

El sistema de referencias en el embarazo y el parto: conceptos y estrategias

Albrecht Jahn¹ y Vincent De Brouwere²

Índice

Índice	1
Resumen	2
Introducción	3
La referencia y su función en los sistemas de salud de distrito	4
Situación de las referencias e intervenciones en el nivel comunitario	6
Situación de las referencias e intervenciones en el nivel de los servicios de salud de primera línea	8
Situación de las referencias e intervenciones en el primer nivel de referencias	10
Aspectos cruciales.....	11
¿Deberían centrarse las intervenciones exclusivamente en la referencia de urgencias?..	11
¿Deberían centrarse las intervenciones únicamente en las complicaciones del embarazo y el parto?	11
Auto-referencia y toma de decisiones fundamentadas.....	12
Pasos para mejorar el sistema de referencias	13
Referencias	14

¹ Especialista en obstetricia y ginecología, Departamento de Higiene Tropical y Salud Pública, Universidad de Heidelberg, Neuenheimer Feld 324, 69120 Heidelberg, Alemania. Correo electrónico: Albrecht.jahn@urz.uni-heidelberg.de (cualquier correspondencia debe dirigirse a este autor).

² Profesor del Departamento de Salud Pública, Instituto de Medicina Tropical, Antwerpen, Bélgica. Correo electrónico: vdbrouw@itg.be

Resumen

El sistema de referencias es un elemento esencial de los sistemas de salud de distrito. Reviste especial importancia en la atención durante el embarazo y el parto, ya que proporciona acceso a una atención obstétrica de urgencia y sirve de apoyo a la atención prenatal y el parto en centros de primera línea. Sin embargo, los patrones de referencia, según lo informan los hospitales de referencia de los países en vías de desarrollo, muestran que el uso real de un sistema de referencias para la atención obstétrica es inversamente proporcional a la evaluación de las necesidades profesionales. Por lo general, las auto-referencias más del 50%, las referencias institucionales ascienden a alrededor de un 30% y las referencias de urgencia suponen menos de un 5% de las mujeres en el nivel de referencias. Algunos factores determinantes conocidos del uso de la atención obstétrica de referencia son la distancia, los costos, la calidad atribuida a la atención obstétrica, la actitud del personal de salud y su respeto por las necesidades sociales de las mujeres, la etiología atribuida a las complicaciones y las preferencias socioculturales. Las intervenciones destinadas a mejorar el acceso y el empleo del sistema de referencias se centran en distintos elementos de la cadena de referencias. Debería darse prioridad a la calidad de la atención obstétrica en el nivel de referencia, calidad que ha de ser objeto de seguimiento y mejora. A continuación, de manera conjunta con la sociedad, deberían buscarse soluciones locales para garantizar el traslado siempre que sea precisa una evacuación. Por último, el personal de salud debería dialogar con la comunidad con el objeto de acrecentar la conciencia de las complicaciones y las señales de peligro en el entorno familiar. El objetivo a largo plazo debería ser el establecimiento de un sistema de referencias operativo para referencias de urgencia y optativas como parte del sistema de salud de distrito. El sistema de referencias no debería limitarse a complicaciones relacionadas con la gestación. Sin embargo, la referencia obstétrica ofrece un buen punto de partida para la mejora porque las urgencias maternas comprenden una parte considerable de todas las urgencias, porque la mayoría de las muertes maternas se puede evitar mediante una intervención a tiempo y porque se trata de una necesidad percibida por la comunidad.

Introducción

Desde un principio, enlazar los distintos niveles de atención ha sido un elemento fundamental de la atención primaria a la salud (APS). El sistema de referencias estaba destinado a complementar el principio de la APS de tratar a los pacientes tan cerca de sus hogares como fuera posible en el nivel inferior de atención y con la preparación necesaria para hacerlo (King 1966). Tal como lo subraya la OMS (1994), esta función de respaldo de la referencia reviste especial importancia en el embarazo y el parto, ya que existe todo un abanico de complicaciones que pueden representar una amenaza para la vida y que requieren un tratamiento y una competencia que sólo se encuentran disponibles en niveles superiores de la atención. Se han identificado los siguientes niveles de atención: (1) familia/comunidad, (2) centro de salud y (3) hospital de distrito (WHO 1996).

El primer nivel de referencia se define como un hospital distrital o subdistrital, al cual se remite o envía antes del parto a una mujer en grave peligro para que reciba atención obstétrica de urgencia y en el que deberían estar disponibles los siguientes servicios esenciales: (1) obstetricia quirúrgica, (2) anestesia, (3) tratamiento médico, (4) transfusión sanguínea, (5) procedimientos manuales y parto monitoreado, (6) tratamiento de mujeres en alto riesgo, (7) respaldo en la planificación familiar y (8) asistencia neonatal especial (WHO 1991). La mayoría de los países posee distintos tipos de servicios de primera línea (por ejemplo, dispensario, puesto de socorro, unidad de salud básica) o niveles intermedios de atención; sin embargo, en la práctica, éstos suelen proporcionar niveles similares de atención materna y no están preparados para el manejo adecuado de complicaciones obstétricas. Por tanto, para fines de este análisis, utilizaremos el modelo de tres niveles tal como se muestra en la *figura 1*, en el que la categoría de centro de salud abarca todos los servicios de salud de primera línea. Este artículo dará comienzo con un bosquejo de los patrones de referencia actuales y, a continuación, presentará un modelo de cadena de referencias (emisor - transporte - receptor) y analizará las posibles estrategias e intervenciones en esta línea. A esto le seguirá una nota sobre cuestiones conceptuales. Por último, se esbozará una estrategia para mejorar las referencias obstétricas y se ubicará en el contexto de los servicios salud de distrito en general.

La referencia y su función en los sistemas de salud de distrito

El término referencia se utiliza de distintas maneras; por ejemplo, se emplea para indicar la recomendación de un trabajador salud para que se acuda a una unidad salud de nivel superior, ya sea que esta recomendación se siga o no. En este sentido, usamos el término referencia para cualquier movimiento ascendente dentro del sistema de salud de individuos que buscan atención a la salud (*figura 2*). Este movimiento puede ocurrir de muchas maneras en lo que se refiere a la vía, la oportunidad y la urgencia. Así pues, podemos clasificar las referencias en el embarazo y el parto como (1) referencia institucional o auto-referencia, dependiendo de la participación de los servicios de primera línea; (2) referencia prenatal, para el parto o postnatal; y (3) referencia electiva o de urgencia.

