
	2022	118 $\pm$ 106	88	28 - 351	
	2023	78 $\pm$ 57	63	28 - 200	
	2024	124 $\pm$ 145	54	24 - 455	
<b>Control preconcepcional Realizado (n)</b>	2020	59 $\pm$ 52	42	14 - 173	0,5622
	2021	65 $\pm$ 59	46	23 - 201	
	2022	73 $\pm$ 56	51	25 - 198	
	2023	82 $\pm$ 68	58	17 - 236	
	2024	79 $\pm$ 55	60	27 - 205	
<b>Cumplimiento de programación (%)</b>	2020	52,38 $\pm$ 28,4	46,35	17,5 - 105,7	<b>0,0162**</b>
	2021	59,59 $\pm$ 22,85	55,9	32,5 - 102,2	
	2022	72,29 $\pm$ 25,64	60,45	49,1 - 124,2	
	2023	108,44 $\pm$ 50,1	98,65	60,7 - 220,7	
	2024	90,61 $\pm$ 31,7	103,45	45,1 - 120,8	
<b>Ingresos prenatales (n)</b>	2020	163 $\pm$ 88	139	80 - 357	0,8522
	2021	170 $\pm$ 99	139	59 - 388	
	2022	181 $\pm$ 92	161	66 - 380	
	2023	179 $\pm$ 99	142	75 - 384	
	2024	158 $\pm$ 82	125	64 - 323	
<b>Control preconcepcional realizado/ Ingresos Prenatales (%)</b>	2020	35,2 $\pm$ 20,5	35,4	12,4 - 68,8	0,5150
	2021	39,5 $\pm$ 25,3	33,4	16,1 - 93,2	
	2022	42,2 $\pm$ 22	43,3	15 - 74,2	
	2023	46 $\pm$ 22	49,2	13,6 - 75,6	
	2024	50,8 $\pm$ 19,9	51,8	22,9 - 82,8	

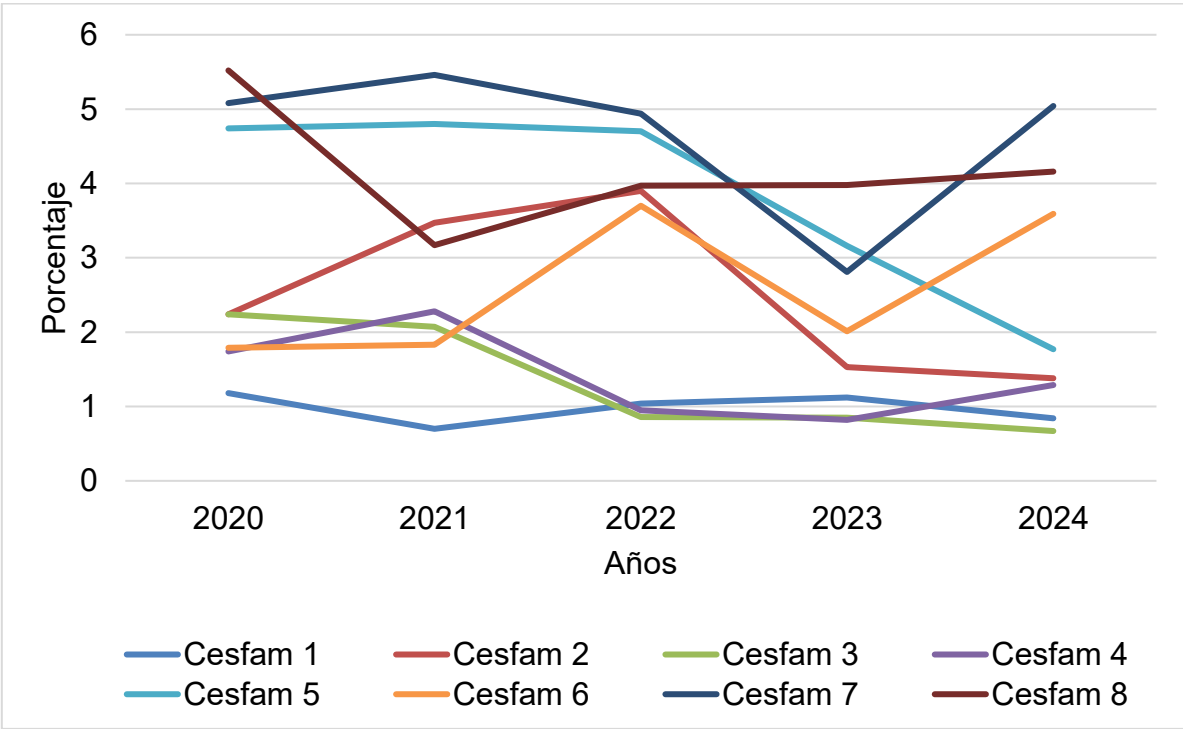
prueba no paramétrica de Kruskal Wallis p-valor < 0,01\*\*

frecuencia absoluta (n); frecuencia porcentual (%); Desviación estándar (DE); Mediana (Me); Mínimo (Min); Máximo (Máx)

Fuente: elaboración propia

Al analizar el patrón de programación del control preconcepcional se observa una alta variabilidad entre los establecimientos involucrados. El CESFAM 5 destaca como uno de los Centros que más programación presenta, a pesar de que esta programación decae el año 2023, pero recupera el año 2024 y el CESFAM 1 es el establecimiento que tiene menos porcentaje de programación de esta prestación. (Ver Figura N°1)

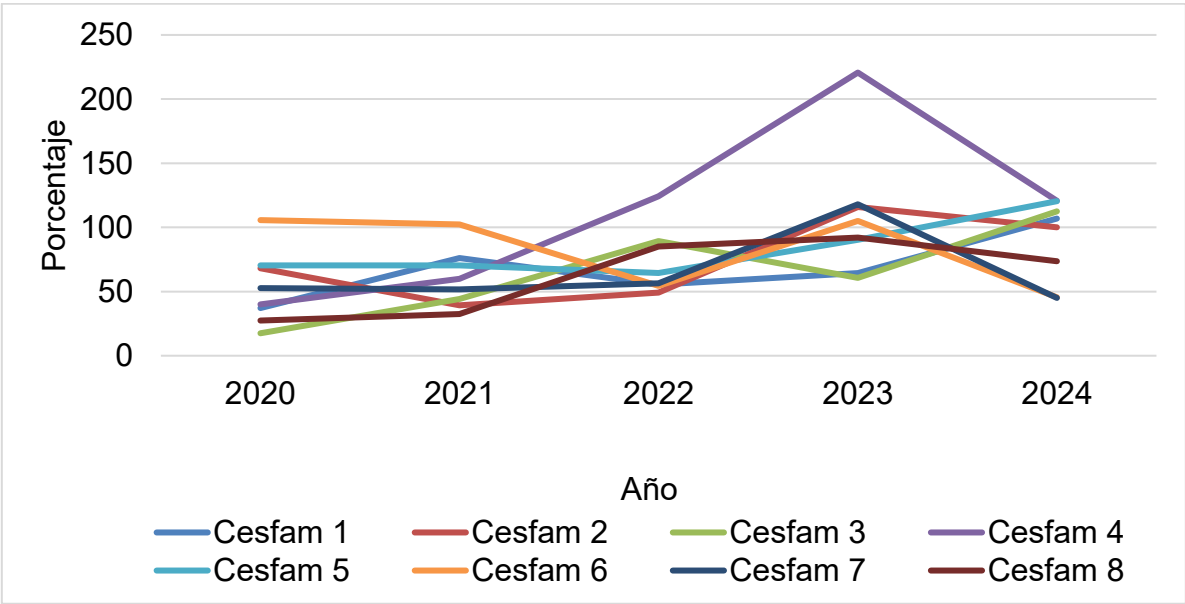
**Figura N°1: Gráfico de cobertura de la programación anual del control preconcepcional por CESFAM de la población inscrita validada, período 2020 – 2024**



Fuente: elaboración propia

Respecto al cumplimiento de la cantidad de controles preconceptionales programados, se puede observar que los establecimientos en su mayoría se mantuvieron bajo el 50% de cumplimiento en los años 2020 – 2021. Esta situación tiende a mejorar desde el año 2022, destacando el CESFAM 4 logró un cumplimiento mayor al 100% en el año 2023, mientras que el CESFAM 7 presenta los cumplimientos más bajos. (Ver Figura N°2)

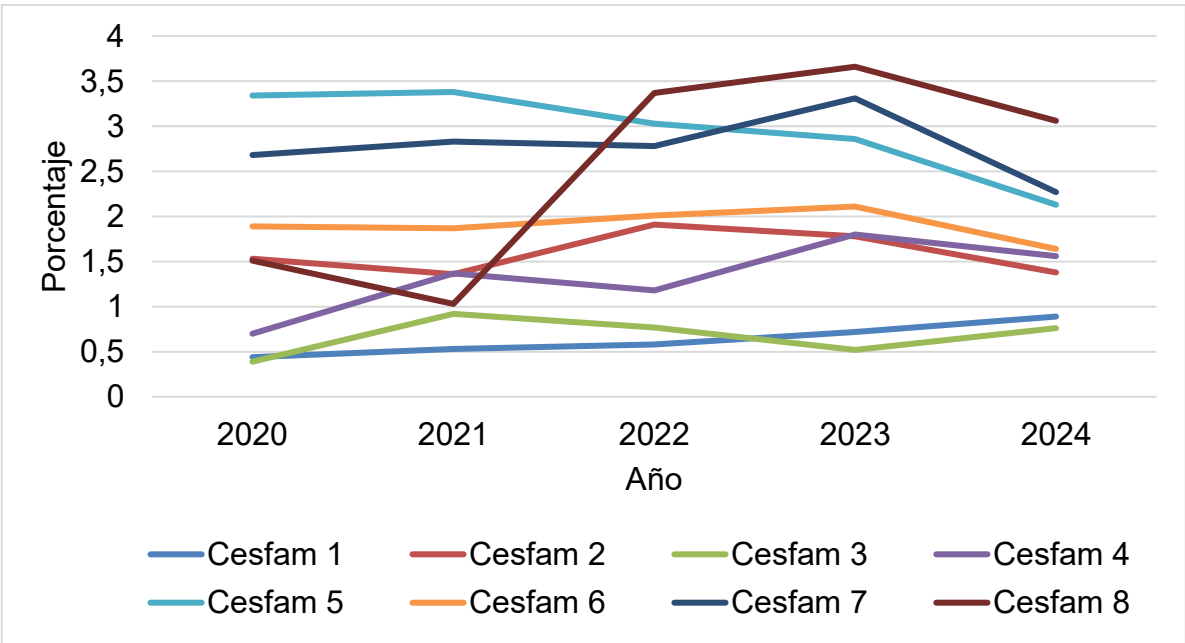
**Figura N°2: Gráfico del porcentaje de cumplimiento de la programación del control preconcepcional por CESFAM de la población inscrita validada, período 2020 – 2024**



Fuente: elaboración propia

Sobre la cobertura efectiva de la prestación, que relaciona la cantidad de controles realizados con la población en edad fértil de cada establecimiento, se observa que existe variabilidad entre los centros, pero a su vez, cada uno tiene una tendencia estable año a año. Resalta el CESFAM 1 que mantiene la cobertura efectiva más baja de la comuna durante los 5 años analizados y CESFAM 8 que desde el año 2022 en adelante tiene la cobertura efectiva más alta de los establecimientos estudiados. (Ver Figura N°3)

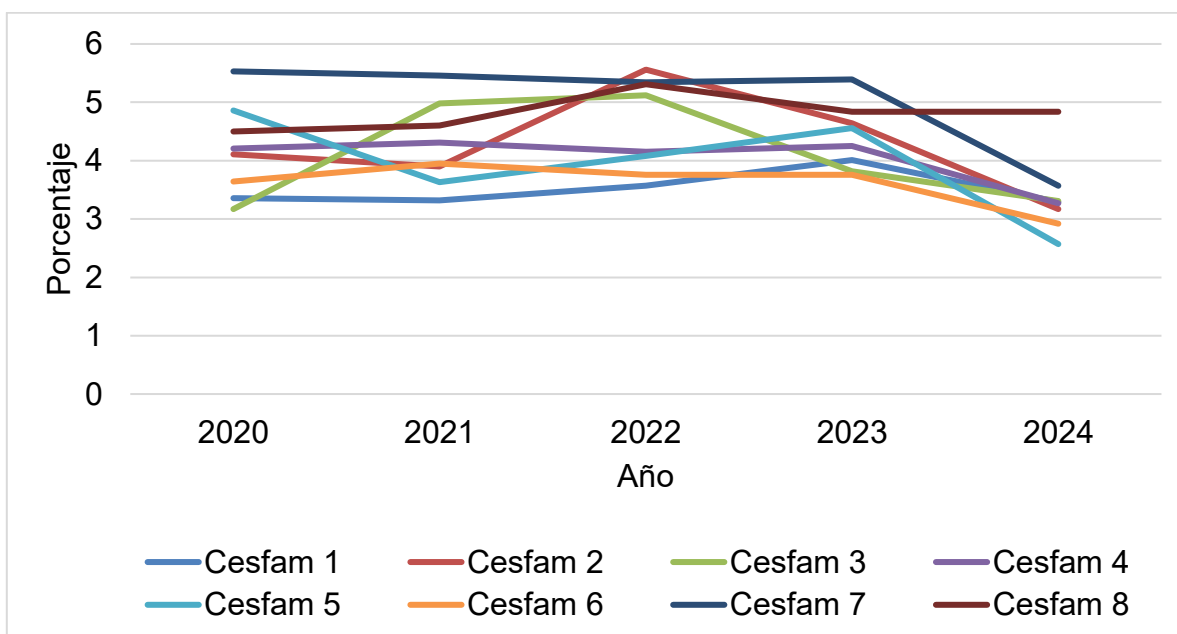
**Figura N°3: Gráfico de cobertura efectiva del control preconcepcional por CESFAM de la población de la población inscrita validada, período 2020 – 2024**



Fuente: elaboración propia

Además, se analizó la cantidad de ingresos prenatales en la comuna en relación a PIV en edad fértil y así establecer la demanda de esta prestación, que en comparación con el control preconcepcional tiene mayor cobertura. Se observa que los 8 establecimientos mantienen una tendencia de cobertura que disminuye desde el año 2023, destaca CESFAM 1 con las coberturas más bajas y CESFAM 7 con coberturas mantenida desde el año 2020, la que desciende el año 2024. (Ver Figura N°4).

