

MEJORA DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

MEDIANTE LA

AUDITORÍA BASADA EN CRITERIOS

Coautores:

Patricia Bailey
Judith Fortney
Lynn Freedman
Elizabeth Goodburn
Barbara Kwast
Dileep Mavalankar
Bridget Money Penny

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1. AUDITORÍA BASADA EN CRITERIOS	5
1. Auditar no equivale a examinar	5
2. Criterios para auditar programas con coparticipación de AMDD	7
CAPÍTULO 2. ¿POR QUÉ AUDITAR?	12
1. Mejorar la práctica clínica	12
2. Utilizar más racionalmente los recursos limitados	12
3. Mejorar la moral y la motivación del personal	13
CAPÍTULO 3. ETAPAS DE UNA OPERACIÓN DE AUDITORÍA	14
1. Constitución del equipo de auditoría	14
2. Selección del tema a auditar	15
3. Definición de casos	17
4. Fijación de criterios	17
5. Búsqueda de fuentes de información	19
6. Diseño de la planilla de extracción de datos	20
7. Recopilación de datos	22
8. Análisis	23
9. Recomendaciones/plan de acción	25
10. Ejecución del plan de acción	25
11. Repetición del ciclo de auditoría para evaluar el plan de acción	26
CAPÍTULO 4. ¿FUE BENEFICIOSA LA OPERACIÓN DE AUDITORÍA?	27
1. Mejorar la práctica clínica	27
2. Aprovechar más racionalmente los recursos limitados	28
3. Elevar la moral y afianzar la motivación del personal	28
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXO 1: ESTÁNDARES AUDITABLES, RCOG ANEXO IV	34
ANEXO 2: AUDITORÍA DE CUESTIONES DE DERECHOS HUMANOS	37
ANEXO 3: DEFINICIONES CLÍNICAS DE TRABAJO	40
ANEXO 4: DE LOS ESTÁNDARES A LOS CRITERIOS – EJEMPLOS	41

INTRODUCCIÓN

Una operación de auditoría es un análisis objetivo, sistemático y crítico de la calidad de la atención médica. Comprende “los procedimientos utilizados para el diagnóstico y el tratamiento, la utilización de los recursos y las consecuencias resultantes para la paciente y la calidad de su vida” (Crombie y otros 1997). Una operación de auditoría *no* es un sustituto del estudio de los casos de defunción materna o “casos límite”¹, sino que complementa el proceso de estudio (véase el Capítulo 1).

Las operaciones de auditoría suelen abarcar una amplia gama de temas y pueden ser iniciadas y llevadas a cabo por muy diversas partes interesadas. Los únicos requisitos previos para realizar una operación de auditoría son la intención de examinar la situación existente, la posesión de suficientes conocimientos sobre atención médica para poder establecer los criterios, y la voluntad de introducir cambios en la práctica.

El propósito de este libro es proporcionar un documento de consulta fácil y directa para quienes realicen una operación de auditoría. Se ha ideado para que lo utilicen médicos, parteras, enfermeras, administradores, directores y otros profesionales de la salud que trabajan a nivel de distrito o de establecimiento y que se han comprometido a mejorar la calidad de la atención obstétrica de emergencia, detectando los aspectos débiles y llevando a la práctica las recomendaciones.

Las operaciones de auditoría dependen de que se cuente con dos componentes:

1. Los estándares (o normas, o protocolos, o guías de tratamiento) son esenciales para las operaciones de auditoría. En un establecimiento de atención de la salud, *toda* práctica y *todo* procedimiento deben regirse por una norma, desde el tratamiento de complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente hasta la limpieza de locales y el respeto a la privacidad de la paciente. Esas normas o estándares son la fuente de los criterios que fundamentan la auditoría basada en criterios. Cuando no hay estándares, no pueden llevarse a cabo operaciones de auditoría basada en criterios. Esto no equivale a afirmar que en ese caso es preciso abandonar la idea sino, más bien, que es preciso que usted encuentre y adopte estándares o – como último recurso – que formule sus propios estándares.
2. Las constancias escritas son imprescindibles para casi todas las operaciones de auditoría de la práctica clínica y de la mayoría de los procedimientos administrativos, como el manejo de suministros farmacéuticos. En verdad, sería una muy buena idea verificar que las constancias estén completas antes de dar comienzo a cualquier operación de auditoría. Una rápida revisión por muestreo de las constancias puede indicar que, a menos que se lleven mejor los registros, no será viable una operación de auditoría. Recuerde: ¡si algo no está escrito, no ocurrió!

¹ Un caso límite es aquel en que hay una morbilidad aguda o, en palabras de Ronsmans, “un caso en el extremo más grave de la gama de morbilidad” (Ronsmans 2001; Mantel y otros 1998; Baskett y Sternadel 1998; Filippi y otros 1996).