Los siguientes datos sobre referencias relacionadas con el embarazo en Tanzania ofrecen una perspectiva global de los niveles y las categorías de las referencias en un distrito rural africano (Jahn *et al.* 1998). Con base en el análisis de 415 pacientes hospitalizadas en maternidades, se observó el siguiente patrón de referencias (valores como porcentaje de todos los ingresos maternos; porcentaje del total de partos previstos en el área geográfica del hospital entre paréntesis):

- Auto-referencia de 70% de todos los ingresos maternos (15% de todos los partos previstos) frente a referencia institucional del 30% (6%).
- Referencia para dar a luz de 84% (18%) frente a referencia prenatal del 16% (3%).
- Referencia electiva (incluyendo referencia por motivos de seguridad general) de 98.8% (20.8%) frente a remisiones de urgencia del 1.2% (0.3%).



Figura 1. La pirámide de la atención a la salud en el nivel distrital (adaptada del Paquete Madre-Bebé (Mother-Baby Package WHO 1994)

De modo que la auto-referencia para dar a luz –con frecuencia sin motivo médico concreto– es la forma más habitual de referencia, mientras que la referencia institucional es menos frecuente y la de urgencia es muy poco común. Se han realizado observaciones similares en un distrito rural de Nepal (Jahn *et al.* 2000) y Burkina Faso (Falkenhorst & Jahn 1997), con porcentajes de referencias de urgencia respecto del total de la población del 0.4% y el 0.7% respectivamente. Desde un hospital clínico de Ghana, Nkyekyer (2000) informa sobre un 82% de auto-referencias y un 2% de referencias de urgencia entre los partos hospitalarios. En Kenia (1996) se ha observado también un elevado porcentaje de auto-referencias (80%). Desde un punto de vista profesional, este patrón asimétrico de referencias da como resultado un empleo inadecuado de la atención en el nivel de la referencia por parte de usuarios que precinden de los servicios de primera línea. Se han sugerido (1988) medidas para desincentivar las auto-referencias (por ejemplo, cuotas) e incentivar las referencias

institucionales, pero éstas son problemáticas, tal como se analiza más adelante en el contexto de la toma de decisiones informadas.

Dado que el sistema de referencias es un proceso dinámico, estudiaremos el patrón de referencias actual y abordaremos las posibles intervenciones a lo largo del siguiente modelo de la cadena de referencias (figura 2).

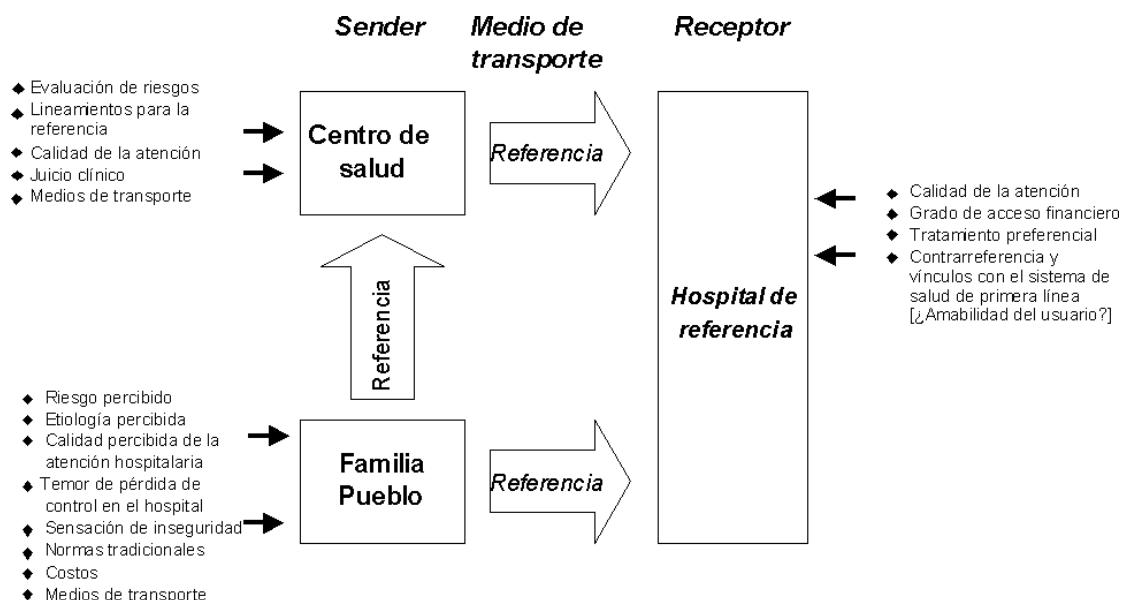


Figura 2. La cadena de referencias

Si bien este modelo identifica las series de participantes y vínculos, el debate actual sobre las referencias se limita con frecuencia al problema de la falta de transporte y comunicación. Aunque no se puede negar la importancia de este aspecto, queremos subrayar el papel de todos los componentes del sistema (Kowalewski *et al.* 2000). Pese al relativo buen nivel de acceso que ofrecen los servicios de referencia obstétrica, muchas ciudades presentan una elevada mortalidad materna que va de, por ejemplo, 148 en Saint Louis (Senegal) a 852 en Kaolak (Senegal), tal como se muestra en el cuadro 1.