**Figura N°4: Gráfico Tasa de ingresos prenatales por CESFAM de la población inscrita validada, período 2020 – 2024**

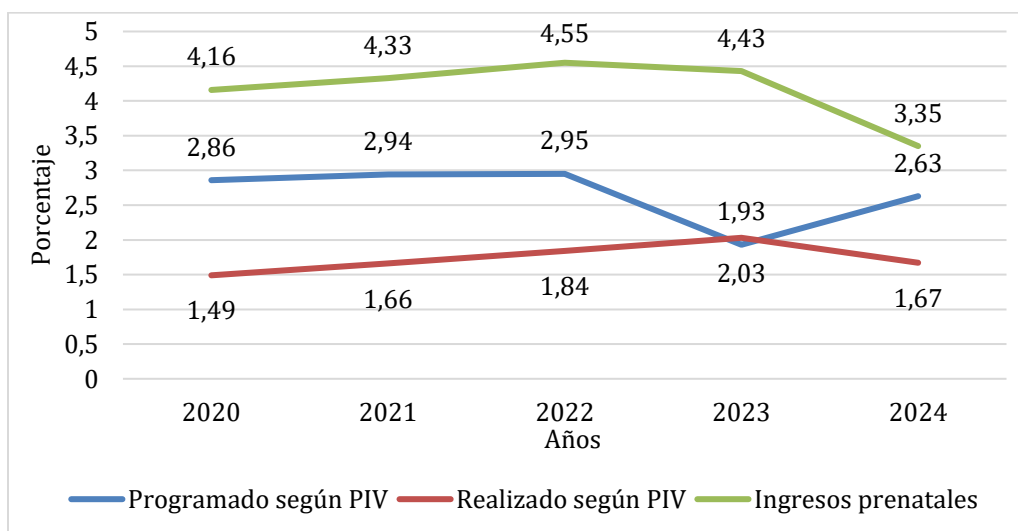


Fuente: elaboración propia

**Comparación entre la cobertura del control preconcepcional y tasa de ingresos prenatales en los establecimientos de la comuna, en un período de 5 años.**

Al observar la tasa de ingreso de embarazo y compararla con la cobertura efectiva del control preconcepcional en la comuna de Concepción, se observa una baja cobertura de la prestación entre los años 2020 al 2022. Los años posteriores la brecha disminuye asociado a la disminución de los ingresos prenatales y un leve aumento de la cobertura efectiva de la atención preconcepcional, como se observa en la figura N°5

**Figura N°5: Gráfico de tendencia de tasa de ingresos de embarazo, cobertura programada y cobertura lograda del control preconcepcional de la comuna de Concepción en el período 2020 – 2024**



PIV= Población inscrita válidamente  
Fuente: elaboración propia

## 6.- DISCUSIÓN

El análisis del perfil de los profesionales encuestados de médicos y matronas mostró predominio de entre cinco y nueve años de experiencia, sin diferencias significativas en edad ni en trayectoria laboral. No se reportó capacitación específica en atención preconcepcional. Entre los profesionales de la medicina y la matronería, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el ámbito de conocimiento en la identificación de los lineamientos ministeriales de donde se describe la prestación, la frecuencia con que se realiza y la programación de la actividad en su establecimiento, y en la opción de pesquisa o presencia de patología crónica concomitante en la categoría de derivación a especialidad. El resto de los componentes que midieron el conocimiento como los aspectos a evaluar de una persona que consulta, las indicaciones a entregar, los exámenes que deben solicitar y el apoyo farmacológico de suplementos, no se observaron diferencias. En el ítem de material informativo disponible y su existencia en su establecimiento, tuvo una frecuencia de respuesta baja (0 y 4 profesionales) por pregunta.

En relación a la valoración de la prestación el grupo de profesionales del estudio consideró en un 100% que ésta era muy importante, y se identifica al profesional de matronería como el idóneo para su entrega. Respecto a las 5 dimensiones que permitieron priorizar acciones concretas de atención en la población objetivo; en tres de ellos hubo acuerdo de priorizarlas en primer lugar: la solicitud del paciente como la primera razón para realizar este control, conocer el estado de salud previo al embarazo y el acceso a dicha actividad de cualquier usuario que lo necesite. Difieron en su primera priorización en los factores de riesgo por el cual entregarían esta atención, en donde para profesionales de la medicina es el riesgo de infecciones de transmisión sexual y para profesionales de la matronería el consumo de sustancias y la malnutrición; situación similar ocurre con los temas educativos priorizados en abordar, para los médicos corresponde a estilos de vida saludable y

para las matronas/es es la salud mental.

En esta investigación se destaca la identificación de la matronería, como el profesional idóneo para la entrega de esta atención, asociado a su perfil profesional en el área de experticia de la salud sexual y reproductiva y en particular en el acompañamiento que realiza previo a una gestación. Sin embargo es importante señalar que ambos grupos comparados no identificaron haberse formado en atención preconcepcional particularmente posterior a su egreso, en este sentido estos resultados se asemejan estudios que concluyen que la atención preconcepcional es un elemento clave para un óptimo desarrollo de la salud sexual y reproductiva y que la falta de formación específica de los profesionales en ésta área constituye una barrera para la provisión de esta prestación. (47, 48)

El conocimiento de lineamientos ministeriales y la programación del control preconcepcional se observan deficitarios en el grupo de los profesionales de la medicina. Sin embargo, sobre los conocimientos clínicos y técnicos para su aplicación, ambos grupos logran mostrar un nivel adecuado tanto en aspectos a evaluar, exámenes e indicaciones, aunque existe una orientación biomédica en los médicos y biopsicosocial en las matronas/es. Esta brecha entre normativas y práctica clínica ya ha sido descrita en revisiones internacionales, donde se observa que los protocolos clínicos pueden centrar este control sólo respecto a la intención de embarazo de usuarias y sus parejas desestimando otras necesidades de salud sexual y reproductiva, o incluso, otras necesidades en salud (49). Tales coincidencias sugieren que estas dificultades no son exclusivas del contexto chileno, sino que forman parte de un desafío global.

Respecto a las intervenciones recomendadas, se observó consenso en la consejería individual y la suspensión de sustancias, mientras que menos de la mitad recomendaría iniciar un método anticonceptivo en el control preconcepcional. Este hallazgo refleja la tendencia descrita por Stephenson et al., quienes indican que los profesionales priorizan la prevención de riesgos inmediatos por sobre el abordaje de la planificación reproductiva y las intervenciones a largo plazo (50).

En relación con los exámenes solicitados y apoyo farmacológico, todos los profesionales indicaron glicemia, hemograma y VIH, y más del 90% recomendó suplementación con ácido fólico, tanto en dosis preventiva como terapéutica. Este hallazgo se alinea con la evidencia que reconoce la suplementación con ácido fólico como la intervención con mayor nivel de respaldo científico en el ámbito preconcepcional, asociada a la reducción de defectos del tubo neural y a beneficios costo-efectivos en salud pública (51).

En lo relativo a la valoración, todos los profesionales coincidieron en que la atención preconcepcional es importante y prioritaria. Destacaron factores de riesgo como el contagio de VIH/ITS, la mala historia obstétrica y el consumo de sustancias. No obstante, se observó baja priorización de la infertilidad y de los problemas de salud mental, lo cual refleja una mirada aún parcial del enfoque integral recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Estas omisiones son consistentes con lo reportado por Hall et al., quienes identificaron que las guías internacionales tienden a ser más sólidas en áreas biomédicas que en aspectos psicosociales y conductuales y señala que muchos protocolos clínicos se centran exclusivamente en la intención de embarazo, dejando de lado aspectos cruciales como la salud mental, la violencia de pareja y las infecciones de transmisión sexual, lo que limita la efectividad de la atención preconcepcional (52).

Al analizar la cobertura efectiva, se observa una subutilización de la prestación al comparar la programación institucional y los controles realmente realizados, en relación a la población total en edad reproductiva de cada establecimiento (PIV), así como también se aprecia una brecha de la entrega de la prestación con los ingresos prenatales, que devela que más de la mitad de las gestantes que ingresan a controles no cuenta con atención preconcepcional. Esta discrepancia se asemeja a lo encontrado en un estudio chileno del año 2024, que concluye que el control preconcepcional es subvalorado y poco priorizado tanto por profesionales de la salud como por usuarios/as. Factores como el desconocimiento, la falta de lineamientos técnicos específicos y actualizados para la prestación y la relevancia reportada por los encuestados son hallazgos comunes con este estudio, que explican la baja demanda espontánea y la entrega de esta atención, a pesar de la valoración positiva que realizaron los profesionales (53).

## **7.- CONCLUSIÓN**

Profesionales de la matronería son quienes otorgan la prestación mayoritariamente, cuya formación de pregrado parece suficiente para otorgar esta prestación. No así para profesionales de la medicina, cuya principal debilidad se centra en los aspectos de gestión de esta atención. Sin embargo, los conocimientos de atención clínica y aspectos generales de la prestación son adecuados en ambos profesionales, reconociendo que la entrega del control preconcepcional debe ser a través de un plan personalizado a las necesidades de la persona que consulta y que tenga o no intenciones de embarazo a corto plazo.

El análisis de la programación y cobertura efectiva de esta prestación muestra una brecha importante en relación con los ingresos prenatales, en el último quinquenio. Sin embargo, existe una tendencia a un aumento de la demanda por parte de la población con el tiempo.

Los resultados dejan en evidencia la discordancia entre la importancia de esta atención percibida por las y los profesionales y la programación y cobertura efectiva por parte del establecimiento. Mostrando además poca visibilización de este tipo de oferta de atención a la población y falta de indicadores o estrategias a nivel Ministerial que permitan medir las variaciones de las coberturas y estudiar sus causas para proponer estrategias de mejora.

Finalmente, en este estudio se describe la situación actual de la atención preconcepcional en establecimientos de atención primaria de la comuna de Concepción, aportando evidencia respecto al conocimiento y valoración de profesionales de la medicina y matronería que están facultados para dar esta atención, junto a la gestión que se realiza en los CESFAM de esta prestación.

## **8.-LIMITACIONES**

La principal limitación de este estudio fue su muestra, la cual al ser baja no entrega representatividad y aunque se identifica asociación en algunas de las variables estudiadas, su generalización queda limitada y con riesgo de sesgo.

Otra dificultad es la complejidad de los datos abordados, con un instrumento extenso (39 preguntas), a lo que se atribuye la baja respuesta de los profesionales encuestados.

## **9.- PROYECCIONES:**

1. El retraso de la maternidad y la paternidad, crea una oportunidad para difundir el acceso al control preconcepcional para valorar las condiciones de salud de las y los progenitores previo a la gestación e identificar factores de riesgo modificables para tener mejores resultados perinatales y familiares.
2. El control preconcepcional puede aumentar su cobertura a través del fortalecimiento del rol de la matronería en la promoción del control preconcepcional y la detección temprana de riesgos perinatales, abordando de forma integral a usuarios y usuarias en edad reproductiva.
3. La formación de los profesionales de la medicina debiera contar con elementos psicosociales que permitan evaluar a las personas en edad fértil integrando todos los aspectos de acuerdo con el modelo de atención de la atención primaria.
- 4.- Es deseable entregar formación de postítulo o postgrado en atención preconcepcional para actualizar su abordaje y propender a una evaluación integral en una población con nuevas necesidades, en particular migrantes y diversidad de género, junto a un trabajo interdisciplinario. Idealmente esta formación específica puede sensibilizar y motivar a los profesionales para entregar la prestación de forma permanente con enfoque promocional e incluir educación preconcepcional en todas las atenciones.
5. La educación de la salud reproductiva, debe ser incorporada precozmente en la educación de las personas para que individualmente cuenten con herramientas para la toma de decisiones en su salud sexual.

## 10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- J Stephenson J, Heslehurst N, Hall J, Schoenaker DA, Hutchinson J, Cade JE, et al. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *The Lancet*. 2018; 391(10132):1830-41.

2.- World Health Organization: Preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: policy brief. World Health Organization 2013. Acceso 02/10/2025

Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-MCA-13.02>

3.- Szot Meza J. Reseña de la Salud Pública Materno-Infantil Chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*. [Internet]. 2002 [citado 02 oct 2025].

Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262002000200009](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000200009)

4.- Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020, 2011, Ministerio de Salud. [citado 02 oct 2025].

Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/estrategia-nacional-de-salud-metas-2011-2020/>

5.- Li Y, Kurinczuk J, Alderdice F, Quigley MA, Rivero-Arias O, Sanders J, Kenyon S, Siassakos D, Parekh N, De Almeida S, et al. Pre-pregnancy care in general practice in England: cross-sectional observational study using administrative routine health data. *BMC Public Health*. 2025; 25:1101.

6.- Stulberg DB, Schumm LP, Schueler K, Giurcanu M, Peek ME. Preconception care utilization: Self-report versus claims-based measures among women with Medicaid. *PLOS Glob Public Health*. 2023; 3(11).

7.- American Academy of Family Physicians. Preconception Care (Position Paper) [Internet]. Leawood, KS: American Academy of Family Physicians; 2015 [citado 24 sept 2025].

Disponible en: <https://www.aafp.org/about/policies/all/preconception-care.html>

8.- Valensise H, Banzi C, Bonin C, et al. Optimizing pregnancy outcomes: The role of gynecologists in preconceptional care in Italy. *Int J Womens Health*. 2025; 17:1897-1909.

9.- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Preconception care. Report of a regional expert group consultation; 6-8 August 2013, New Delhi, India. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2014. SEA-CAH-16. Acceso 02 oct 2025.

Disponible en: <https://iris.who.int/items/b857e46a-1c46-4aa5-8b86-157b44f98f31>

10.- Hanson M, Barker M, Dodd JM, Kumanyika S, Norris S, Steegers E, et al. Interventions to prevent maternal obesity before conception, during pregnancy, and post partum. *The lancet Diabetes & endocrinology*. 2017; 5(1):65-76.

11. The Lancet. Campaigning for preconception health. *Lancet*. 2018; 391(10132):1749. doi:10.1016/S0140-6736(18)30981-4

12.- Goossens J, Beeckman D, Van Hecke A, Delbaere I, Verhaeghe S. Preconception lifestyle changes in women with planned pregnancies. *Midwifery*. 2018; 56:112-20.

13.- Wahabi H, Alzeidan R, Bawazeer G, Alansari L, Esmail S. Preconception care for diabetic women for improving maternal and fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*. 2010(1):1-4.

- 14.- Barker D. Mothers, babies, and disease in later life. London: BMJ Publishing Group; 1994.
- 15.- Barker D. Fetal origins of coronary heart disease. *Br Med J.* 1995; 311:171–174.
- 16.- Barker D., Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet.* 1986; 1:1077–1081.
- 17.- Barker D., Gluckman P., Godfrey KM, Harding J, Owens JA, Robinson JS. Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. *Lancet.* 1993, 341(8850):938–941.
- 18.- Barker D. The origins of the developmental origins theory. *J Intern Med.* 2007; 261(5):412-7.
- 19.- Öztürk H., Türker P. Fetal programming: could intrauterine life affect health status in adulthood? *Obstet Gynecol Sci.* 2021; 64(6):473-483.
- 20.- Vautier A., Cadaret C., Long-Term Consequences of Adaptive Fetal Programming in Ruminant Livestock. *Front Anim Sci.* 2022; 3:778440.
- 21.- De Boo H., Harding J. The developmental origins of adult disease (Barker) hypothesis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2006; 46(1):4–14.
- 22.- Faa G, Fanos V, Manchia M, Van Eyken P, Suri JS, Saba L. The fascinating theory of fetal programming of adult diseases: A review of the fundamentals of the Barker hypothesis. *J Public Health Res.* 2024; 13(1)
- 23.- McHugh J, Dalal M, Agarwal N. From preconception care to the first day of school: transforming the health of new families with lifestyle medicine. *Am J Lifestyle Med.* 2020; 14(1):3-12.

