



LEÍMOS PARA USTED

Edición No. 02 | Guatemala, marzo de 2013

“Sistema Comunitario de Salud Materna y Neonatal” (2)

En el sistema comunitario de salud materna y neonatal participan miembros de la comunidad, autoridades y líderes locales, así como el personal de los servicios de salud pública del primer nivel de atención (puestos de salud, centros de convergencia y centros comunitarios). La revisión anterior trató el tema de la organización y funciones del personal de salud para este sistema. En esta revisión se desarrollan las diferentes **actividades del sistema**.

1. Identificar embarazadas y promocionar el uso de los servicios de salud

A través de las comadronas tradicionales, los promotores de salud, facilitadores comunitarios, vigilantes, madres consejeras y otras voluntarias, en cada sector de la comunidad se identifican a las embarazadas y púerperas con sus recién nacidos. Los trabajadores de salud promueven el uso de la atención prenatal y posparto, así como la del recién nacido. Para la atención posparto y neonatal temprana (en las primeras 48 horas) el personal comunitario y de los servicios realiza visitas domiciliarias.

En puestos de salud y centros de convergencia debe haber listas de embarazadas con su fecha probable de parto, de púerperas y recién nacidos y las mismas deben localizarse en el croquis de la comunidad.

En relación a la promoción es importante comunicar a las mujeres en edad reproductiva que al primer síntoma (náuseas, sueño, otro) o

sospecha de embarazo deben acudir a los servicios de salud.

2. Identificar riesgo obstétrico y referir

La hoja de riesgo obstétrico es usada por el personal de salud comunitario e institucional para identificar factores de riesgo que pueda tener la embarazada. Cualquier embarazada con uno de estos factores de riesgo debe ser referida a un nivel superior. Para ello cada embarazada debe contar con un plan de parto y de emergencia y la comunidad también debe tener un plan de emergencia comunitario.

3. Identificar signos o señales de peligro y referir

Además de los factores de riesgo, cualquier embarazo puede complicarse. La literatura internacional indica que 15% de los embarazos pueden complicarse. En un territorio de 10,000 habitantes (como una jurisdicción) se espera tener unos 300 embarazos anualmente, de los cuales 45 podrían complicarse. Por ello, cada embarazada debe contar con un plan de emergencia y la comunidad también debe tener un plan de emergencia comunitario.

4. Investigar las causas de muerte materna

Más allá del análisis estadístico de las muertes maternas, cada caso de muerte de una mujer por motivos de embarazo, parto o posparto debe ser investigado y analizado.

La metodología de **eslabones críticos** es una herramienta que sirve para mejorar la oportunidad y calidad de los procesos de



apoyo y atención a la mujer embarazada, desde la comunidad hasta el servicio de referencia.

Un **eslabón crítico** es una acción en los procesos de atención de la embarazada que necesariamente debería haberse realizado para prevenir la muerte. El análisis a nivel comunitario trata de determinar si hubo una falla en alguno de los siguientes procesos de apoyo y atención a la embarazada:

- ¿Estaba incluida en el censo de mujeres en edad reproductiva?
- ¿Se le ofertó y proveyó algún método de planificación familiar, si así lo deseaba?
- ¿Estaba identificada como embarazada?
- ¿Tuvo atención prenatal en un servicio de salud?
- ¿Recibió la vacuna de toxoide tetánico?
- ¿Recibió suplementos de micronutrientes (ácido fólico y hierro)?
- ¿Tenía un plan de parto?
- ¿Fue referida en caso de tener factor de riesgo o señal de complicación?
- ¿Tenía un plan de emergencia familiar?
- ¿Hay un plan de emergencia comunitario de apoyo?

5. Analizar la información de la sala situacional para mejorar

Cada mes, se reúne el equipo básico de salud con actores comunitarios e institucionales para presentar y analizar los datos de la comunidad en relación a:

- Número de embarazadas
- Número de embarazadas en control prenatal en el servicio de salud
- Número de nacimientos que han habido
- Número de puérperas y recién nacidos que recibieron atención en las primeras 48 horas
- Número de referencias se hicieron a servicios del segundo nivel o al hospital y las razones
- Número muertes maternas y/o neonatales hubo y la razón
- ¿Qué acciones se pueden hacer para mejorar la atención materna-neonatal?

Adaptado de:

USAID | PNUD Proyecto "Calidad en el Programa de Extensión de Cobertura", Sistema Comunitario de Vigilancia de la Salud Materna y Neonatal, enero 2013.

USAID | HCI (Mejoramiento de la Atención en Salud), Estrategia de Promoción y Cuidados Obstétricos y Neonatales en la Comunidad (ProCONE Comunitario), 2008.

El Proyecto Nutri-Salud es posible gracias al generoso apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), University Research Co., LLC (URC), en colaboración con Mercy Corps, el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Manoff Group y Cloudburst Group. El contenido de esta nota informativa es responsabilidad exclusiva de USAID|Nutri-Salud y el mismo no necesariamente refleja la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Para más información comuníquese al:
Proyecto USAID|Nutri-Salud. 4ta. Av. 14-14 Zona 14, Guatemala, Guatemala
Teléfono/Fax: (502) 2485-5988