Cuadro 1. Proporción de mortalidad materna en ciudades africanas seleccionadas

Ciudad (país)	Proporción de mortalidad materna por 100,000 nacimientos vivos (I. C. * 95%)	Fuente
Dar Es Salam (Tanzania)	572	Urassa <i>et al.</i> , 1995
Conakry (Guinea)	559	Toure <i>et al.</i> 1992
Brazzaville (Congo)	645	Le Coeur <i>et al.</i> 1998
Bamako (Malí)	327	Etard <i>et al.</i> 1996
Bamako (Malí)	275 (126-521)	Bouvier-Colle <i>et al.</i> 1998
Abiyán (Costa de Marfil)	428 (228-732)	Bouvier-Colle <i>et al.</i> 1998
Niamey (Níger)	371 (149-764)	Bouvier-Colle <i>et al.</i> 1998
Nuakchot (Mauritania)	161 (52-376)	Bouvier-Colle <i>et al.</i> 1998
Uagadugú (Burkina Faso)	318 (146-604)	Bouvier-Colle <i>et al.</i> 1998
Saint Louis (Senegal)	148 (31-433)	Bouvier-Colle <i>et al.</i> 1998
Kaolak (Senegal)	852 (453-1,457)	Bouvier-Colle <i>et al.</i> 1998

* Intervalo de confianza

Un estudio procedente de un gran hospital de referencia en Karachi encontró que las 118 madres que ingresaron muertas en la maternidad del hospital residían en un radio de 8 km. Los factores sociales y culturales desempeñaron el papel más significativo (Jafarey & Korejo

1993). Una investigación reciente sobre muertes maternas realizada en Sudáfrica atribuyó el 18% de las muertes evitables a problemas de transporte, pero el 57% a problemas de gestión interna de las urgencias (National Committee on Confidential Enquiries into Maternal Death 2000). En el caso de Ghana se informa sobre hallazgos similares (Walraven *et al.* 2000).

Situación de las referencias e intervenciones en el nivel comunitario

Los problemas de acceso geográfico y financiero constituyen motivos bien documentados de abstención o retraso de una referencia obstétrica (Thaddeus & Maine 1994, Bouillin *et al.* 1994, Sauerborn *et al.* 1989, Haddad & Fournier 1995). Sin embargo, en la mayoría de los lugares, estas barreras no son infranqueables. Así pues, la decisión final a favor o en contra de la referencia a menudo dependerá del equilibrio entre el esfuerzo y los recursos necesarios para el transporte y el tratamiento posterior y el beneficio esperado del tratamiento hospitalario. En este proceso de toma de decisiones, la calidad que se espera de la atención, la gravedad estimada de la afección y diversos conceptos etiológicos locales desempeñan un papel determinante (Dar lang 1999, Oosterbaan & Barreto da Costa 1995, The prevention of maternal mortality network 1992, Asowa-Omorodion 1997, Campbell & Sham 1995). Con frecuencia, la atención hospitalaria se evita, principalmente en virtud de una percepción de actitudes y habilidades interpersonales inadecuadas por parte del personal de salud y, en menor medida, de un temor de incompetencia técnica.

En particular, las mujeres de zonas rurales temen la estigmatización y la discriminación. Tienen miedo del entorno desconocido, la falta de respaldo social y emocional y la pérdida de la dignidad, el prestigio y el control de las decisiones. Además, existe una gran brecha entre los conceptos biomédicos y tradicionales relativos a la causalidad de las complicaciones. Por ejemplo, el riesgo de que se repitan resultados adversos tales como la muerte perinatal es de sobra conocido en las comunidades, pero a menudo se atribuye a poderes sobrenaturales y, por lo tanto, no se considera un motivo para acudir a los servicios de salud (Kowalewski *et al.* 2000). Esto tiene profundas implicaciones en el comportamiento de la referencia, siendo más probable dicha referencia cuando se percibe que una afección tiene un trasfondo biomédico. El embarazo y el parto se encuentran muy arraigados en normas y tradiciones culturales relacionadas, entre otras cosas, con el lugar del parto y los asistentes, lo cual interfiere con la referencia. Por ejemplo, en muchas partes de Tanzania se espera que las mujeres vuelvan a la casa paterna para dar a luz.

Las intervenciones sobre las que se informa en el ámbito comunitario se centran en (1) actividades educativas destinadas a aumentar la conciencia de las señales de peligro y fomentar el empleo de los servicios obstétricos; (2) reducción de las barreras geográficas y económicas mediante esquemas de préstamos de urgencia y (3) el mejoramiento del transporte y la comunicación. Dos estudios procedentes de Sierra Leona (Kandeh *et al.* 1997) y Nigeria (Nwakoby *et al.* 1997) informan sobre el fomento del uso de la atención obstétrica a través de activistas de la comunidad, los cuales recibieron una capacitación para difundir información sobre la salud, movilizar a la comunidad y facilitar las referencias en caso de urgencias obstétricas. Ambos estudios informan sobre un incremento de las referencias de urgencia en la fase inicial del proyecto, incremento que no pudo sustentarse. La cifra absoluta de referencias auspiciadas por los activistas fue baja en ambos proyectos (1 referencia al mes). Debido a la falta de datos sobre la población blanco y el número previsto de partos en las zonas del proyecto, estas referencias no pueden relacionarse con una base poblacional. El fomento de las referencias también ha formado parte de la capacitación de los asistentes tradicionales de parto. Alisjahbana *et al.* (1995) informaron sobre un ligero aumento de los porcentajes de referencia (6% respecto de 13% de referencias de mujeres con complicaciones); por el contrario, otros estudios no pudieron detectar ningún impacto importante (Eades *et al.* 1993, Jahn *et al.* En prensa). Tres estudios sobre fondos de préstamos comunitarios realizados en Nigeria arrojan resultados alentadores (Essien *et al.* 1997, Chiwuzie *et al.* 1997, Olaniran *et al.* 1997). Al parecer, la idea fue bien recibida por las

comunidades y sus líderes tradicionales. Todos los estudios se centraron exclusivamente en urgencias obstétricas.

Se establecieron las siguientes condiciones (Essien *et al.* 1997):

- Que fueran financiados y administrados por la comunidad.
- Que no se cargaran intereses (en otros proyectos el interés era de un 2%).
- Un plazo de gracia de 6 meses y un periodo de amortización de 24 meses.
- Requisito de un mínimo de 12 meses de residencia previa al préstamo.
- Requisito de existencia de un aval residente con activos fijos.
- Reservación de los fondos de préstamos para mujeres con complicaciones obstétricas.