24.- Khekade H, Potdukhe A, Taksande A, Wanjari M, Yelne S. Preconception Care: A Strategic Intervention for the Prevention of Neonatal and Birth Disorders. *Cureus*. 2023; 15(6):41141.

25.- World Health Organization. Preconception care: maximizing the gains for maternal and child health: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2013.

Disponibile en:

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-MCA-13.02>

26.- Chakraborty S, Brijnath B, Dermentzis J, Mazza D. Defining key questions for clinical practice guidelines: a novel approach for developing clinically relevant questions. *Health Res Policy Syst*. 2020; 18(1):113.

27.- Sauder K, Ritchie N. Reducing intergenerational obesity and diabetes risk. *Diabetologia*. 2021; 64(3):481-490.

28.- Dorney E, Boyle J, Walker R, Hammarberg K, Musgrave L, Schoenaker D, Jack B, Black KI. A Systematic Review of Clinical Guidelines for Preconception Care. *Semin Reprod Med*. 2022; 40(3-4):157–169.

29.- Cassinelli E, McKinley M, Kent L, Eastwood K, Schoenaker D, Trew D, Stoikidou T, McGowan L. Preconception health and care policies, strategies and guidelines in the UK and Ireland: a scoping review. *BMC Public Health*. 2024; 24:1662.

30.- Schoenaker D, Lovegrove E, Cassinelli E, Hall J, McGranahan M, McGowan L, Carr H, Alwan N, Stephenson J, Godfrey K. Preconception indicators and associations with health outcomes reported in UK routine primary care data: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2025;75(751):e129–e136.

- 31.- Scheele J, Smith SM, Wahab RJ, Bais B, Steegers-Theunissen RPM, Gaillard R, Harmsen van der Vliet HWT. Current preconception care practice in the Netherlands – An evaluation study among birth care professionals. *Midwifery*. 2023; 127:103855.
- 32.- Shawe J, Delbaere I, Ekstrand M, Hegaard H, Larsson M, Mastroiacovo P, et al. Preconception care policy, guidelines, recommendations and services across six European countries: Belgium (Flanders), Denmark, Italy, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. *Eur J Contraception Reprod Health Care: Off J Eur Soc Contraception* 2015; 20(2):77–87.
- 33.- Wang S, Chavarro JE, et al. Maternal Mortality in the United States: Trends and Opportunities for Prevention. *Annu Rev Med*. 2023; 74:199–216.
- 34.- Johnson P, Jou J, Upchurch DM. Health care disparities among US women of reproductive age by level of psychological distress. *Journal of Women's Health*. 2019; 28(9):1286-94.
- 35.- McKenney K, Martinez N, Yee L. Patient navigation across the spectrum of women's health care in the United States. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2018; 218(3):280-6.
- 36.- Lee H, Hirai A, Lin C, Snyder J. Determinants of rural-urban differences in health care provider visits among women of reproductive age in the United States. *Plos one*. 2020; 15(12):e0240700.
- 37.- Goossens J, De Roose M, Van Hecke A, Goemaes R, Verhaeghe S, Beeckman D. Barriers and facilitators to the provision of preconception care by healthcare providers: a systematic review. *International journal of nursing studies*. 2018; 87:113-30.

38.- Kilfoyle KA, Vitko M, O'Connor R, Bailey SC. Health Literacy and Women's Reproductive Health: A Systematic Review. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016; 25(12):1237-1255.

39.- Poels M, Koster MP, Boeije HR, Franx A, van Stel HF. Why do women not use preconception care? A systematic review on barriers and facilitators. *Obstetrical & gynecological survey*. 2016; 71(10):603-12.

40.- Kandel P, Lim S, Pirotta S, Skouteris H, Moran LJ, Hill B. Enablers and barriers to women's lifestyle behavior change during the preconception period: A systematic review. *Obesity Reviews*. 2021. [citado 2 oct 2025].

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33754474/>

41.- Shannon G, Alberg C, Nacul L, Pashayan N. Preconception healthcare delivery at a population level: construction of public health models of preconception care. *Maternal and child health journal*. 2014;18(6):1512-31.

42.- Kizirian N, Black K, Musgrave L, Hespe C, Gordon A. Understanding and provision of preconception care by general practitioners. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2019; 59(6):799-804.

43.- Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to improve preconception health and health care—United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep*. 2006; 55(RR-6):1-23. PMID: 16617292.

44.- Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo, Departamento Ciclo Vital, División Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile, 2008.

Disponible

en:

[https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wpcontent/uploads/2015/10/2008\\_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wpcontent/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf)

45.- Guía Clínica Perinatal, Subsecretaría de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Ciclo Vital, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile, 2015.

Disponible en:

[https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL\\_2015\\_%20PARA%20PUBLICAR.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf)

46.- Bornstein M, Church AC, Masterson K, Norris AH. Perceptions and Experiences With Healthcare Providers Among People Navigating Reproductive and Fertility Decisions. *J Prim Care Community Health*. 2024;15:21501319241249405.

47.- Bradfield Z, Leefhelm E, Soh SE, Black KI, Boyle JA, Kuliukas L, et al. The MidPIC study: midwives' knowledge, perspectives and learning needs regarding preconception and interconception care. *PLoS One*. 2023; 18(11):e0289910.

48.- Maas VYF, Poels M, Hölscher IM, van Vliet-Lachotzki EH, Franx A, Koster MPH. How to improve preconception care in a local setting? Views from Dutch multidisciplinary healthcare providers. *Midwifery*. 2022; (107):103274.

49.- Skogsdal Y, Fadl H, Cao Y, Karlsson J, Tydén T. An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health—a randomized controlled trial. *Ups J Med Sci*. 2019; 124(3):203–212.

50.- 41.- Stephenson J, Schoenaker D, Hinton W, Poston L, Barker M, Alwan NA, Godfrey K, Hanson M, de Lusignan S. A wake-up call for preconception health: a clinical review. *Br J Gen Pract*. 2021; 71(706):233-236.

51.- Viswanathan M, Urrutia RP, Hudson KN, Middleton JC, Kahwati LC. Folic Acid Supplementation to Prevent Neural Tube Defects: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2023; 330(5):460–466. doi:10.1001/jama.2023.9864.

52.- Hall J, Chawla M, Watson D, Jacob CM, Schoenaker D, Connolly A, Barrett G, Stephenson J. Addressing reproductive health needs across the life course: an integrated, community-based model combining contraception and preconception care. *Lancet Public Health*. 2023; 8(1):e76-e84.

53.- Muñoz Soto V, Poblete LA. *La paradoja de una prestación cubierta, pero invisible en Chile: "Control Preconcepcional"* [tesis de Magíster en Salud Pública]. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2024.

## 11.-ANEXOS

### ANEXO N°1: VARIABLES DE ESTUDIO

<b><u>VARIABLES INDEPENDIENTES DE ESTUDIO</u></b>					
<b>I.- VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS</b>					
<b>Nombre de la variable (definición conceptual)</b>	<b>Dependiente/ Independiente</b>	<b>Cuantitativa / cualitativa</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>
Edad (Edad en años del profesional encuestada/o)	Independiente	Cuantitativa	Años de vida cumplidos	Discreta	Escala intervalo
Creencia religiosa (Identificación del profesional encuestada/o respecto a alguna creencia religiosa)	Independiente	Cualitativa	1) Sí 2) No	Ordinal, Dicotómica	Escala ordinal
Profesión (Título entregado por Universidad acreditada para ejercicio profesional del encuestado/a)	Independiente	Cualitativa	1) Médico Cirujano/a 2) Médico Especialista Gineco-Obstetra 3) Matrón/a 4) Otro, Especificar	Nominal	Escala nominal
Formación en atención preconcepcional	Independiente	Cualitativa	1) Sí 2) No	Ordinal, Dicotómica	Escala ordinal

(Estudios acreditados en atención preconcepcional)					
Tiempo de desempeño en atención primaria (Cantidad en años de trabajo en la atención primaria)	Independiente	Cuantitativa	Años trabajados	Discreta	Escala intervalo
<b>II.- VARIABLES CONOCIMIENTO DEL CONTROL PRECONCEPCIONAL</b>					
<b>Nombre de la variable (definición conceptual)</b>	<b>Dependiente / Independiente</b>	<b>Cuantitativa / cualitativa</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>
Conocimiento del control preconcepcional (Conocimiento teórico de la prestación)	Independiente	Cualitativa	1) Sí 2) No	Ordinal, Dicotómica	Escala ordinal
Conocimiento de lineamientos técnicos (Conocimiento sobre apartados técnicos de la prestación)	Independiente	Cualitativa	1) Sí 2) No	Ordinal, Dicotómica	Escala ordinal

<p>Conocimiento de lineamientos técnicos Minsal respecto a control preconcepcional (Conocimiento sobre apartados del Minsal técnicos de la prestación)</p>	<p>Independiente</p>	<p>Cualitativa</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Programa de Salud de la Mujer</li> <li>2) Manual de Atención personalizada en el proceso Reproductivo</li> <li>3) Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad</li> <li>4) Guía Perinatal</li> <li>5) Normas Nacionales sobre regulación de la Fertilidad</li> <li>6) Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas</li> <li>7) Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio</li> <li>8) Otra, ¿Cuál?:</li> </ol>	<p>Ordinal, Politómica</p>	<p>Escala Nominal</p>
<p>Aspectos a evaluar en un control preconcepcional (Aspectos en los que indagaría en una persona a la que se le realiza</p>	<p>Independiente</p>	<p>Cualitativa</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Salud Mental</li> <li>2) Aspectos psicosociales</li> <li>3) Presencia de patologías crónicas</li> <li>4) Salud Sexual y Reproductiva</li> </ol>	<p>Ordinal, Politómica</p>	<p>Escala Nominal</p>

control precepcional)			<ul style="list-style-type: none"> <li>5) Antecedentes familiares</li> <li>6) Antecedentes Gineco-obstétricos</li> <li>7) Hábitos saludables</li> <li>8) Otra, ¿Cuál?:</li> </ul>		
Indicaciones a entregar en control precepcional (recomendaciones a entregar a una persona que consulta en este control)	Independiente	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Derivación a Especialidad</li> <li>2) Derivación a otro Profesional / Programa</li> <li>3) Suplementación con vitaminas</li> <li>4) Control con exámenes</li> <li>5) Suspender consumo de tabaco / Drogas / Alcohol / otros</li> <li>6) Consejería individual</li> <li>7) Suspensión de método anticonceptivo</li> <li>8) Inicio de método anticonceptivo</li> <li>9) Citación con resultados de exámenes para diagnóstico definitivo.</li> <li>10) Otra, ¿Cuál?:</li> </ul>	Ordinal, Politómica	Escala Nominal
Exámenes hematológicos (Conocimiento de exámenes hematológicos que	Independiente	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Hematocrito</li> <li>2) Hemograma</li> <li>3) Recuento de Leucocitos</li> </ul>	Ordinal, Politómica	Escala Nominal

deben solicitarse en la prestación)			<ul style="list-style-type: none"> <li>4) Recuento de Plaquetas</li> <li>5) Tiempo de Protrombina</li> <li>6) Velocidad de sedimentación</li> <li>7) Ninguno</li> </ul>		
Exámenes bioquímicos en sangre (Conocimiento de exámenes bioquímicos en sangre que deben solicitarse en la prestación)	Independiente	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Ácido úrico</li> <li>2) Bilirrubina total y conjugada</li> <li>3) Perfil lipídico</li> <li>4) Electrolitos Plasmáticos</li> <li>5) Creatinina</li> <li>6) Depuración de creatinina</li> <li>7) Fosfatasas alcalinas</li> <li>8) Glucosa</li> <li>9) Glucosa post carga</li> <li>10) Hemoglobina Glicosilada</li> <li>11) Proteínas totales</li> <li>12) Transaminasas oxaloacética/pirúvica</li> <li>13) TSH – T4 libre – T4</li> <li>14) Urea</li> <li>15) Determinación de niveles plasmáticos de drogas y/o medicamentos</li> <li>16) Ninguno</li> </ul>	Ordinal, Politómica	Escala Nominal

Exámenes bioquímicos en orina (Conocimiento de exámenes bioquímicos en orina que deben solicitarse en la prestación)	Independiente	Cualitativa	1) Creatinuria 2) Detección de embarazo 3) Orina Completa / Sedimento urinario / albumina 4) Microalbuminuria cuantitativa 1) Ninguno	Ordinal, Politómica	Escala Nominal
Exámenes bioquímicos en deposiciones (Conocimiento de exámenes bioquímicos en deposiciones que deben solicitarse en la prestación)	Independiente	Cualitativa	1) Leucocitos fecales 2) Sangre en deposiciones 3) Ninguno	Ordinal, Politómica	Escala Nominal
Exámenes de bacteriología (Conocimiento de exámenes de bacteriología que deben solicitarse en la prestación)	Independiente	Cualitativa	1) Antibiograma corriente 2) Baciloscopia Ziehl Nielsen 3) Examen directo al fresco 4) Gonococo, muestra, siembra, derivación 5) RPR o derivar para VDRL 6) Urocultivo, recuento de colonias, antibiograma 1) 7) Ninguno	Ordinal, Politómica	Escala Nominal