El ritmo de aprobación de los préstamos osciló entre 2 al mes en uno de los estudios y 30 al mes en el otro. No existen indicios claros de que el empleo de servicios obstétricos haya aumentado como consecuencia de estos esquemas. Se reconoce que el mantenimiento de estos fondos en el largo plazo requerirá de un esfuerzo continuado y la participación con las comunidades.

Uno de los proyectos logró vincular exitosamente un fondo de préstamos con una iniciativa destinada a involucrar a propietarios de vehículos locales en un plan de transporte de guardia para referencias de urgencia (Olaniran *et al.* 1997). En general, los proyectos demuestran que existe un considerable potencial para mejorar el sistema de referencias mediante la movilización y la coordinación de los recursos disponibles en el ámbito local. Algunas experiencias preliminares de Malí, donde los fondos de los préstamos para referencias son administrados por los comités de salud locales, apuntan en una dirección similar. Tras introducir un sistema de llamadas por radio y ambulancias, las tasas de referencias de urgencia aumentaron del 1% al 3% de los nacimientos vivos previstos en el distrito de Kolondiéba (De Brouwere 1997), y en el distrito de Koulikoro, la tasa de cesáreas pasó de un 0.1% a un 1% entre 1993 y 1995 (Maiga *et al.* 1999).

El proyecto RESCUER en Uganda (Inter-agency group for safe motherhood 1997) ha adoptado otro enfoque. Algunas de las intervenciones clave fueron el acondicionamiento de unidades de salud en centros de referencias obstétricas, la capacitación de asistentes tradicionales de parto enlazados con los centros de referencias vía radio y *walkie talkies* y la provisión de facilidades de transporte motorizado. Desde la introducción de este paquete de medidas, las referencias obstétricas se han triplicado. Sin embargo, se desconoce hasta qué punto este incremento se debió a urgencias y qué porcentaje de todos los embarazos previstos fue referido (tasa de referencia respecto del total de la población).

Situación de las referencias e intervenciones en el nivel de los servicios de salud de primera línea

Con frecuencia, el personal de salud de los servicios de primera línea no tiene acceso a teléfonos ni a transporte, ni siquiera en situaciones de urgencia (Jahn *et al.* 1998, Jahn *et al.* 2000). Por lo tanto, los arreglos de transporte dependen de la familia de la madre. El personal de salud los ayudará en función de su capacidad y de su iniciativa personal. En ocasiones, los centros de salud poseen sus propios medios de transporte. De hecho, muchos países (e.g., Tanzania) tenían previsto equipar a los centros de salud con vehículos, pero no pudieron mantener esta política en virtud de los elevados costos implicados.

Pese a la importancia de la referencia de urgencia, es necesario tener en cuenta que las referencias de urgencia constituyen acontecimientos poco comunes en los servicios de salud de primera línea. Estos servicios, que suelen atender a una población de entre 5,000 y 10,000 habitantes, enfrentan entre 2 y 10 urgencias al año; en realidad, es probable que las cifras sean incluso más bajas, ya que algunos casos eludirán los servicios de primera línea, y otros ni siquiera buscarán una atención a la salud moderna. Así pues, la mayoría de sus referencias son electivas y se originan en una evaluación de los riesgos prenatales.

En la mayoría de los países, la plena implantación de directrices de referencias nacionales daría como resultado una referencia de entre 30% y más de 50% de todas las mujeres embarazadas, ya sea con anterioridad al parto, o bien para dar a luz (Kulmala *et al.* 2000, Jahn & Kowalewski 1998). Por ejemplo, la tarjeta de atención prenatal de Tanzania establece la referencia para 27 factores de riesgo. En realidad, de todas las mujeres que reciben atención prenatal, se aconseja un nivel de referencia del 6%-15%. Sin embargo, únicamente 25% cumplió con esta recomendación (Jahn & Kowalewski 1998). Esta es una observación común: el cumplimiento de las referencias oscila entre el 12% en Rajastán (Gupta & Gupta 2000) y el 33% en el Congo (Dujardin *et al.* 1995); el 36% en Nepal (Jahn *et al.* 2000) y el 46% en Marruecos (Belghiti *et al.* 1998). Las referencias basadas en la evaluación de riesgos prenatales resultan controvertidas. Aunque en los años ochenta se la consideraba una estrategia adecuada, en 1997 la Iniciativa por una Maternidad Segura (Inter-agency group for safe motherhood 1997) decidió abandonarla, y la atención obstétrica de urgencia ocupó el centro de atención. *"El motivo es que la mayoría de estas complicaciones no se pueden predecir o prevenir, pero sí pueden tratarse satisfactoriamente... Se hace hincapié en mejorar el acceso, la calidad y la utilización de la atención obstétrica de urgencia para las mujeres que desarrollan dichas complicaciones, en lugar de mantenerse alertas con todas las mujeres embarazadas"* (Maine 1997). De este modo, el personal de salud del primer nivel se encuentra atrapado entre mensajes contradictorios: por un lado, según las normas, ellos deben efectuar procedimientos de detección prenatales y referencias conforme a directrices nacionales basadas en categorías de riesgo exageradas. Por otro lado, según la nueva consigna de la Maternidad Segura: *"Todo embarazo presenta riesgos"*, la evaluación de riesgos prenatales es inútil, puesto que las complicaciones son impredecibles.

Si se resume la evidencia disponible, se puede concluir que los procedimientos rutinarios de detección prenatal, tal como se realizan en muchos países, no resultan muy eficaces en virtud de lo siguiente: (1) las categorías de riesgo son demasiado amplias y poco específicas; (2) la baja calidad de la detección y el empleo de técnicas de detección inapropiadas; (3) la baja aceptación de la asesoría relativa a la referencia y (4) un enfoque ritualista de la atención prenatal (Rooney 1992, Vanneste *et al.* 2000, Dujardin *et al.* 1995, Jahn *et al.* 2000, Jahn *et al.* 1998, Geefhuysen *et al.* 1998). No obstante, también hay evidencia de que determinadas intervenciones seleccionadas de detección y referencias pueden resultar benéficas si se implantan adecuadamente; algunos ejemplos son: tomar la presión sanguínea para detectar casos de hipertensión y medir la altura del fondo del útero para detectar embarazos múltiples (Enkin *et al.* 1995, Villar & Bergsjö 1997, Villar *et al.* 1998, Vanneste *et al.* 2000, WHO 1996).

En relación con las referencias, la pregunta crucial es: ¿Quién debería ser referida? ¿Deberían las referencias estar restringidas a mujeres con complicaciones obstétricas manifiestas o las referencias electivas con anterioridad al parto siguen siendo aceptables? Con base en los estudios anteriormente mencionados, se puede identificar el siguiente conjunto esencial de signos maternos y perinatales para efectuar una referencia electiva: cesárea previa, presentación podal, presentación transversal, gestación múltiple, hipertensión y anemia severa. En zonas rurales, estos signos darían como resultado tasas de referencia de un 6% a un 10%. También es necesario desarrollar lineamientos de referencia operativos y adaptados al lugar concreto, basados en la situación epidemiológica concreta, la capacidad de los servicios de salud y las preferencias de la comunidad. La práctica actual de recomendar referencias estereotipadas (a menudo rechazadas) debería sustituirse por un enfoque más centrado en el cliente, con asesoramiento individual, con el objeto de permitir que las madres y sus familias tomen decisiones fundamentadas.

No tenemos constancia de la existencia de intervenciones que aborden específicamente estos dos aspectos de la racionalización de las categorías de riesgo y las directrices de referencia. En su lugar, las intervenciones se centran en el mejoramiento del transporte y la comunicación, por ejemplo, equipando a los centros de salud con vehículos y radiotelefonía. Con todo, la experiencia que se desprende de proyectos para una Maternidad Segura llevados a cabo en Tanzania muestra que a menudo es difícil mantener estos vehículos en funcionamiento debido a la falta de mantenimiento y de combustible. Considerando que la falta de transporte constituye un gran problema en la mayoría de los lugares, también resulta problemático restringir el uso de dichos vehículos a actividades de referencia. Otro proyecto que distribuyó entre los servicios de primera línea remolques de bicicleta para efectuar referencias puso fin a esta práctica al darse cuenta de que los remolques se estaban utilizando para otros fines.

Situación de las referencias e intervenciones en el primer nivel de referencias

En la introducción de este artículo se describió el patrón de referencias característico entre los usuarios de atención obstétrica hospitalaria: numerosas auto-referencias y pocas referencias de urgencia.

Para que las referencias sean significativas y para mejorar las posibilidades de supervivencia de madre e hijo, el hospital de referencia ha de proporcionar una atención obstétrica de buena calidad. A menudo éste no es el caso, y una considerable proporción de mortalidad materna y perinatal se ha atribuido a una atención en el nivel de referencia de baja calidad (Fawcus *et al.* 1996, Urassa *et al.* 1995, Jahn *et al.* 2000). Así pues, garantizar una atención obstétrica de calidad en el nivel de referencia es una condición previa para una referencia exitosa.

El acceso y la percepción de la calidad de la atención son dos importantes factores determinantes del uso de la atención obstétrica hospitalaria. Una opción para incrementar el acceso consiste en incrementar las unidades de servicios de atención obstétrica de acuerdo con la densidad de población y su distribución. Las distancias en grandes distritos rurales suelen ser demasiado grandes para que las cubra un solo hospital de distrito. Las estructuras existentes situadas estratégicamente, tales como los centros de salud, pueden acondicionarse con una aportación financiera limitada. Muchos Programas de Maternidad Segura incluyen esta intervención en sus programas (Inter-agency group for safe motherhood 1997, Chiwuzie *et al.* 1997, Nwakoby *et al.* 1997). Otra opción consiste en enlazar por radio a los centros de salud y el hospital y en enviar la ambulancia del hospital en caso de urgencia. Sin embargo, esta intervención necesita acompañarse de medidas destinadas a asegurar el acceso financiero. En Burkina Faso, los servicios de salud cubren los costos de transporte para urgencias obstétricas mediante vales de combustible.

Sin embargo, el empleo de la atención obstétrica también se puede mejorar con una menor inversión de capital mediante un conjunto de intervenciones que la conviertan en un servicio amistoso y receptivo a las necesidades sociales y médicas de las usuarias potenciales (Sabitú *et al.* 1997). Estas intervenciones podrían incluir el tratamiento preferente a pacientes referidas, horarios de atención de 24 horas, actitudes apropiadas, la provisión de privacidad y la presencia de un acompañante que proporcione apoyo (Kowalewski *et al.* 2000).

Tal como se ha mencionado anteriormente, el costo es un factor determinante en la toma de decisiones relativas a las referencias. Es muy difícil efectuar afirmaciones generales sobre el costo de las referencias. En cualquier caso, los costos son importantes tanto para usuarios como para proveedores. En Tanzania se gastó un promedio de 2 \$EUA en transporte, y un máximo de 12 \$EUA dependiendo de la distancia y el medio de transporte (Kowalewski 1996). Alquilar un coche (en caso de que sea posible) resulta extremadamente costoso en términos locales. La situación en Nepal es similar, con un promedio de costo de transporte de 1.5 \$EUA y un máximo de 11 \$EUA frente a un sueldo básico de 1 \$EUA/día (Dar lang 1999). Además de estos costos, hay otros costos en los que se incurre para recibir tratamiento, fármacos y alimentos, lo cual totaliza un promedio de 96 \$EUA (máximo 230 \$EUA). En Malí, el costo promedio de transporte en una ambulancia notificada por radio en 1997 ascendía a 63 \$EUA, y el costo adicional de una cesárea, a 84 \$EUA (De Brouwere 1997). Pero el costo varía en función del distrito; en Kolondiéba, por ejemplo, el costo total de una referencia de urgencia era de 100 \$EUA incluyendo el transporte en ambulancia, el equipo de intervención y la atención posterior a la intervención. Los costos fueron cubiertos por fuentes públicas (35%-58%), la asociación de centros de salud financiada por la comunidad (21%-35%) y la propia paciente (21%-30%) (Maiga *et al.* 1999). Según experiencias de Uganda, se estima que los costos de capital para establecer y mantener un sistema de referencias representan el 22% de los costos totales de capital, o 100,000 \$EUA por distrito y año (Weissman *et al.* 1999).