Exámenes de parasitología (Conocimiento de exámenes de parasitología que deben solicitarse en la prestación)	Independiente	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Coproparasitológico seriado</li> <li>2) Ex. Directo al fresco C/S tinción</li> <li>3) Examen de Graham</li> <li>4) Examen gusanos, macroscópico</li> <li>5) Tricomona vaginalis (ex directo)</li> <li>6) Virus Hepatitis C, anticuerpos de (ANTI HCV)</li> <li>7) Ninguno</li> </ol>	Ordinal, Politómica	Escala Nominal
Otros exámenes (Conocimiento de otros exámenes que deben solicitarse en la prestación)	Independiente	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) VIH</li> <li>2) Flujo vaginal</li> <li>3) Control seriado presión arterial</li> <li>4) Examen de Chagas</li> <li>5) Hepatitis B</li> <li>6) Papanicolau</li> <li>7) Mamografía</li> <li>8) Otros, ¿Cuál o cuáles?:</li> <li>9) Ninguno</li> </ol>	Ordinal, Politómica	Escala Nominal
Insumos Farmacológicos (Conocimiento de medicamentos que deben prescribirse en la prestación)	Independiente	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Progesterona 200 mg</li> <li>2) Progesterona 100 mg</li> <li>3) Preservativos masculinos</li> <li>4) Metronidazol 500 mg óvulos</li> </ol>	Ordinal, Politómica	Escala Nominal

prestación)			<ul style="list-style-type: none"> <li>5) Metronidazol 250 mg y/o Metronidazol 500 mg comprimidos</li> <li>6) Acido fólico 1 mg comprimidos</li> <li>7) Ácido fólico 5 mg comprimidos</li> <li>8) Calcio 500 mg + vitamina D comprimidos</li> <li>9) Calcio 500 mg comprimidos</li> <li>10) Fierro comprimidos 200 mg u otro similar</li> <li>11) Clonazepam 0.5 mg comprimidos</li> </ul>		
Derivación a Especialidad (Conocimiento de patologías que requieren atención en niveles de mayor complejidad)	Independiente	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Pesquisa o presencia de patología crónica concomitante</li> <li>2) Pesquisa o presencia de patología de Salud Mental</li> <li>3) Pesquisa o presencia de patología Ginecológica y/o Obstétrica</li> <li>4) Dificultad en el logro de una gestación</li> <li>5) Porque no existen recursos suficientes</li> </ul>	Ordinal, Politómica	Escala Nominal

			para esta prestación en atención primaria.		
Concentración (Conocimiento de cantidad de controles durante el año)	Independiente	Cuantitativa	1) Mensual 2) Bimensual 3) Semestral 4) De acuerdo al riesgo de la consultante o pareja.	Nominal	Escala Nominal
Frecuencia de entrega de la prestación (Conocimiento de la periodicidad de controles durante el año)	Independiente	Cualitativa	1) Sí 2) No	Ordinal, Dicotómica	Escala ordinal
Frecuencia (Conocimiento de cantidad de controles realizados)	Independiente	Cualitativa	1) Una vez al día 2) Una vez a la semana 3) Una vez al mes 4) Menos de una vez al mes.	Nominal	Escala Nominal
Programación (Conocimiento de la programación anual de controles preconcepcionales)	Independiente	Cualitativa	1) Sí 2) No 3) No sé	Nominal	Escala Nominal
Material informativo (Conocimiento de material de promoción de la prestación)	Independiente	Cualitativa	1) Sí 2) No	Ordinal, Dicotómica	Escala ordinal

Material informativo (Conocimiento de stock de material de promoción de la prestación en el establecimiento de Salud)	Independiente	Cualitativa	1) Sí 2) No	Ordinal, Dicotómica	Escala ordinal
<b><u>VARIABLES DEPENDIENTES DE ESTUDIO</u></b>					
<b>III.- VARIABLES VALORACIÓN DEL CONTROL PRECONCEPCIONAL</b>					
<b>Nombre de la variable (definición conceptual)</b>	<b>Dependiente / Independiente</b>	<b>Cuantitativa / cualitativa</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>
Importancia del Control Preconcepcional (Percepción del profesional sobre la importancia de realizar este control cuando se planifica un embarazo)	Dependiente	Cualitativa	1) Sí 2) No	Ordinal, Dicotómica	Escala ordinal

<p>Razón Asociada a la cuál realizaría control preconcepcional (Posibles razones por las que el profesional realizaría control preconcepcional)</p>	<p>Dependiente</p>	<p>Cualitativa</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Porque lo solicita el/la paciente.</li> <li>2) Porque la persona que consulta está en edad reproductiva.</li> <li>3) Porque la persona que consulta presenta factores de riesgo</li> <li>4) Malnutrición por exceso</li> <li>5) Malnutrición por déficit</li> <li>6) Presencia de patología de Salud mental</li> <li>7) Antecedente de trastorno mental tratado</li> <li>8) Otra razón, especifique:</li> </ol>	<p>Ordinal, Politómica</p>	<p>Escala Nominal</p>
<p>Factores de riesgo (Situaciones priorizadas por el profesional para realizar control preconcepcional)</p>	<p>Dependiente</p>	<p>Cualitativa</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Consumo de Tabaco.</li> <li>2) Consumo de Alcohol.</li> <li>3) Consumo de Drogas.</li> <li>4) Mala Historia obstétrica</li> <li>5) Presencia de patologías crónicas</li> <li>6) Riesgo de contagio VIH/ITS</li> <li>7) Infertilidad primaria o secundaria.</li> <li>8) Presencia de patología de Salud Mental</li> </ol>	<p>Ordinal, Politómica</p>	<p>Escala ordinal</p>

			9) Malnutrición		
Momento para realizar control preconcepcional (Tiempo previo para realizar control preconcepcional)	Dependiente	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) En cuánto la persona o pareja planifica el embarazo</li> <li>2) Un año antes de un posible embarazo.</li> <li>3) 6 meses antes de un posible embarazo.</li> <li>4) Cuando no se logra un embarazo después de 6 meses sin uso de anticonceptivos.</li> </ol>	Ordinal, Politómica	Escala Nominal
Razones consideradas para realizar control preconcepcional (Situaciones priorizadas por el profesional para realizar control preconcepcional)	Dependiente	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Para conocer el estado de salud de las personas previo al embarazo.</li> <li>2) Para mejorar hábitos que pudiesen ser perjudiciales en el embarazo.</li> <li>3) Para mejorar controlar el peso de una mujer previo al embarazo.</li> <li>4) Para añadir vitaminas y suplementos a la mujer previo al embarazo.</li> <li>1) 5) Para adoptar un estilo de vida saludable previo al embarazo.</li> </ol>	Ordinal, Politómica	Escala Nominal

Priorización de usuarios/as para realizar control preconcepcional (Grupos priorizados por el profesional para entregar la prestación)			<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Cualquier persona que lo requiera</li> <li>2) Parejas de distinto sexo sin hijos</li> <li>3) Parejas del mismo sexo</li> <li>4) Persona con patología crónica en edad reproductiva.</li> </ol>	Ordinal, Politómica	Escala ordinal
Rendimiento (Tiempo que dura o debería durar un control preconcepcional)	Dependiente	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 15 minutos</li> <li>2) 20 minutos</li> <li>3) 30 minutos</li> <li>4) 45 minutos</li> <li>5) 60 minutos</li> </ol>	Nominal	Escala Nominal
Condiciones para realizar control preconcepcional (Situaciones que pueden influir en la entrega de la prestación en el lugar donde el profesional se desempeña)	Dependiente	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sí</li> <li>2) No</li> </ol>	Ordinal, Dicotómica	Escala ordinal
Importancia de la Educación en control preconcepcional (Importancia percibida por el profesional sobre	Dependiente	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sí</li> <li>2) No</li> </ol>	Ordinal, Dicotómica	Escala ordinal

educación en la atención)					
Priorización temáticas educativas en control preconcepcional (Temáticas consideradas importantes por profesionales para abordar en control preconcepcional)	Dependiente	Cualitativa	1) Riesgos durante el embarazo. 2) Estilos de Vida Saludable 3) Consumo de sustancias 4) Salud Mental	Ordinal, Politómica	Escala Nominal
Importancia de la Educación en control preconcepcional (Importancia percibida por el profesional sobre educación preconcepcional en otros controles)	Dependiente	Cualitativa	1) Sí 2) No	Ordinal, Dicotómica	Escala ordinal
Profesional idóneo (Importancia percibida por el profesional sobre que profesional debe realizar estos controles)	Dependiente	Cualitativa	1) Médico Cirujano/a 2) Médico Especialista Gineco-Obstetra 3) Médico Especialista en Salud Familiar 4) Matrón/a	Ordinal, Politómica	Escala Nominal

			5) Otro, Especificar_____		
<b>IV.- VARIABLE COBERTURA DEL CONTROL PRECONCEPCIONAL</b>					
<b>Nombre de la variable (definición conceptual)</b>	<b>Dependiente / Independiente</b>	<b>Cuantitativa / cualitativa</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>
Cobertura Control Preconcepcional (Relación entre la población que ha recibido control preconcepcional y la población que debería recibirla)	Dependiente	Cuantitativa	Porcentaje de cobertura	Continua	Escala intervalo

## ANEXO N°2: CUESTIONARIO “CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL”

---

### ANEXO N°2

#### CUESTIONARIO: “CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL”

El presente cuestionario tiene como objetivo identificar factores que intervienen en la entrega de Control Preconcepcional por parte de proveedores de Salud, en el marco de tesis de investigación: “**Valoración de la atención preconcepcional según profesionales sanitarios de la atención primaria en la comuna de Concepción**” para optar al grado de Magíster, de la profesional matrona Camila Morales Hidalgo.

Este cuestionario es autoadministrado, aplicado vía plataforma online. Consta de 46 preguntas que se divide en tres partes. En la primera y segunda parte se le preguntará acerca del control preconcepcional, en la tercera sección se le solicitará responder antecedentes sociodemográficos. Cada pregunta tendrá indicaciones específicas, de ser necesario.

#### **Instrucciones de llenado:**

- Al comenzar la encuesta, se solicita leer las preguntas atentamente.
- Responda todas las preguntas en los campos habilitados para este fin.
- En caso de dudas contactarse telefónicamente con Mat. Camila Morales Hidalgo al teléfono: 944067637.



---

**CUESTIONARIO: "CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN  
PRECONCEPCIONAL"**

**I) VALORACIÓN DE LA PRESTACIÓN**

1. ¿Cree usted que es importante realizar el control preconcepcional?

- 1)  Sí
- 2)  No

2. ¿Cuáles son las razones por las que entregaría la prestación de control preconcepcional? Califique las alternativas del número 1 al número 8 en orden de importancia, siendo 1 el motivo más importante y el número 8 el menos importante de acuerdo a su opinión

- 1)  Porque lo solicita el/la paciente.
- 2)  Porque la persona que consulta está en edad reproductiva.
- 3)  Porque la persona que consulta presenta factores de riesgo
- 4)  Malnutrición por exceso
- 5)  Malnutrición por déficit
- 6)  Presencia de patología de Salud mental
- 7)  Antecedente de trastorno mental tratado
- 8)  Otra razón, especifique:

3. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo que usted valoraría para entregar asesoría preconcepcional a una persona o pareja? Califique las alternativas del número 1 al número 9 en orden de importancia, siendo 1 el motivo más importante y el número 9 el menos importante de acuerdo a su opinión:

- 1)  Consumo de Tabaco.
- 2)  Consumo de Alcohol.
- 3)  Consumo de Drogas.
- 4)  Mala Historia obstétrica
- 5)  Presencia de patologías crónicas
- 6)  Riesgo de contagio VIH/ITS
- 7)  Infertilidad primaria o secundaria.
- 8)  Presencia de patología de Salud Mental
- 9)  Malnutrición



4. ¿Cuál considera usted que es el mejor momento para realizar control preconcepcional? Señale una alternativa.

- 1) En cuánto la persona o pareja planifica el embarazo
- 2) Un año antes de un posible embarazo.
- 3) 6 meses antes de un posible embarazo.
- 4) Cuando no se logra un embarazo después de 6 meses sin uso de anticonceptivos.

5. ¿Por qué cree que es importante realizar un control de salud cuándo se planifica un embarazo? Califique las alternativas del número 1 al número 5 en orden de importancia, siendo 1 el motivo más importante y el número 5 el menos importante de acuerdo a su opinión:

- 1) \_\_\_ Para conocer el estado de salud de las personas previo al embarazo.
- 2) \_\_\_ Para mejorar hábitos que pudiesen ser perjudiciales en el embarazo.
- 3) \_\_\_ Para mejorar controlar el peso de una mujer previo al embarazo.
- 4) \_\_\_ Para añadir vitaminas y suplementos a la mujer previo al embarazo.
- 5) \_\_\_ Para adoptar un estilo de vida saludable previo al embarazo.

6. ¿Para qué usuarios debería ser prioritaria la atención preconcepcional? Califique las alternativas del número 1 al número 4 en orden de importancia, siendo 1 el motivo más importante y el número 4 el menos importante de acuerdo a su opinión:

- 1) \_\_\_ Cualquier persona que lo requiera
- 2) \_\_\_ Parejas de distinto sexo sin hijos
- 3) \_\_\_ Parejas del mismo sexo con intención reproductiva
- 4) \_\_\_ Persona con patología crónica en edad reproductiva.

7. ¿Cuánto tiempo considera usted que debe durar un control preconcepcional? Señale una alternativa

- 1) 15 minutos
- 2) 20 minutos
- 3) 30 minutos
- 4) 45 minutos
- 5) 60 minutos
- 6) Otro, ¿Cuál?

8. ¿Cree usted que su lugar de trabajo cuenta con las condiciones suficientes para entregar la atención preconcepcional de forma adecuada? Si su respuesta es no, favor especifique cual es la/las razones que considera.

- 1) Si
- 2) No, especifique razones \_\_\_\_\_

9. ¿Cree usted que es importante realizar educación en el control preconcepcional? Si su respuesta es no, pase a la pregunta 11.

- 1) Si
- 2) No



10. ¿Qué tema es más importante para la educación individual o de parejas en un control preconcepcional? Califique las alternativas del número 1 al número 4 en orden de importancia, siendo 1 el tema más importante y el número 4 el menos importante de acuerdo a su opinión:

- 1)  Riesgos durante el embarazo.
- 2)  Estilos de Vida Saludable
- 3)  Consumo de sustancias
- 4)  Salud Mental

11. ¿Considera usted que se debe entregar información acerca de la atención preconcepcional en todo control de salud?

- 1) Sí
- 2) No

12. ¿Qué profesional es el más idóneo para realizar un control preconcepcional en la atención primaria de Salud? Califique las alternativas del número 1 al número 5 en orden de importancia, siendo 1 el profesional más idóneo y el número 5 el menos idóneo de acuerdo a su opinión

- 1)  Médico Cirujano/a
- 2)  Médico Especialista Gineco-Obstetra
- 3)  Médico Especialista en Salud Familiar
- 4)  Matrón/a

**II) CONOCIMIENTO DEL CONTROL PRECONCEPCIONAL:**

13. ¿Conoce la prestación de Control Preconcepcional?

- 1) Sí
- 2) No

14. ¿Conoce algún lineamiento técnico de Control Preconcepcional emanado desde el Ministerio de Salud?

- 1) Sí
- 2) No, pase a la pregunta 16





15. ¿En qué propuesta Minsal se declaran lineamientos respecto a control preconcepcional? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.

- 1)  Programa de Salud de la Mujer
- 2)  Manual de Atención personalizada en el proceso Reproductivo
- 3)  Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad
- 4)  Guía Perinatal
- 5)  Normas Nacionales sobre regulación de la Fertilidad
- 6)  Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas
- 7)  Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio
- 8)  No sé
- 9)  Otra, ¿Cuál?:

16. ¿Qué aspectos de la persona que consulta evaluaría en un control preconcepcional? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.

- 1)  Salud Mental
- 2)  Aspectos psicosociales
- 3)  Presencia de patologías crónicas
- 4)  Salud Sexual y Reproductiva
- 5)  Antecedentes familiares
- 6)  Antecedentes Gineco-obstétricos
- 7)  Hábitos saludables
- 8)  No sé
- 9)  Otra, ¿Cuál?:

17. ¿Qué indicaciones le entregaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.

- 1)  Derivación a Especialidad
- 2)  Derivación a otro Profesional / Programa
- 3)  Suplementación con vitaminas
- 4)  Control con exámenes
- 5)  Suspender consumo de tabaco / Drogas / Alcohol / otros
- 6)  Consejería individual
- 7)  Suspensión de método anticonceptivo
- 8)  Inicio de método anticonceptivo
- 9)  Citación con resultados de exámenes para diagnóstico definitivo.
- 10)  No sé
- 11)  Otra, ¿Cuál?:

18. ¿Qué exámenes hematológicos le solicitaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.