Aspectos cruciales

Dada la diversidad de los sistemas salud, las condiciones geográficas y la infraestructura, resulta imposible desarrollar un plan de aplicación general para sistemas de referencias. No obstante, es posible identificar algunos aspectos cruciales que deben considerarse desde un principio y que requieren una toma de decisiones estratégicas:

¿Deberían centrarse las intervenciones exclusivamente en la referencia de urgencias?

La importancia del acceso a la atención obstétrica de urgencia es innegable (WHO 1996). Sin embargo, también hay pruebas que justifican la referencia electiva por motivos maternos y perinatales, como ya se expuso con anterioridad (Villar & Bergsjö 1997). Esto es algo que también reconoce la Iniciativa por una Maternidad Segura al afirmar que un mínimo de un 15% de todas las mujeres embarazadas debería dar a luz en unidades de referencia obstétrica (Inter-agency group for safe motherhood 1997). En la mayoría de los casos, no se tratará de urgencias. Además, la línea divisoria entre referencia de urgencia y electiva no siempre es clara, como en el caso de una hemorragia *ante partum* leve. Tal vez lo acertado sea comenzar centrando la atención en la referencia de urgencia. Con todo, también es preciso mejorar y racionalizar la referencia para todas las afecciones relacionadas con el embarazo. Esto podría hacerse, por ejemplo, mediante directrices de referencia operativas, adaptadas localmente, y herramientas relacionadas tales como formularios de referencia e informes de retroalimentación, arreglos de traslado y rutinas de ingreso especiales en el centro de referencia.

¿Deberían centrarse las intervenciones únicamente en las complicaciones del embarazo y el parto?

Hay una falta general de atención de urgencias, lo cual contribuye enormemente a la elevada mortalidad de adultos en África (Nordberg 1984, Adult Morbidity and Mortality Project [AMMP] 1997). Tal como se ha mostrado, numerosos Proyectos para una Maternidad Segura limitan la elegibilidad para usar sus facilidades de referencias de urgencia a las complicaciones obstétricas y excluyen otras urgencias médicas o quirúrgicas. Ninguno de los casos prácticos mencionados anteriormente reflexiona sobre los conflictos que se derivan de esta norma, si bien es probable que éstos ocurran. Desde el punto de vista de la salud distrital, un enfoque restrictivo tiene varios puntos débiles: hay urgencias maternas que a menudo no se reconocen como tales, por ejemplo, el embarazo ectópico, con una prevalencia estimada de 1/100 embarazos (Amoko & Buga 1995). Dados los problemas de transporte en la mayoría de las comunidades rurales de África, denegar la atención en el caso de cualquier afección que suponga una amenaza para la vida simplemente resulta poco ético. Mantener un sistema de atención de urgencias (*e.g.*, ambulancia, radiotelefonía) requiere atención e insumos constantes, incluso cuando no está operando. La escasa frecuencia de las referencias en la mayoría de los estudios (1-2 al mes) indica que, con frecuencia, los dispositivos para la referencia de urgencias están subutilizados. Nuestra propia experiencia en una serie de reuniones sobre Maternidad Segura en aldeas del sur de Tanzania indica que el acceso a la atención de urgencia tiene un elevadísimo grado de prioridad en la comunidad, pero engloba todo tipo de urgencias.

Asimismo, existen proyectos que se han centrado en las referencias de urgencia en general. Macintyre & Hotchkiss (Macintyre & Hotchkiss 1999) informan sobre una experiencia de 8 años con un plan de seguros de enfermedad que cubría la referencia de urgencia. Las causas más frecuentes de referencia eran traumatismos, motivos relacionados con el embarazo, malaria con complicaciones y diarrea severa. Por consiguiente, sugerimos la

ampliación de las iniciativas de referencia de urgencia para una Maternidad Segura a otras áreas de la atención de urgencias.

Auto-referencia y toma de decisiones fundamentadas

Con frecuencia, la referencia por parte del personal de salud se maneja de un modo bastante autoritario. En su lugar, debería darse un entendimiento mutuo entre el trabajador de la salud y la paciente acerca de la necesidad y el propósito de la referencia (Paine & Siem Tjam 1988). El paquete madre-bebé (WHO 1996) sugiere que la atención prenatal debe utilizarse para ayudar a las mujeres y a sus familias a desarrollar un plan de parto adecuado (incluyendo el lugar del parto), basado en la historia y el estado de salud de la mujer en cuestión. La Iniciativa por una Maternidad Segura subraya que debería respetarse y garantizarse la elección de la mujer (Inter-agency group for safe motherhood 1997). Esto añade otra dimensión al debate sobre la evaluación del riesgo y la referencia, ya que supone la participación de la madre en la definición de la necesidad de referencia y traslada el centro de atención de la capacidad de predicción de los factores de riesgo al riesgo mismo, tal y como lo percibe la propia madre. Hay una enorme brecha entre estos enfoques, como lo demuestran los elevados porcentajes de auto-referencia y el escaso seguimiento de las recomendaciones de referencia dadas por el personal de salud. Así, es posible que una madre en un primer embarazo sin complicaciones prefiera dar a luz en un hospital por motivos de seguridad (y muchas así lo hacen), mientras que otra en su décimo embarazo puede decidir dar a luz en su casa, dado que se siente mejor atendida en su entorno doméstico. Considerar con seriedad la toma de decisiones fundamentada implicaría pasar de la aplicación rígida de los criterios de referencia a la asesoría individual basada en la evaluación profesional de las necesidades de las mujeres y en sus preferencias.