- 1)  Hematocrito
- 2)  Hemograma
- 3)  Recuento de Leucocitos
- 4)  Recuento de Plaquetas

- 5)  Tiempo de Protrombina
- 6)  Velocidad de sedimentación
- 7)  No sé
- 8)  Ninguno

19. ¿Qué exámenes bioquímicos en sangre, le solicitaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.

- 1)  Ácido úrico
- 2)  Bilirrubina total y conjugada
- 3)  Perfil lipídico
- 4)  Electrolitos Plasmáticos
- 5)  Creatinina
- 6)  Depuración de creatinina
- 7)  Fosfatasas alcalinas
- 8)  Glucosa
- 9)  Glucosa post carga
- 10)  Hemoglobina Glicosilada
- 11)  Proteínas totales
- 12)  Transaminasas oxaloacética/pirúvica
- 13)  TSH – T4 libre – T4
- 14)  Urea
- 15)  Determinación de niveles plasmáticos de drogas y/o medicamentos
- 16)  No sé
- 17)  Ninguno



20. ¿Qué exámenes bioquímicos en orina le solicitaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.

- 1)  Creatinuria
- 2)  Detección de embarazo
- 3)  Orina Completa / Sedimento urinario / albumina
- 4)  Microalbuminuria cuantitativa
- 5)  No sé
- 6)  Ninguno

21. ¿Qué exámenes bioquímicos en deposiciones le solicitaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.

- 1)  Leucocitos fecales
- 2)  Sangre en deposiciones
- 3)  No sé
- 4)  Ninguno

22. ¿Solicitaría exámenes de inmunología como el factor reumatoideo a una persona que consulta en esta prestación?

- 1)  Si
- 2)  No

23. ¿Qué exámenes de bacteriología le solicitaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.

- 1)  Antibiograma corriente
- 2)  Baciloscopia Ziehl Nielsen
- 3)  Exámen directo al fresco
- 4)  Gonococo, muestra, siembra, derivación
- 5)  RPR o derivar para VDRL
- 6)  Urocultivo, recuento de colonias, antibiograma
- 7)  No sé
- 8)  Ninguno



24. ¿Qué exámenes de parasitología le solicitaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.

- 1)  Coproparasitológico seriado
- 2)  Ex. Directo al fresco C/S tinción
- 3)  Examen de Graham
- 4)  Examen gusanos, macroscópico
- 5)  Tricomona vaginalis (ex directo)
- 6)  Virus Hepatitis C, anticuerpos de (ANTI HCV)
- 7)  No sé
- 8)  Ninguno

25. ¿Qué exámenes le solicitaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.

- 1)  VIH
- 2)  Flujo vaginal
- 3)  Control seriado presión arterial
- 4)  Examen de Chagas
- 5)  Hepatitis B
- 6)  Papanicolau
- 7)  Mamografía
- 8)  Otros, ¿Cuál o cuáles?:
- 9)  No sé
- 10)  Ninguno

26. ¿Existe dentro del arsenal farmacológico de su Establecimiento medicamentos para entregar a usuarios que consultan en esta prestación?

- 1)  Sí
- 2)  No

27. ¿Qué medicamentos indicaría en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.

- 1)  Progesterona 200 mg
- 2)  Progesterona 100 mg
- 3)  Preservativos masculinos
- 4)  Metronidazol 500 mg óvulos
- 5)  Metronidazol 250 mg y/o Metronidazol 500 mg comprimidos
- 6)  Acido fólico 1 mg comprimidos
- 7)  Ácido fólico 5 mg comprimidos
- 8)  Calcio 500 mg + vitamina D comprimidos
- 9)  Calcio 500 mg comprimidos
- 10)  Hierro comprimidos 200 mg u otro similar
- 11)  Clonazepam 0.5 mg comprimidos
- 12)  Clotiazepam 5 mg comprimidos
- 13)  Metformina 580 mg comprimidos
- 14)  Ninguno
- 15)  No sé



28. ¿Por qué razón derivaría a Especialidad a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.

- 1)  Pesquisa o presencia de patología crónica concomitante
- 2)  Pesquisa o presencia de patología de Salud Mental
- 3)  Pesquisa o presencia de patología Ginecológica y/o Obstétrica
- 4)  Dificultad en el logro de una gestación
- 5)  Porque no existen recursos suficientes para esta prestación en atención primaria.
- 6)  No sé

29. ¿Cada cuánto tiempo se debe realizar control preconcepcional a una misma persona o pareja? Señale una alternativa.

- 1) Mensual
- 2) Bimensual
- 3) Semestral
- 4) De acuerdo al riesgo de la consultante o pareja.
- 5) No sé

30. ¿Es frecuente que usted entregue la atención preconcepcional en su lugar de trabajo?

- 1) Sí
- 2) No

31. ¿Con qué frecuencia usted entrega la atención preconcepcional en su lugar de trabajo? Señale una alternativa.

- 1) Una vez al día
- 2) Una vez a la semana

- 3) Una vez al mes
- 4) Menos de una vez al mes

32. En su centro de Salud, ¿Se Programa la prestación Control Preconcepcional?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No sé

33. ¿Conoce usted material informativo sobre Control preconcepcional?

- 1) Sí
- 2) No

34. ¿Cuenta usted con material informativo sobre Control preconcepcional en su lugar de trabajo?

- 1) Sí
- 2) No

### III) ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS:

35. Establecimiento de Salud en el que se desempeña. Señale todas las alternativas que considere pertinentes.

- 1)  Cefsam O'Higgins
- 2)  Cefsam Juan Soto Fernández
- 3)  Cefsam Pedro de Valdivia
- 4)  Cefsam Lorenzo Arenas
- 5)  Cefsam Santa Sabina
- 6)  Cefsam Tucapel
- 7)  Cefsam Víctor Manuel Fernández
- 8)  Cefsam Villa Nonguén

36. Fecha de nacimiento: día/mes/año

A continuación, debe marcar una sola alternativa

37. Comuna de residencia

- 1) Concepción
- 2) Hualqui
- 3) Chiguayante
- 4) Florida
- 5) Santa Juana
- 6) San Pedro de la Paz
- 7) Coronel
- 8) Lota
- 9) Tomé



- 
- 10) Penco
  - 11) Talcahuano
  - 12) Hualpén

38. Estado civil:

- 1) Casada/o
- 2) Unión civil
- 3) Soltera/o
- 4) Conviviente
- 5) Divorciada/o
- 6) Viuda/o
- 7) Otro. Especificar \_\_\_\_\_

39. ¿Adhiere usted a alguna creencia religiosa?:

- 1) Católica
- 2) Evangélica
- 3) Adventista
- 4) Mormona
- 5) Testigo Jehová
- 6) Otro
- 7) No adhiere a ninguna religión

40. Profesión:

- 1) Médico Cirujano/a
- 2) Médico Especialista Gineco-Obstetra
- 3) Médico Especialista en Salud Familiar
- 4) Matrn/a

41. ¿Posee formación posterior a su Título profesional? Señale todas las alternativas que considere pertinentes

- 1) Curso de actualización
- 2) Diploma - Diplomado
- 3) Postgrado (Magíster y/o Doctorado)
- 4) No posee formación posterior

42. ¿Ha recibido formación en atención preconcepcional? Si su respuesta es no, pase a la pregunta 46.

- 1) Si
- 2) No



A continuación, debe escribir en texto libre

43. ¿En qué año recibió la última formación en atención preconcepcional?  
AÑO en que la recibió:

44. ¿Cuántas horas duró esta capacitación / formación?  
HORAS de duración capacitación / formación:

A continuación, debe marcar una sola alternativa:

45. ¿Qué institución fue el proveedor de esta última formación?

- 1)  Universidad
- 2)  Formación Minsal
- 3)  Programa institucional de capacitación
- 4)  Instituto
- 5)  OTEC
- 6)  ONG u otro organismo

46. Tiempo de desempeño laboral en atención primaria:

- 1) Menos de un año
- 2) Entre 1 y 4 años
- 3) Entre 5 y 9 años
- 4) Entre 10 y 14 años
- 5) 15 o más años



Muchas Gracias por participar.

## **ANEXO N°3: EVALUACIÓN DE EXPERTA/O**

### **VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL SEGÚN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

#### **EVALUACIÓN DE EXPERTA/O:**

**Cuestionario: “Conocimiento y valoración de la atención preconcepcional”**

---

Se le solicita participar en calidad de experta(o) en la evaluación de un instrumento que busca analizar el conocimiento y la valoración de la atención preconcepcional de profesionales de Matronería, Médicos generales y Médicos especialistas, y su relación con la cobertura alcanzada para control preconcepcional en Establecimientos de la atención primaria de Salud.

Este análisis se realizará en base a dos dimensiones que se evaluarán en el cuestionario, las cuáles son:

- I.- Conocimiento del control preconcepcional
- II.- Valoración de la prestación

Este cuestionario presentará cada dimensión a los participantes del estudio con la posibilidad de responder de acuerdo con las indicaciones entregadas en cada pregunta y las posibles respuestas.

En su calidad de experto(a), le solicitamos que evalúe la congruencia de cada pregunta y las respuestas propuestas con la dimensión representada.

---

**VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL SEGÚN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

Para realizar esta evaluación, se le solicita que, por cada pregunta, marque con una cruz ("+") o equis ("x") la alternativa que mejor represente su opinión, utilizando una de estas opciones:

+	<b>Esencial</b>	<b>Útil pero no esencial</b>	<b>No necesario</b>
	La pregunta es un claro indicador del área que busca medir.	La pregunta se asocia de manera indirecta o no es muy relevante para medir el área.	La pregunta no tiene relación con el área que pretende medir.

Así mismo, para las posibles respuestas, se solicita que, por cada planteamiento, marque con una cruz ("+") o equis ("x") la alternativa que mejor represente su opinión, utilizando una de las siguientes opciones:

<b>Alternativas adecuadas</b>	<b>Alternativas medianamente adecuadas</b>	<b>Alternativas inadecuadas</b>
La alternativa representa y mide correctamente la pregunta y ámbito	La alternativa representa medianamente la pregunta y ámbito	La alternativa no representa ni mide la pregunta y ámbito.

Adicionalmente, si considera hacer comentarios sobre la redacción de la pregunta y/o respuesta y qué tan claro o comprensible puede resultar para la población, puede escribir cambios sobre cada reactivo (idealmente destacando el cambio) o realizar comentarios al final de este formulario.

**VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL SEGÚN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA  
DE SALUD EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

Dimensión	Preguntas	Esencial	Útil pero no esencial	No Necesario	Observaciones a la pregunta	Respuesta sugerida	Alternativas adecuadas	Alternativas medianamente adecuadas	Alternativas inadecuadas	Observaciones a las alternativas
Conocimiento del Control Preconcepcional	¿Conoce la prestación de Control Preconcepcional?					1) Sí 2) No				
	¿Conoce algún lineamiento técnico de Control Preconcepcional?					1) Sí 2) No				
	¿En qué propuesta Minsal se declaran lineamientos respecto a control preconcepcional? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.					1) Programa de Salud de la Mujer 2) Manual de Atención personalizada en el proceso Reproductivo 3) Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad 4) Guía Perinatal 5) Normas Nacionales sobre regulación de la Fertilidad 6) Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas 7) Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio 8) Otra, ¿Cuál?:				
	¿Qué aspectos de la persona que consulta evaluaría en un control preconcepcional? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.					1) Salud Mental 2) Aspectos psicosociales 3) Presencia de patologías crónicas 4) Salud Sexual y Reproductiva 5) Antecedentes familiares 6) Antecedentes Gineco-obstétricos 7) Hábitos saludables 8) Otra, ¿Cuál?:				
	¿Qué indicaciones le entregaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.					1) Derivación a Especialidad 2) Derivación a otro Profesional / Programa 3) Suplementación con vitaminas 4) Control con exámenes 5) Suspender consumo de tabaco / Drogas / Alcohol / otros 6) Consejería individual 7) Suspensión de método anticonceptivo 8) Inicio de método anticonceptivo 9) Citación con resultados de exámenes para diagnóstico definitivo. 10) Otra, ¿Cuál?:				

**VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL SEGÚN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA  
DE SALUD EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

¿Qué exámenes hematológicos le solicitaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.					1) Hematocrito 2) Hemograma 3) Recuento de Leucocitos 4) Recuento de Plaquetas 5) Tiempo de Protrombina 6) Velocidad de sedimentación 7) Ninguno			
¿Qué exámenes bioquímicos en sangre, le solicitaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.					1) Acido úrico 2) Bilirrubina total y conjugada 3) Perfil lipídico 4) Electrolitos Plasmáticos 5) Creatinina 6) Depuración de creatinina 7) Fosfatasas alcalinas 8) Glucosa 9) Glucosa post carga 10) Hemoglobina Glicosilada 11) Proteínas totales 12) Transaminasas <del>oxaloacética</del> /pirúvica 13) TSH – T4 libre – T4 14) Urea 15) Determinación de niveles plasmáticos de drogas y/o medicamentos 16) Ninguno			
¿Qué exámenes bioquímicos en orina le solicitaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.					1) Creatinuria 2) Detección de embarazo 3) Orina Completa / Sedimento urinario / albumina 4) Microalbuminuria cuantitativa 5) Ninguno			
¿Qué exámenes bioquímicos en deposiciones le solicitaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.					1) Leucocitos fecales 2) Sangre en deposiciones 3) Ninguno			
¿Solicitaría exámenes de inmunología como el factor reumatoideo a una persona que consulta en esta prestación?					1) Sí 2) No			

**VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL SEGÚN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA  
DE SALUD EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

¿Qué exámenes de bacteriología le solicitaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.					1) Antibiograma corriente 2) Baciloscopia Ziehl Nielsen 3) Examen directo al fresco 4) Gonococo, muestra, siembra, derivación 5) RPR o derivar para VDRL 6) Urocultivo, recuento de colonias, antibiograma 7) Ninguno				
¿Qué exámenes de parasitología le solicitaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.					1) Coproparasitológico seriado 2) Ex. Directo al fresco C/S tinción 3) Examen de Graham 4) Examen gusanos, macroscópico 5) Tricomona vaginalis (ex directo) 6) Virus Hepatitis C, anticuerpos de (ANTI HCV) 7) Ninguno				
¿Qué exámenes le solicitaría a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.					1) VIH 2) Flujo vaginal 3) Control seriado presión arterial 4) Examen de Chagas 5) Hepatitis B 6) Papanicolau 7) Mamografía 8) Otros, ¿cuál o cuáles? 9) Ninguno				
¿Existe dentro del arsenal farmacológico de su Establecimiento medicamentos para entregar a usuarios que consultan en esta prestación?					1) Sí 2) No				
¿Qué medicamentos indicaría en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.					1) Progesterona 200 mg 2) Progesterona 100 mg 3) Preservativos masculinos 4) Metronidazol 500 mg óvulos 5) Metronidazol 250 mg y/o Metronidazol 500 mg comprimidos 6) Ácido fólico 1 mg comprimidos 7) Ácido fólico 5 mg comprimidos 8) Calcio 500 mg + vitamina D comprimidos 9) Calcio 500 mg comprimidos 10) Hierro comprimidos 200 mg u otro similar				

**VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL SEGÚN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA  
DE SALUD EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

						11) Clonazepam 0.5 mg comprimidos 12) <del>Clonazepam</del> 5 mg comprimidos 13) Metformina 580 mg comprimidos 14) Ninguno				
¿Por qué razón derivaría a Especialidad a una persona que consulta en esta prestación? Señale todas las alternativas que considere pertinentes.						1) Pesquisa o presencia de patología crónica concomitante 2) Pesquisa o presencia de patología de Salud Mental 3) Pesquisa o presencia de patología Ginecológica y/o Obstétrica 4) Dificultad en el logro de una gestación 5) Porque no existen recursos suficientes para esta prestación en atención primaria.				
¿Cada cuánto tiempo se debe realizar control preconcepcional a una misma persona o pareja? Señale una alternativa.						1) Mensual 2) Bimensual 3) Semestral 4) De acuerdo al riesgo de la consultante o pareja.				
¿Es frecuente que usted entregue la atención preconcepcional en su lugar de trabajo?						1) Sí 2) No				
¿Con qué frecuencia usted entrega la atención preconcepcional en su lugar de trabajo? Señale una alternativa.						1) Una vez al día 2) Una vez a la semana 3) Una vez al mes 4) Menos de una vez al mes.				
En su centro de Salud, ¿Se Programa la prestación Control Preconcepcional?						1) Sí 2) No 3) No sé				
¿Conoce usted material informativo sobre Control preconcepcional?						1) Sí 2) No				
¿Cuenta usted con material informativo sobre Control preconcepcional en su lugar de trabajo?						1) Sí 2) No				

**VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL SEGÚN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA  
DE SALUD EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

Dimensión	Preguntas	Esencial	Útil pero no esencial	No Necesario	Observaciones a la pregunta	Respuesta sugerida	Alternativas adecuadas	Alternativas medianamente adecuadas	Alternativas inadecuadas	Observaciones a las alternativas
<b>VALORACIÓN DE LA PRESTACIÓN</b>	¿Cree usted que es importante realizar control preconcepcional?					1) Sí 2) No				
	¿Cuáles son las razones por las que entregaría la prestación de control preconcepcional? Califique las alternativas del número 1 al número 8 en orden de importancia, siendo 1 el motivo más importante y el número 8 el menos importante de acuerdo a su opinión						1) Porque lo solicita el/la paciente. 2) Porque la persona que consulta está en edad reproductiva. 3) Porque la persona que consulta presenta factores de riesgo 4) Malnutrición por exceso 5) Malnutrición por déficit 6) Presencia de patología de Salud mental 7) Antecedente de trastorno mental tratado 8) Otra razón, especifique:			
	¿Cuáles son los principales factores de riesgo que usted valoraría para entregar asesoría preconcepcional a una persona o pareja? Califique las alternativas del número 1 al número 8 en orden de importancia, siendo 1 el motivo más importante y el número 9 el menos importante de acuerdo a su opinión:						1) Consumo de Tabaco. 2) Consumo de Alcohol. 3) Consumo de Drogas. 4) Mala Historia obstétrica 5) Presencia de patologías crónicas 6) Riesgo de contagio VIH/ITS 7) Infertilidad primaria o secundaria. 8) Presencia de patología de Salud Mental 9) Malnutrición			
	¿Cuál considera usted que es el mejor momento para realizar control preconcepcional? Señale una alternativa.						1) En cuánto la persona o pareja planifica el embarazo 2) Un año antes de un posible embarazo. 3) 6 meses antes de un posible embarazo. 4) Cuando no se logra un embarazo después de 6 meses sin uso de anticonceptivos.			
¿Por qué cree que es importante realizar un control de salud cuando se planifica un embarazo? Califique las alternativas del número 1 al número 5 en orden de importancia, siendo 1 el motivo						1) Para conocer el estado de salud de las personas previo al embarazo. 2) Para mejorar hábitos que pudiesen ser perjudiciales en el embarazo. 3) Para mejorar controlar el peso de una mujer previo al embarazo.				

**VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL SEGÚN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA  
DE SALUD EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

	más importante y el número 5 el menos importante de acuerdo a su opinión:					4) Para añadir vitaminas y suplementos a la mujer previo al embarazo. 5) Para adoptar un estilo de vida saludable previo al embarazo				
	¿Para qué usuarios debería ser prioritaria esta prestación? Califique las alternativas del número 1 al número 4 en orden de importancia, siendo 1 el motivo más importante y el número 4 el menos importante de acuerdo a su opinión:					1) Cualquier persona que lo requiera 2) Parejas de distinto sexo sin hijos 3) Parejas del mismo sexo con intención reproductiva 4) Persona con patología crónica en edad reproductiva.				
	¿Cuánto tiempo considera usted que debe durar un control preconcepcional? Señale una alternativa					1) 15 minutos 2) 20 minutos 3) 30 minutos 4) 45 minutos 5) 60 minutos 6) Otro, ¿Cuál?				
	¿Cree usted que su lugar de trabajo cuenta con las condiciones suficientes para entregar esta prestación de forma adecuada? Si su respuesta es no, favor especifique cual es la/ las razones que considera					1) Sí 2) No, especifique:				
	¿Cree usted que es importante realizar educación en el control preconcepcional?					1) Sí 2) No				
	¿En qué temática debería centrarse la Educación individual o de parejas en un control preconcepcional? Califique las alternativas del número 1 al número 4 en orden de importancia, siendo 1 el motivo más importante y el número 4 el menos importante de acuerdo a su opinión:					1) Riesgos durante el embarazo. 2) Estilos de Vida Saludable 3) Consumo de sustancias 4) Salud Mental				
	¿Considera usted que se debe entregar información acerca de la atención preconcepcional debiese entregarse en todo control de					1) Sí 2) No				

	salud?									
	¿Qué profesional es el más idóneo para realizar un control preconcepcional en la atención primaria de Salud? Califique las alternativas del número 1 al número 5 en orden de importancia, siendo 1 el motivo más importante y el número 5 el menos importante de acuerdo a su opinión					1) Médico Cirujano/a 2) Médico Especialista Gineco-Obstetra 3) Médico Especialista en Salud Familiar 4) Matrón/a 5) Otro, Especificar				

**VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL SEGÚN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

**Para terminar:**

Le solicitamos que realice comentarios sobre su opinión en relación a las preguntas o al cuestionario, sugiriéndole las siguientes preguntas orientadoras:

+	<p>¿De las preguntas que usted consideró esenciales en la <b>dimensión de Conocimiento de la atención preconcepcional</b>, cuáles considera usted relevantes para clasificar en un concepto de alto, mediano, y bajo conocimiento?</p>	<p><b>Alto:</b></p> <p><b>Mediano:</b></p> <p><b>Bajo:</b></p>
	<p>¿De las preguntas que usted consideró esenciales en la <b>dimensión de Valoración de la atención preconcepcional</b>, cuáles considera usted relevantes para clasificar en un concepto de alta, mediana y baja valoración?</p>	<p><b>Alta:</b></p> <p><b>Mediana:</b></p> <p><b>Baja:</b></p>

**VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL SEGÚN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA  
DE SALUD EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

¿Existe alguna pregunta que no esté representada en el instrumento?	
¿Cree que es necesario agregar alguna pregunta en particular en una dimensión específica?	
¿Qué opinión general tiene en relación al cuestionario?	
¿Tiene alguna otra observación que realizar?	

**¡¡Muchas gracias por su experiencia y colaboración!!**

**ANEXO Nº4 TABLA DE DATOS DISTRIBUIDOS POR CESFAM PARA  
CALCULAR COBERTURA DE CONTROL PRECONCEPCIONAL Y TASA DE  
INGRESOS PRENATALES DEL PERÍODO 2020 AL 2024**

<b>Año</b>	<b>CESFAM</b>	<b>PIV mujeres</b>	<b>Grupo etario con el cual fue programado</b>	<b>Programación control preconcepcional</b>	<b>Controles preconcepcionales realizados</b>	<b>Ingresos prenatales</b>
<b>2020</b>	CESFAM 1	5953	20 a 39	70	26	200
	CESFAM 2	3213	20 a 39	72	49	132
	CESFAM 3	3564	20 a 39	80	14	113
	CESFAM 4	3448	20 a 39	60	24	145
	CESFAM 5	1646	20 a 39	78	55	80
	CESFAM 6	4920	20 a 39	88	93	179
	CESFAM 7	6459	20 a 39	328	173	357
	CESFAM 8	2246	20 a 39	124	34	101
	Total	31449			900	468
<b>2021</b>	CESFAM 1	5987	20 a 39	42	32	199
	CESFAM 2	3228	20 a 39	112	44	126
	CESFAM 3	2508	20 a 39	52	23	125
	CESFAM 4	3503	20 a 39	80	48	151
	CESFAM 5	1625	20 a 39	78	55	59
	CESFAM 6	4917	20 a 39	90	92	194
	CESFAM 7	7102	20 a 39	388	201	388
	CESFAM 8	2522	20 a 39	80	26	116
	Total	31392			922	521
<b>2022</b>	CESFAM 1	6246	20 a 39	65	36	223
	CESFAM 2	2769	20 a 39	108	53	154
	CESFAM 3	3264	20 a 39	28	25	167
	CESFAM 4	3467	20 a 39	33	41	144
	CESFAM 5	1616	20 a 39	76	49	66
	CESFAM 6	4865	20 a 39	180	98	183
	CESFAM 7	7112	20 a 39	351	198	380

	CESFAM 8	2522	20 a 39	100	85	134
	Total	31861		941	585	1451
<b>2023</b>	CESFAM 1	6513	20 a 39	73	47	261
	CESFAM 2	2869	20 a 39	44	51	133
	CESFAM 3	3276	20 a 39	28	17	125
	CESFAM 4	3553	20 a 39	29	64	151
	CESFAM 5	1646	20 a 39	52	47	75
	CESFAM 6	4836	20 a 39	97	102	182
	CESFAM 7	7124	20 a 39	200	236	384
	CESFAM 8	2540	20 a 39	101	93	123
	Total	32357		624	657	1434
<b>2024</b>	CESFAM 1	6940	20 a 39	58	62	228
	CESFAM 2	3633	15 a 39	50	50	115
	CESFAM 3	3568	15 a 39	24	27	118
	CESFAM 4	3727	20 a 39	48	58	122
	CESFAM 5	2488	15 a 39	44	53	64
	CESFAM 6	5625	15 a 39	202	92	164
	CESFAM 7	9036	20 a 39	455	205	323
	CESFAM 8	2643	20 a 39	110	81	128
	Total	37660		991	628	1262

## ANEXO N°5.1: APROBACIÓN POR COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN



### ACTA DE EVALUACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012  
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 2953/ 06.10.20

Concepción, 02 de noviembre 2023

Mat. Camila Morales Hidalgo  
Investigadora Responsable  
Presente.

Ref. Valoración de la atención preconcepcional según  
profesionales sanitarios de la atención primaria de salud  
en la comuna de Concepción  
Código CEC-SSC: 23-06-24

Estimada investigadora

Junto con saludarle, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, en reunión de fecha 24 de octubre 2023 tomó conocimiento y evaluó respuesta a observaciones planteadas por comité en reunión de fecha 22 de agosto 2023.

Miembros del Comité Ético Científico que participaron en la sesión del 24 de octubre 2023

Q: 06 / 08

Nombre y apellidos	Profesión/Institución	Cargo CEC
Claudio Bustos	Psicólogo	Integrante permanente / externo
Felipe León M.	Abogado / SSC	Integrante permanente / Abogado / Vice presidente
María Cristina Fellay	Bióloga	Integrante permanente / Representante comunidad
Eliana Eriz S.	Médico/Centro de Sangre Concepción	Integrante permanente
Francisco Guede R.	Kinesiólogo / UNAB	Integrante permanente / externo
Ricardo Saldías	Ingeniero comercial /HGG	Integrante permanente / Secretario

Excusas: Nelson Pérez T, Catalina Márquez Z.

Documentos recepcionados:

- Carta conductora
- Control de cambios
- Protocolo de estudio: Valoración de la atención preconcepcional según profesionales sanitarios de la atención primaria de salud en la comuna de Concepción. Versión 3.0, 06.10.23
  - Anexo N°1: Variables del estudio
  - Anexo N°2: Cuestionario: "Conocimiento y valoración de la atención preconcepcional"
  - Anexo N°3: Ficha de información al participante
  - Anexo N°4: Plan de trabajo año 2023 - 2024
- Ficha Información y Consentimiento Informado Versión Versión 3.0, 06.10.23
- Planilla tabulación de datos

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. Página 1  
ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACIÓN (GCP-ICH) CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN



## ACTA DE EVALUACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012  
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 2963/ 06.10.20

**CONCLUSION:** Con fecha 24 de octubre 2023 el Comité aprueba el estudio y procede a timbrar los siguientes documentos:

- Protocolo de estudio: Valoración de la atención preconcepcional según profesionales sanitarios de la atención primaria de salud en la comuna de Concepción. Versión 3.0, 06.10.23
  - Anexo N°1: Variables del estudio
  - Anexo N°2: Cuestionario: "Conocimiento y valoración de la atención preconcepcional"
  - Anexo N°3: Ficha de información al participante
  - Anexo N°4: Plan de trabajo año 2023 - 2024
- Ficha Información y Consentimiento informado Versión Versión 3.0, 06.10.23
- Planilla tabulación de datos

Además, este Comité solicita que:

1. El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados en su institución.
2. El Investigador responsable debe cumplir con el adecuado manejo de la información, asegurando la no utilización de datos que pueda identificar a los participantes.
3. Las enmiendas, reportes de eventos adversos y desvíos de protocolo se entreguen al comité en conjunto con una opinión personal del investigador, sobre la relevancia de ellos en el proyecto.
4. Informar a lo menos una vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen
5. La validez de esta aprobación es por un año.
6. Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.
7. Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta quince años cerrado el estudio
8. En toda futura correspondencia hacer referencia al número de código asignado
9. Cumplir con la normativa y protocolos de seguridad del establecimiento y/o centro de investigación.
10. Para iniciar el estudio debe tener la autorización del Director del centro

Atentamente,

  
Ing. Ricardo Saldías Cerda  
Secretario CEC-SSC  
CC: CEC-SSC



Firma electrónica avanzada  
NELSON IGOR PEREZ  
TERAN  
2023.11.02 12:52:48 -0300

Dr. Nelson Perez Terán  
Presidente CEC-SSC

## ANEXO N°5.2: APROBACIÓN POR COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN.



Campus Concepción  
Chacabuco esq. Janequeo S/N, Concepción  
Casilla 160 C – Correo 3  
T: (56-41) 2204407

CONCEPCIÓN, 16 de noviembre 2023  
CEC 21/2023

Matrona Camila Morales Hidalgo  
Magíster en Sexualidad Reproductiva  
Facultad de Medicina  
Universidad de Concepción

Estimado Mat. Morales:

Junto con saludar, informamos a Ud., que su proyecto titulado “Valoración de la atención preconcepcional según profesionales sanitarios de la atención primaria de salud en la comuna de Concepción”, ha sido revisado y APROBADO por este Comité.

Sin embargo, de acuerdo a la Ley 20.120 y al reglamento 2017/083 de la Universidad de Concepción, este proyecto debe ser enviado para su evaluación al Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción.

Sin otro particular, se despide cordialmente,

**Dra. Isabel Cottin Carrazana**  
Presidenta  
Comité Ético Científico  
Facultad de Medicina  
Universidad de Concepción

# ANEXO N°5.3: APROBACIÓN POR COMITÉ ÉTICO DE LA VICERECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (VRID) DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN.



Universidad de Concepción  
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo  
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 1590-2023

Concepción, enero de 2024.

## CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha evaluado el **PROYECTO DE TESIS** titulado "**VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL SEGÚN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN**", presentado por la Matrona **SRTA. CAMILA MORALES HIDALGO**, en calidad de Investigadora Responsable, candidata al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva por la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía **DRA. YOLANDA CONTRERAS GARCÍA**, docente adscrita al Departamento de Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina de la misma Universidad, y ha comprobado que el referido proyecto, cumple con las normas y procedimientos éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para estudios que consideran la participación de personas.

El objetivo general propuesto en este Proyecto de Tesis plantea aalizar la valoración de la atención preconcepcional de profesionales, y su relación con la cobertura alcanzada para control preconcepcional en establecimientos de la atención primaria de salud de la comuna de Concepción. Para esto describe la ejecución de las actividades que se enmarcan en 04 (cuatro) objetivos específicos, a saber: (1) identificar perfil de los profesionales que entregan la prestación; después, (2) describir la valoración que los profesionales de Salud tienen de esta prestación para, a continuación, (3) establecer el nivel de conocimiento de la prestación de parte de los profesionales, según lineamientos técnicos del Ministerio de Salud. Por último, propone (4) determinar el efecto entre la valoración del profesional sanitario respecto a la atención preconcepcional y la cobertura de esta prestación.

En este estudio cuantitativo observacional ecológico con control de la asignación de factores de estudio observacional, la participación de cada sujeto (n=91) -profesionales Matronas/es y Médicos/as que se desempeñan en los 08 (ocho) establecimientos de Salud de la Atención Primaria de la Comuna de Concepción, Provincia de Concepción, Región del Biobío, Chile, que cuentan dentro de su cartera de prestaciones con entrega de Control preconcepcional- estará basada en el proceso de Consentimiento Informado, documentado conforme modelo presentado a este Comité institucional, y regularmente aplicado.

Todo lo anterior está descrito en la sección "MATERIAL Y MÉTODO" del manuscrito de referencia.

Cabe destacar que el estudio contemplado en el marco de este Proyecto de Tesis está aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción y cuenta con las autorizaciones necesarias para iniciar su ejecución.

En los análisis de los datos, se utilizará pruebas estadísticas adecuadas para obtener el resultado que busque dar respuesta a lo planteado, estando todo debidamente indicado en el Proyecto de Tesis que se revisa.

Barrio Universitario s/n,  
Edificio Empreudec  
Fono (56-41) 2204302  
Casilla 160 C - Correo 3, secrevrid@udec.cl  
Concepción, Chile





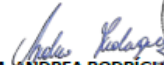
Universidad de Concepción  
 Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo  
 Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

La custodia de la información y de los resultados de los estudios enmarcados en este proyecto, serán de responsabilidad de la candidata al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva, Srta. Camila Morales Hidalgo.

La ejecución de las actividades descritas en este Proyecto de Tesis asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de las participantes en el estudio, garantizando la autonomía, la libertad, la voluntariedad y la privacidad de estos, presentando para ello los métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia estricta de la información obtenida, observando todas las características formales y necesarias para su validez.

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, considera que el Proyecto de Tesis presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley Nº 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana", la Ley Nº 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, la Ley Nº 19.628, "Sobre Protección de la Vida Privada", la Ley Nº 20.393, que establece la responsabilidad penal de las personas jurídicas en los delitos que indica y Ley Nº 21.369, que Regula el Acoso Sexual, la Violencia y la Discriminación de Género en el ámbito de la Educación Superior. Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, formuladas por el Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT y adoptadas por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo – ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación del Gobierno de Chile.

En atención a todo lo anterior y dado que el **PROYECTO DE TESIS** titulado "**VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL SEGÚN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN**", presentado por la Matrona **SRTA. CAMILA MORALES HIDALGO**, en calidad de Investigadora Responsable, candidata al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva por la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía **DRA. YOLANDA CONTRERAS GARCÍA**, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas relativas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.

  
**DRA. M. ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS**  
 PRESIDENTA  
 COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD  
 VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO  
 UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



Barrio Universitario s/n,  
 Edificio Empreudec  
 Fono (56-41) 2204302  
 Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl  
 Concepción, Chile



Este documento ha sido firmado electrónicamente por:  
 María Andrea Rodríguez Tastets - andrea@udec.cl -  
 Certificado por E-Sign S.A. en conformidad a la Ley 19.799

## ANEXO N°6: FICHA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

### ANEXO N°3

#### FICHA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Código: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN:

**Título: “Valoración de la atención preconcepcional según profesionales sanitarios de la atención primaria de salud en la comuna de Concepción.”**

Fecha de Elaboración: 06.10.23 / Versión del protocolo: 3.0

41

**Investigadora responsable:** Mat. Camila Morales Hidalgo, Alumna de Magister en Salud Sexual y Reproductiva, Dirección de Postgrado, Universidad de Concepción.

**Tutora responsable:** Dra. Yolanda Contreras García, Docente Magister en salud Sexual y Reproductiva, Dirección de Postgrado, Universidad de Concepción.

**Docente Co-guía:** Mat. Paula de Orúe Ríos, Docente Magister en salud Sexual y Reproductiva, Dirección de Postgrado, Universidad de Concepción.

**Centro Patrocinante:** Programa de Magister en Salud Sexual y Reproductiva, Departamento de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

**Centro de investigación:** Centros de Salud de Atención Primaria Municipales Dependientes y Delegados de la Comuna de Concepción.

#### Invitación a participar:

Estimada/o Profesional, cordialmente le invitamos a participar del proyecto de investigación titulado: **“Valoración de la atención preconcepcional según profesionales sanitarios de la atención primaria de salud en la comuna de Concepción.”** a realizarse entre Junio 2023 a Marzo 2024. La información presentada en este documento le permitirá evaluar y decidir si desea participar en esta investigación. Lea esta hoja informativa con atención, si tuviese alguna duda o consulta puede solicitar a la Investigadora Responsable que le explique de mejor manera los conceptos. Si tuviese preguntas más tarde, puede preguntarle cuando lo desee.

#### Objetivo del estudio:

Analizar la valoración y conocimiento de la atención preconcepcional de profesionales que entregan esta prestación, y su relación con la cobertura

Fecha de Elaboración: 06.10.23 / Versión del protocolo: 3.0

42



alcanzada para control preconcepcional en Establecimientos de la atención primaria de Salud de la comuna de Concepción.

**Razón por la que se invita a la persona participar:**

Si accede a participar es porque usted es trabajador de algunos de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Concepción, región del Biobío y reúne los criterios de inclusión los cuáles son: ser profesionales Matronas/es y Médicos/as que se desempeñan en la atención directa de personas y parejas en la atención primaria de Salud de la comuna de Concepción.

**Participación y retiro voluntario:**

Su participación en esta investigación es totalmente libre y voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Esta decisión no afectará su desempeño actual en el Centro de Salud de ninguna forma. Así mismo, puede también dejar de participar en la investigación en cualquier momento que lo desee sin dar explicaciones ni que esto implique sanción u otro problema hacia su persona.

**Diseño del estudio:**

Este estudio se realizará con secuencia temporal transversal y finalidad analítica.



**Descripción del estudio:**

El presente estudio busca analizar la valoración y conocimiento sobre atención preconcepcional de Médicas/os y Matrones/as de la atención primaria y realizar un perfil de las y los profesionales que realizan control preconcepcional en la Atención primaria de Salud y asociar estas características a una propuesta de mejora identificando elementos de oportunidad para ofertar el control preconcepcional, ampliar su cobertura y proponer intervenciones que acerquen a más personas a

realizar control de salud durante esta etapa, mejorando los resultados maternos y perinatales.



#### **Procedimiento**

Usted será contactado/a vía correo electrónico. Si accede a participar, se le enviará un link para acceso al cuestionario que se divide en tres partes, en la primera parte se le solicitará responder información respecto a antecedentes generales, en la segunda y tercera parte se realizarán preguntas donde deberá marcar alternativas de acuerdo a su opinión y/o conocimiento. Responder este cuestionario le tomará aproximadamente 20 minutos.

#### **Beneficios y riesgos derivados de su participación**

Este estudio tiene como beneficio el progreso del conocimiento. Este estudio no contempla riesgo para su salud ni su trato como funcionario/a, sin embargo, si alguna pregunta le incomodase o usted no estuviese en condiciones de responder, puede solicitar dejar de responder la encuesta o comunicarse con la investigadora responsable. Sus respuestas no se darán a conocer a jefaturas ni supervisores, la información se encontrará completamente anonimizada.

#### **Confidencialidad**

Su participación y la información recogida en este Estudio es estrictamente confidencial y no se le solicitarán datos personales que permitan identificar su participación. La investigadora principal resguardará toda la información, mediante la asignación de un código alfanumérico al momento de descargar y separar los datos obtenidos.

Podrán acceder a los datos relacionados al estudio sólo el Equipo de investigación y el Comité Ético-Científico revisor. La investigadora responsable estará a cargo de la custodia de toda la información del estudio, usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso de su participación en cualquier momento de la

investigación dirigiéndose a los números telefónicos entregados en la hoja de información o al correo electrónico del investigador.

#### **Compensación**

Su participación en este estudio no considera ningún tipo de compensación.

#### **Publicación de resultados**

Al finalizar esta investigación, el conocimiento obtenido se difundirá hacia la comunidad científica y académica, tanto en seminarios, congresos y revistas científicas del área, para que otras personas interesadas puedan aprender de los hallazgos obtenidos.

Si usted desea recibir los resultados de esta investigación puede contactar a la investigadora responsable a través de correo electrónico.

#### **Contacto**

Si tiene alguna duda sobre el estudio, comuníquese con la Investigadora responsable, Matrona Camila Morales Hidalgo al correo electrónico [camimorales@udec.cl](mailto:camimorales@udec.cl). Para dudas sobre sus derechos como participante, puede contactarse con Presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción al correo electrónico [cec@ssconcepcion.cl](mailto:cec@ssconcepcion.cl) Teléfono 412722745.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**HOJA DE FIRMAS DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DEL ESTUDIO TITULADO "VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL SEGÚN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN."**

Código: \_\_\_\_\_



**ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO DECLARO QUE:**

- Mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción y considero que entiendo toda la información proporcionada acerca del estudio.
- Acepto que la información proporcionada será recopilada, utilizada y divulgada conforme a lo descrito en este formulario de consentimiento informado.
- He decidido libre y voluntariamente participar en el estudio de investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin sanción alguna.
- Recibi una copia firmada y fechada de este documento.
- Sé que, al firmar este documento, no renuncio a ninguno de los derechos legales.

\_\_\_\_\_  
Nombre del(la) participante

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha



Yo, el que suscribe, investigador, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio. Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de GCP (Buenas Prácticas Clínicas) y otras leyes nacionales e internacionales vigentes. Se le proporcionará al participante una copia de esta información.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Investigadora responsable

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Director centro de investigación o su delegado/ministro de Fé

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

**ANEXO N°7: TABLA 3 in extenso. Descripción del conocimiento clínico de la prestación, total y por disciplina**

Ítems	Profesional				p-valor
	Medico/a		Matrón/a		
	n	%	n	%	

<b>Exámenes hematológicos a solicitar</b>					
Hematocrito	1	7,1	4	22,2	0,355†
<b>Hemograma</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>94,4</b>	<b>1†</b>
Recuento de Leucocitos	2	14,3	3	16,7	1†
Recuento de Plaquetas	2	14,3	4	22,2	0,672†
Tiempo de Protrombina	10	71,4	13	72,2	1†
Velocidad de sedimentación	2	14,3	1	5,6	0,568†
<b>Exámenes bioquímicos a solicitar</b>					
Ácido úrico	10	71,4	5	27,8	0,014‡
Bilirrubina total y conjugada	11	78,6	2	11,1	0,000‡
Perfil lipídico	14	100	17	94,4	1†
Electrolitos Plasmáticos	11	78,6	3	16,7	0,000‡
Creatinina	14	100	5	27,8	0,000‡
Depuración de creatinina	5	35,7	0	0	0,010†
Fosfatasas alcalinas	11	78,6	2	11,1	0,000‡
<b>Glucosa</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>Na</b>
Glucosa post carga	2	14,3	0	0	0,183†
Hemoglobina Glicosilada	5	35,7	4	22,2	0,453†
Proteínas totales	7	50	1	5,6	0,010†
Transaminasas oxaloacetica/pirúvica	10	71,4	4	22,2	0,005‡
<b>TSH – T4 libre – T4</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>94,4</b>	<b>1†</b>
Urea	9	64,3	2	11,1	0,003†
Determinación de niveles plasmáticos de drogas y/o medicamentos	2	14,3	5	27,8	0,426†

<b>Exámenes bioquímicos en orina a solicitar</b>					
Creatinuria	2	14,3	2	11,1	1†
Detección de embarazo	7	50	6	33,3	0,341‡
<b>Orina Completa / Sedimento urinario / albumina</b>	<b>13</b>	<b>92,9</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>0,437†</b>
Microalbuminuria cuantitativa	0	0	0	0	Na
<b>Exámenes de bacteriología a solicitar</b>					
Antibiograma corriente	1	7,1	2	11,1	1†
Baciloscopia Ziehl Nielsen	1	7,1	1	5,6	1†
Exámen directo al fresco	1	7,1	2	11,1	1†
Gonococo, muestra, siembra, derivación	1	7,1	7	38,9	0,053†
<b>RPR o derivar para VDRL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>88,9</b>	<b>0,492†</b>
<b>Urocultivo, recuento de colonias, antibiograma</b>	<b>12</b>	<b>85,7</b>	<b>14</b>	<b>77,8</b>	<b>0,672†</b>
<b>Exámenes de parasitología a solicitar</b>					
Coproparasitológico seriado	0	0	1	5,6	1†
Ex. Directo al fresco C/S tinción	0	0	1	5,6	1†
Examen de Graham	0	0	1	5,6	1†
Examen gusanos, macroscópico	0	0	0	0	Na
Tricomona vaginalis (ex directo)	3	21,4	7	38,9	0,446†
Virus Hepatitis C, anticuerpos de (ANTI HCV)	6	42,9	3	16,7	0,132†
<b>Ninguno</b>	<b>7</b>	<b>50</b>	<b>11</b>	<b>61,1</b>	<b>0,530‡</b>
<b>Otros exámenes a solicitar a una persona que consulta en esta prestación</b>					
<b>VIH</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>Na</b>
<b>Flujo Vaginal</b>	<b>10</b>	<b>71,4</b>	<b>14</b>	<b>77,8</b>	<b>0,703‡</b>
Control seriado presión arterial	3	21,4	2	11,1	0,631†
Examen de Chagas	1	7,1	6	33,3	0,104†
Hepatitis B	11	78,6	12	66,7	0,694†
<b>Papanicolau</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>Na</b>
Mamografía	7	50	10	55,6	0,755‡