Pasos para mejorar el sistema de referencias

La referencia sólo puede justificarse si la unidad de referencia proporciona un nivel razonable de calidad en la atención. Por tanto, el primer paso consiste en determinar, controlar y mejorar la calidad de la atención obstétrica en el nivel de referencia. Entre los pasos siguientes cabría incluir un mayor conocimiento de las complicaciones y las señales de peligro en el ámbito de la comunidad, y la evaluación los recursos locales disponibles para el traslado y la comunicación de urgencia. Esto incluye autos particulares, autobuses, vagonetas y todos los medios de comunicación posibles (e.g., llamada por radio desde una estación de policía). En un proceso en el que participen tanto la comunidad como el personal de salud local es posible identificar, tal como se ha descrito antes, opciones de referencia viables y sustentables. Entre los ejemplos que ofrece la literatura (Essien *et al.* 1997) se cuentan diversos acuerdos con propietarios de medios de transporte locales, el suministro de medios de transporte y esquemas de préstamos de urgencia. A continuación será preciso revisar y racionalizar las políticas y directrices de referencia institucionales. El objetivo en el largo plazo debería ser el establecimiento de un sistema operativo para referencias de urgencia y electivas como parte del sistema de salud de distrito. Dicho sistema no debería restringirse a complicaciones relacionadas con la gestación. Sin embargo, la referencia obstétrica ofrece un buen punto de partida, ya que, con mucha frecuencia, las urgencias maternas son una necesidad percibida, en virtud de que abarcan una parte considerable de todas las urgencias, de que la mayoría de las muertes maternas se puede evitar mediante una intervención oportuna, y de que las necesidades obstétricas no satisfechas se pueden cuantificar y monitorear mejor que otras afecciones urgentes que suponen una amenaza para la vida (De Brouwere *et al.* 1996).

References

- Adult Morbidity and Mortality Project (AMMP) (1997). Policy implications of adult morbidity and mortality - End of phase 1 report, Tanzania/Ministry of Health, Dar es Salaam.
- Alisjahbana A, Williams C, Dharmayanti R *et al.* (1995). An integrated village maternity service to improve referral patterns in a rural area in West-Java. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* **48**(Suppl), S83-S94.
- Amoko DHA & Buga GAB (1995). Clinical presentation of ectopic pregnancy in Transkei, South Africa. *East African Medical Journal* **72**,770-773.
- Asowa-Omorodion FI (1997). Women's perceptions of the complications of pregnancy and childbirth in two Esan communities, Edo State, Nigeria Women's perceptions of the complications of pregnancy and childbirth in two Esan communities, Edo State, Nigeria. *International Journal for Quality in Health Care* **44**(12),1817-1824.
- Belghiti A, De Brouwere V, Kegels G and Van Lerberghe W (1998). Monitoring unmet obstetric need at district level in Morocco. *Tropical Medicine and International Health* **3**(7):584-591.
- Bernard F, De Brouwere V, Laabid A, Dujardin B (1996). L'évaluation des filières dans les systèmes de santé: revue de la littérature. *Santé Publique* **7**,443-459.
- Bouillin D, Fournier G, Gueye A, Diadiou F & Cissé CT (1994). Surveillance épidémiologique et couverture chirurgicale des dystocies obstétricales au Senegal. *Cahiers Santé* 399-406.
- Bouvier Colle M H, Prual A and de Bernis L (1998). *Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest*. Ministère des Affaires Etrangères - Coopération et Francophonie, Paris.
- Campbell M & Sham ZA (1995). Sudan: Situational analysis of maternal health in Bara district, North Kordofan. *World Health Statistic Quarterly* **48**,60-65.
- Chiwuzie J, Okojie O, Okolocha C *et al.* (1997). Emergency loan funds to improve access to obstetric care in Ekpoma, Nigeria. The Benin PMM Team. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* **59** (Suppl 2), S231-S236.
- Dar lang M (1999). Assessment of antenatal and obstetric care services in a rural district of Nepal, Peter Lang, Bern.
- De Brouwere V, Laabid A & van Lerberghe W (1996). Estimation des besoins en interventions obstétricales au Maroc. Une approche fondée sur l'analyse spatiale des déficits. *Revue Epidemiologie et de Sante Publique* **44**,111-124.
- De Brouwere V (1997). Appui à la mise en oeuvre et à l'évaluation du système de référence avec la périnatalité comme porte d'entrée dans le Cercle, UNICEF Mali.
- Dujardin B, Clarysse G, Criel B, De Brouwere V & Wangata N (1995). The strategy of risk approach in antenatal care: evaluation of the referral compliance. *Social Science and Medicine* **40**,529-535.
- Eades CA, Brace C, Osei L and LaGuardia KD (1993). Traditional birth attendants and maternal mortality in Ghana. *Social Science and Medicine* **36** (11):1503-1507.
- Enkin M, Keirse MJNC, Renfrew M & Neilson JP (1995). A Guide to Effective Care in Pregnancy & Childbirth - 2nd edition, Oxford University Press, Oxford.

- Essien E, Ifenne D, Sabitu K *et al.* (1997). Community loan funds and transport services for obstetric emergencies in northern Nigeria. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* **59** (Suppl 2), S237-S244.
- Etard J F, Baliqye H, Traore S and Kodio B (1996). Maternal mortality in Bamako, Mali. *Arch. Public Health* **53** (Suppl. 1),48-48.
- Falkenhorst G & Jahn A (1997). Qualität der Schwangerenvorsorge in einem Gesundheitsdistrikt in Burkina Faso. Heidelberg, *Jahrestagung der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft*.
- Fawcus S, Mbizvo MT, Lindmark G & Nyström LA (1996). Community-based investigation of avoidable factors for maternal mortality in Zimbabwe. *Studies in Family planning* **27**(6),19-327.
- Geefhuysen CJ, Isa AR, Hashim M & Barnes A (1998). Malaysian antenatal risk coding and the outcome of pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* **24**,13-20.
- Gupta J & Gupta H (2000). Perceptions of and constraints upon pregnancy-related referrals in rural Rajasthan, India. *Health Serv.Manage.Res.* **13**,6-15.
- Haddad S & Fournier P (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries: a longitudinal study in Zaire. *Social Science and Medicine* **40**, 743-753.
- Inter-agency group for safe motherhood (1997). The safe motherhood action agenda: Priorities for the next decade. 1-95. Colombo, Sri Lanka.
- Jafarey SN & Korejo R (1993). Mothers brought dead: An inquiry into causes of delay. *Social Science and Medicine* **36**,371-372.
- Jahn A, Carvalho I & Kalinga MJ (in press). Evaluating Traditional Midwife Training Programs: Lessons learned from Tanzania. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*
- Jahn A, Dar lang M, Shah U & Diesfeld HJ (2000). Maternity Care in rural Nepal: A health service analysis. *Tropical Medicine and International Health* **5**,657-665.
- Jahn A & Kowalewski M (1998). The risk approach in antenatal care: Pitfalls of a global strategy The risk approach in antenatal care: Pitfalls of a global strategy. *Curare* **SB15**, 195-209.
- Jahn A, Kowalewski M & Kimatta SS (1998). Obstetric care in Southern Tanzania: Does it reach those in need? *Tropical Medicine and International Health* **3**,926-932.
- Kandeh HB, Leigh B, Kanu MS *et al.* (1997). Community motivators promote use of emergency obstetric services in rural Sierra Leone. The Freetown/Makeni PMM Team. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* **59**(Suppl 2), S209-18.
- King M (1966). *Medical Care in Developing Countries*, Oxford University Press, Oxford.
- Kowalewski M (1996). Antenatal referral practices and determinants of parturients compliance with referral advice. University of Heidelberg, Institute of Tropical Hygiene and Public Health. MSc Thesis.
- Kowalewski M, Jahn A & Kimatta SS (2000). Why do at-risk mothers fail to reach referral level care? Barriers beyond distance and cost. *African Journal of Reproductive Health* **4**,100-109.
- Kowalewski M, Tautz S, Löhken S & Jahn A (1998). The community perspective of problems in pregnancy and child birth. *Curare* **15**,181-193.