<b>Apoyo farmacológico</b>					
Progesterona 200 mg	4	28,6	2	11,1	0,365†
Progesterona 100 mg	3	21,4	1	5,6	0,295†
Preservativos masculinos	5	35,7	6	33,3	1†
Metronidazol 500 mg óvulos	2	14,3	6	33,3	0,412†
Metronidazol 250 mg y/o Metronidazol 500 mg comprimidos	2	14,3	4	22,2	0,672†
<b>Ácido fólico 1 mg comprimidos</b>	<b>12</b>	<b>85,7</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>0,183†</b>
<b>Ácido fólico 5 mg comprimidos</b>	<b>12</b>	<b>85,7</b>	<b>16</b>	<b>88,9</b>	<b>1†</b>
Calcio 500 mg + vitamina D comprimidos	4	28,6	7	38,9	0,712†
Calcio 500 mg comprimidos	1	7,1	4	22,2	0,355†
Fierro comprimidos 200 mg u otro similar	6	42,9	6	33,3	0,581‡

**ANEXO N°8: TABLA 5 in extenso. Valoración del control preconcepcional comparados por disciplina profesional**

Ítems	Profesional				p-valor
	Medico/a		Matrón/a		
	n	%	n	%	
<b>Importancia de realizar el control preconcepcional</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>Na</b>
<b>Razones por las que entregaría control preconcepcional</b>					
<b>Razón 1</b>					
<b>Porque lo solicita el/la paciente</b>	7	50	11	61,1	0,266†
Porque la persona que consulta está en edad reproductiva	4	28,6	1	5,6	
Porque la persona que consulta presenta factores de riesgo	0	0	2	11,1	
Malnutrición por exceso	1	7,1	0	0	
Malnutrición por déficit	0	0	1	5,6	
Presencia o antecedente de patología de salud mental	2	14,3	3	16,7	
<b>Razón 2</b>					
Porque lo solicita el/la paciente	2	14,3	4	22,2	0,947†
<b>Porque la persona que consulta está en edad reproductiva</b>	5	35,7	4	22,2	
Porque la persona que consulta presenta factores de riesgo	3	21,4	3	16,7	
Malnutrición por exceso	1	7,1	2	11,1	
Malnutrición por déficit	1	7,1	3	16,7	
Presencia o antecedente de patología de salud mental	2	14,3	2	11,1	
<b>Razón 3</b>					
<b>Porque lo solicita el/la paciente</b>	5	35,7	1	5,6	

Porque la persona que consulta está en edad reproductiva	2	14,3	10	55,6	0,007†
Porque la persona que consulta presenta factores de riesgo	7	50	4	22,2	
Malnutrición por exceso	0	0	3	16,7	
<b>Razón 4</b>					
Porque lo solicita el/la paciente	0	0	2	11,1	0,767†
Porque la persona que consulta está en edad reproductiva	1	7,1	1	5,6	
Porque la persona que consulta presenta factores de riesgo	2	14,3	4	22,2	
<b>Malnutrición por exceso</b>	10	71,4	9	50	
Malnutrición por déficit	1	7,1	2	11,1	
<b>Razón 5</b>					
Porque la persona que consulta está en edad reproductiva	0	0	2	11,1	0,828†
Porque la persona que consulta presenta factores de riesgo	1	7,1	1	5,6	
Malnutrición por exceso	0	0	1	5,6	
Malnutrición por déficit	6	42,9	7	38,9	
<b>Presencia o antecedente de patología de salud mental</b>	7	50	7	38,9	
<b>Razón 6</b>					
Porque la persona que consulta está en edad reproductiva	2	14,3	0	0	0,388†
Porque la persona que consulta presenta factores de riesgo	1	7,1	4	22,2	
Malnutrición por exceso	2	14,3	3	16,7	
<b>Malnutrición por déficit</b>	6	42,9	5	27,8	
Presencia o antecedente de patología de salud mental	3	21,4	6	33,3	
<b>Principales factores de riesgo valorados para entregar asesoría preconcepcional a una persona o pareja</b>					
<b>Factor 1</b>					
<b>Consumo de sustancias lícitas y/o ilícitas</b>	3	21,4	4	22,2	0,931†
Mala Historia obstétrica	1	7,1	3	16,7	

Presencia de patologías crónicas	0	0	1	5,6	
<b>Riesgo de contagio VIH/ITS</b>	5	35,7	3	16,7	
Infertilidad primaria o secundaria.	1	7,1	1	5,6	
Presencia de patología de Salud Mental	1	7,1	2	11,1	
<b>Malnutrición</b>	3	21,4	4	22,2	
<b>Factor 2</b>					
Consumo de sustancias lícitas y/o ilícitas	3	21,4	2	11,1	0,953†
<b>Mala Historia obstétrica</b>	5	35,7	6	33,3	
Presencia de patologías crónicas	4	28,6	5	27,8	
Riesgo de contagio VIH/ITS	0	0	1	5,6	
Infertilidad primaria o secundaria.	1	7,1	3	16,7	
Presencia de patología de Salud Mental	1	7,1	1	5,6	
<b>Factor 3</b>					
<b>Consumo de sustancias lícitas y/o ilícitas</b>	7	50	6	33,3	0,961†
Mala Historia obstétrica	2	14,3	4	22,2	
Presencia de patologías crónicas	2	14,3	1	5,6	
Riesgo de contagio VIH/ITS	2	14,3	3	16,7	
Infertilidad primaria o secundaria.	1	7,1	2	11,1	
Presencia de patología de Salud Mental	0	0	1	5,6	
Malnutrición	0	0	1	5,6	
<b>Factor 4</b>					
Consumo de sustancias lícitas y/o ilícitas	0	0	2	11,1	0,912†
Mala Historia obstétrica	2	14,3	3	16,7	
Presencia de patologías crónicas	1	7,1	1	5,6	
Riesgo de contagio VIH/ITS	2	14,3	2	11,1	
Infertilidad primaria o secundaria.	3	21,4	2	11,1	
Presencia de patología de Salud Mental	2	14,3	4	22,2	
<b>Malnutrición</b>	4	28,6	4	22,2	

<b>Factor 5</b>					
Consumo de sustancias lícitas y/o ilícitas	1	7,1	4	22,2	0,226†
Mala Historia obstétrica	4	28,6	2	11,1	
<b>Presencia de patologías crónicas</b>	5	35,7	10	55,6	
Infertilidad primaria o secundaria.	0	0	1	5,6	
Presencia de patología de Salud Mental	2	14,3	1	5,6	
Malnutrición	2	14,3	0	0	
<b>Factor 6</b>					
Presencia de patologías crónicas	1	7,1	0	0	0,226†
Riesgo de contagio VIH/ITS	1	7,1	4	22,2	
<b>Infertilidad primaria o secundaria.</b>	6	42,9	6	33,3	
Presencia de patología de Salud Mental	3	21,4	5	27,8	
Malnutrición	3	21,4	3	16,7	
<b>Factor 7</b>					
Presencia de patologías crónicas	1	7,1	0	0	0,660†
Riesgo de contagio VIH/ITS	4	28,6	5	27,8	
Infertilidad primaria o secundaria.	2	14,3	3	16,7	
<b>Presencia de patología de Salud Mental</b>	5	35,7	4	22,2	
Malnutrición	2	14,3	6	33,3	
<b>Mejor momento para realizar control preconcepcional</b>					
<b>En cuánto la persona o pareja planifica el embarazo</b>	6	42,9	9	50	0,717†
Un año antes de un posible embarazo	6	42,9	5	27,8	
6 meses antes de un posible embarazo.	2	14,3	4	22,2	

<b>Importancia de realizar un control de salud cuándo se planifica un embarazo</b>					
<b>Motivo 1</b>					
<b>Conocer el estado de salud de las personas previo al embarazo</b>	9	64,3	11	61,1	0,363†
Optimizar el peso de una mujer previo al embarazo	5	35,7	4	22,2	
Permite adoptar un estilo de vida saludable previo al embarazo	0	0	3	16,7	
<b>Motivo 2</b>					
Conocer el estado de salud de las personas previo al embarazo	3	21,4	4	22,2	0,964†
<b>Mejorar hábitos que pudiesen ser perjudiciales en el embarazo</b>	8	57,1	10	55,6	
Optimizar el peso de una mujer previo al embarazo	2	14,3	3	16,7	
Incorporar vitaminas y suplementos a la mujer previo al embarazo	0	0	1	5,6	
Permite adoptar un estilo de vida saludable previo al embarazo	1	7,1	0	0	
<b>Motivo 3</b>					
Mejorar hábitos que pudiesen ser perjudiciales en el embarazo	1	7,1	1	5,6	0,813†
Optimizar el peso de una mujer previo al embarazo	1	7,1	2	11,1	
<b>Incorporar vitaminas y suplementos a la mujer previo al embarazo</b>	10	71,4	10	55,6	
Permite adoptar un estilo de vida saludable previo al embarazo	2	14,3	5	27,8	
<b>Motivo 4</b>					
Mejorar hábitos que pudiesen ser perjudiciales en el embarazo	0	0	1	5,6	0,640†
Optimizar el peso de una mujer previo al embarazo	1	7,1	3	16,7	
Incorporar vitaminas y suplementos a la mujer previo al embarazo	2	14,3	4	22,2	
<b>Permite adoptar un estilo de vida saludable previo al embarazo</b>	11	78,6	10	55,6	

<b>Motivo 5</b>					
Conocer el estado de salud de las personas previo al embarazo	2	14,3	3	16,7	1†
<b>Mejorar hábitos que pudiesen ser perjudiciales en el embarazo</b>	5	35,7	6	33,3	
<b>Optimizar el peso de una mujer previo al embarazo</b>	5	35,7	6	33,3	
Incorporar vitaminas y suplementos a la mujer previo al embarazo	2	14,3	3	16,7	
<b>Usuarios priorizados para realizar atención preconcepcional</b>					
<b>Prioridad 1</b>					
<b>Cualquier persona que lo requiera</b>	8	57,1	13	72,2	0,121†
Parejas de distinto sexo sin hijos	4	28,6	1	5,6	
Parejas del mismo sexo con intención reproductiva	0	0	3	16,7	
Persona con patología crónica en edad reproductiva	2	14,3	1	5,6	
<b>Prioridad 2</b>					
Parejas de distinto sexo sin hijos	4	28,6	3	16,7	0,579†
<b>Parejas del mismo sexo con intención reproductiva</b>	9	64,3	12	66,7	
Persona con patología crónica en edad reproductiva	1	7,1	3	16,7	
<b>Prioridad 3</b>					
Cualquier persona que lo requiera	0	0	1	5,6	0,331†
Parejas de distinto sexo sin hijos	0	0	2	11,1	
Parejas del mismo sexo con intención reproductiva	3	21,4	1	5,6	
<b>Persona con patología crónica en edad reproductiva</b>	11	78,6	14	77,8	
<b>Prioridad 4</b>					
Cualquier persona que lo requiera	6	42,9	4	22,2	0,413†
<b>Parejas de distinto sexo sin hijos</b>	6	42,9	12	66,7	
Parejas del mismo sexo con intención reproductiva	2	14,3	2	11,1	

<b>Duración considerada para realizar un control preconcepcional</b>					
20 minutos	2	14,3	3	16,7	0,892†
<b>30 minutos</b>	7	50	10	55,6	
45 minutos	5	35,7	5	27,8	
<b>Condiciones del establecimiento para entregar la atención preconcepcional</b>	12	85,7	16	88,9	1†
<b>Temática de Educación en un control preconcepcional</b>					
<b><i>Prioridad 1</i></b>					
Riesgos durante el embarazo	0	0	4	22,2	0,257†
Estilos de Vida Saludable	5	35,7	3	16,7	
Consumo de sustancias	4	28,6	5	27,8	
<b>Salud Mental</b>	5	35,7	6	33,3	
<b><i>Prioridad 2</i></b>					
<b>Riesgos durante el embarazo</b>	12	85,7	12	66,7	0,483†
Estilos de Vida Saludable	0	0	3	16,7	
Consumo de sustancias	1	7,1	1	5,6	
Salud Mental	1	7,1	2	11,1	
<b><i>Prioridad 3</i></b>					
Riesgos durante el embarazo	2	14,3	2	11,1	0,917†
Estilos de Vida Saludable	3	21,4	3	16,7	
Consumo de sustancias	3	21,4	6	33,3	
<b>Salud Mental</b>	6	42,9	7	38,9	
<b><i>Prioridad 4</i></b>					
<b>Estilos de Vida Saludable</b>	6	42,9	9	50	0,892†
Consumo de sustancias	6	42,9	6	33,3	
Salud Mental	2	14,3	3	16,7	
<b>Entrega de información acerca de la atención preconcepcional en otras atenciones en salud</b>	12	85,7	17	94,4	0,568†
<b>Profesional es el más idóneo para realizar un control preconcepcional en la atención primaria de Salud</b>					
<b><i>Médico(a) General</i></b>					

No priorizado	5	35,7	7	38,9	0,453†
Prioridad media	1	7,1	4	22,2	
<b>Baja prioridad</b>	8	57,1	7	38,9	
<b>Médico(a) Especialista Gineco-Obstetra</b>					
No priorizado	8	57,1	8	44,4	0,875†
Mayor Prioridad	1	7,1	2	11,1	
<b>Prioridad media</b>	5	35,7	8	44,4	
<b>Médico(a) Especialista en Salud Familiar</b>					
No priorizado	2	14,3	8	44,4	0,122†
Mayor Prioridad	1	7,1	0	0	
<b>Prioridad media</b>	8	57,1	5	27,8	
Baja prioridad	3	21,4	5	27,8	
<b>Matrón/a</b>					
No priorizado	1	7,1	0	0	0,841†
<b>Mayor Prioridad</b>	12	85,7	16	88,9	
Prioridad media	0	0	1	5,6	
Baja prioridad	1	7,1	1	5,6	
<b>Nutricionista</b>					
<b>No priorizado</b>	12	85,7	14	77,8	0,672†
Baja prioridad	2	14,3	4	22,2	
<b>Enfermero(a)</b>					
<b>No priorizado</b>	14	100	17	94,4	1†
Baja prioridad	0	0	1	5,6	

†: Test Exacto de Fisher, ‡: Test de Chi cuadrado, Na: No aplica.

**Se destacan aquel ítem de respuesta esperado como el más correcto.**

Fuente: Elaboración propia.