- Le Coeur S, Pictet G, M'Pelé P and Lallemand M (1998). Direct estimation of maternal mortality in Africa. *Lancet* **352**,1525-1526.
- Macintyre K & Hotchkiss DR (1999). Referral revisited: community financing schemes and emergency transport in rural Africa *Soc Sci Med* **49**,1473-1487.
- Maiga Z, Traoré Nafu F & El Abassi A (1999) La réforme du secteur santé au Mali (1989-1996). *Studies in Health Services Organisation & Policy* **12**. ITGPress, Antwerpen.
- Maine D (1997). The strategic model for the PMM Network. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* **59** (Suppl 2),23-25.
- National Committee on Confidential Enquiries into Maternal death (2000). A review of maternal deaths in South Africa during 1998. National Committee on Confidential Enquiries into Maternal Deaths. *S.Afr.Med J.* **90**,367-373.
- Nordberg E, Holmberg S & Kiugu S (1996). Exploring the interface between first and second level of care: referrals in rural Africa. *Tropical Medicine and International Health* **1**(1),107-111.
- Nordberg EM (1984). Incidence and estimated need of caesarean section, inguinal hernia repair, and operation for strangulated hernia in rural Africa. *British Medical Journal* **289**,92-93.
- Nwakoby B, Akpala C, Nwagbo D *et al.* (1997). Community contact persons promote utilization of obstetric services, Anambra State, Nigeria. The Enugu PMM Team. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* **59**(Suppl 2), S219-24.
- Nkyekyer K (2000) Peripartum referrals to Korle Bu teaching hospital, Ghana-a descriptive study. *Tropical Medicine and International Health* **5**, 811-817.
- Olaniran N, Offiong S, Ottong J, Asuquo E, & Duke F (1997). Mobilizing the community to utilize obstetric services, Cross River State, Nigeria. The Calabar PMM Team. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* **59**(Suppl 2),S181-9.
- Oosterbaan MM & Barreto da Costa MV (1995). Guinea-Bissau: What women know about risk- an anthropological study. *World Health Statistic Quarterly* **48**,39-48.
- Paine LHW & Siem Tjam F (1988). Information, financing and referral system: In Hospitals and the health care revolution First edn. eds. Paine LHW & Siem Tjam F, WHO, Geneva, pp. 94-100.
- Rooney C (1992). Antenatal care and maternal health: How effective is it?, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, WHO, Geneva.
- Sabitu K, Alti-Mu'azu M, Musa AA *et al.* (1997). The effect of improving maternity services in a secondary facility, Zaria, Nigeria. The Zaria PMM Team. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* **59**(Suppl 2), S99-106.
- Sauerborn R, Nougara A, Sorgho G, Tiebelesse L & Diesfeld HJ (1989). Assessment of MCH services in the district of Solenzo; Burkina Faso. II. Acceptability. *Journal of Tropical Pediatrics* **35**,10-13.
- Thaddeus Sa & Maine D (1994). Too far to walk: Maternal Mortality in context. *Social Science and Medicine* **38**,1091-1110.
- The prevention of maternal mortality network (1992). Barrier to treatment of obstetric emergencies in rural communities of West Africa. *Studies in Family Planning* **23**,279-291.
- Toure B, Thonneau P, Cantrelle P *et al.* (1992). Level and causes of maternal mortality in Guinea (West Africa). *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* **37**,89-95.

Urassa E, Lindmark G & Nystrom L (1995). Maternal mortality in Dar es Salaam, Tanzania: Socio-economics, obstetric history, and case accessibility of health care factors. *African Journal of Health science* **2**,242-249.

Vanneste AM, Ronsmans C, Chakraborty J & de Francisco A (2000). Prenatal screening in rural Bangladesh: from prediction to care. *Health Policy Plan.* **15**,1-10.

Villar J, Bakketeig LS, Donner A *et al.* (1998). The WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial: rationale and study design. *Paediatr Perinat. Epidemiol* **12**, 27-58.

Villar J & Bergsjö P (1997). Scientific basis for the content of routine antenatal care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* **76**,1-14.

Walraven G, Telfer M, Rowley J & Ronsmans C (2000) Maternal mortality in rural Gambia: levels, causes and contributing factors. *Bull. World Health Organ* **78**,603-613.

Weissman E, Sentumbwe-Mugisa O, Mbonye AK & Lissner C (1999). Costing Safe Motherhood in Uganda. *Reproductive Health Matters: Safe motherhood Initiatives: Critical Issues*, 85-92.

WHO (1991). Essential elements of obstetric care at first referral level, Macmillan Press Ltd., London, Basigstoke.

WHO (1996). Care in Normal Birth: a practical guide, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, Family and Reproductive Health, WHO, Geneva.

WHO (1994). Mother-Baby-Package: Implementing safe motherhood in countries, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, WHO, Geneva.