El Programa AMDD (Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas)² tiene el propósito de que aumente la disponibilidad de los servicios de atención obstétrica de emergencia (AOE) y que mejore tanto la *utilización* de esos servicios como su *calidad*. La auditoría basada en criterios es un instrumento relativamente nuevo para monitorear la mejora en la calidad de los servicios. Este libro tiene el propósito de ayudar al lector a realizar operaciones simples de auditoría – de los aspectos clínicos, de gestión y de derechos humanos – en la atención obstétrica. Específicamente, en esta publicación se indica:

- cómo seleccionar el tipo de auditoría que será más útil para su establecimiento de salud,
- cómo comenzar la operación,
- a quiénes involucrar,
- qué criterios utilizar,
- cómo analizar los datos,
- cómo detectar los problemas,
- cómo formular recomendaciones y, finalmente,
- cómo evaluar si la auditoría ha tenido efectos sobre la calidad de la asistencia obstétrica de emergencia ofrecida a las pacientes.

Si bien el libro se ha diseñado con miras a facilitar las operaciones de auditoría en establecimientos de salud, sus indicaciones también pueden aplicarse a nivel de distrito o nacional.

En el Capítulo 1 se explican los términos “auditoría basada en criterios” y se pasa revista a la bibliografía. En el Capítulo 2 se trata de responder a la pregunta: “¿Por qué realizar una operación de auditoría?” En el Capítulo 3, se hace recorrer al lector el ciclo de auditoría y las etapas concretas que componen una operación de auditoría y en el Capítulo 4 se consideran las maneras de determinar si la auditoría ha logrado buenos resultados.

² El Programa AMDD, de cinco años de duración, iniciado por la Universidad de Columbia con financiación de la Fundación Bill y Melinda Gates, comenzó en 1999; actualmente hay proyectos en actividad en 39 países.

CAPÍTULO 1 AUDITORÍA BASADA EN CRITERIOS

La auditoría basada en criterios (ABC) es utilizada por hospitales o establecimientos de atención médica (y también por empresas o instituciones gubernamentales) para mejorar continuamente la calidad de la labor realizada o los servicios prestados. En una institución comprometida a lograr un nivel de excelencia, hay constantemente en curso operaciones de auditoría.

En todo este libro, el término “auditoría” denota la auditoría basada en criterios³. Un criterio (plural: criterios) sirve para efectuar una evaluación preliminar. Es una declaración, una norma o un test, mediante los cuales algo puede ser evaluado⁴. Los criterios derivan de estándares objetivos “basados en hechos comprobados”. La atención médica basada en hechos comprobados utiliza las conclusiones de estudios realizados con rigor científico – especialmente, ensayos clínicos aleatorios y controlados – a fin de determinar cuál es la modalidad de tratamiento más eficaz y menos riesgosa. El concepto opuesto es el “basado en la autoridad” y se refiere al asesoramiento recogido de libros de texto, profesores, mentores y otras fuentes similares. Las normas basadas en la autoridad, en el momento de formularse, tal vez hayan sido resultado de hechos comprobados y hayan estado actualizadas hasta ese momento, pero, con el transcurso del tiempo, la ciencia evoluciona, se acumulan nuevos hechos comprobados y se van modificando las mejores prácticas. Es lamentable que a veces pasen varios años antes de que se acepten en la práctica hechos comprobados que mejoran la atención médica. Algunas normas nacionales tal vez ya no se basen en hechos comprobados actualizados.

1. Auditar no equivale a examinar

Para las operaciones de auditoría se han utilizado diversos métodos, de modo que la nomenclatura puede ser muy confusa. En términos generales, esos diversos métodos pueden clasificarse en “exámenes” y “auditorías”.

Los “exámenes” abarcan los intercambios de ideas de rutina sobre casos, por ejemplo:

- Intercambios de ideas acerca de defunciones maternas o complicaciones ocurridas en el pabellón de maternidad.
- “Informes matutinos”, en que se consideran los casos atendidos en las anteriores 24 horas.

³ Algunos autores se refieren a auditoría “de resultados”, “de procesos” y “de estructura”; véanse, por ejemplo, Donabedian (1985); y Watters (1993). Los resultados se refieren a los tipos de casos en que se audita la atención dispensada (por ejemplo, defunciones maternas, defunciones perinatales, “casos límite”, todas las complicaciones, todos los partos normales, todos los casos de eclampsia). Los procesos se refieren a la atención clínica que reciben estas pacientes. La estructura se refiere a la organización y gestión del establecimiento de salud, en tanto afecta la atención que reciben las pacientes. Hemos optado por utilizar la expresión “auditoría basada en criterios”, por ser la que describe más claramente el enfoque adoptado.

⁴ Graham define los criterios como “declaraciones formuladas sistemáticamente que pueden utilizarse para determinar en qué medida determinadas decisiones, determinados servicios y determinados resultados de atención de la salud son apropiados” (2000).

- Reuniones mensuales en departamentos de obstetricia y ginecología sobre cuestiones de mortalidad materna y mortalidad perinatal, e indagaciones confidenciales externas sobre las defunciones maternas⁵.

Los exámenes son útiles si los intercambios de ideas con fines de evaluación se realizan en una atmósfera colegiada y de colaboración, sin culpar a nadie; pero, lamentablemente, con frecuencia la situación es diferente. En cambio, al realizar operaciones de auditoría basada en criterios, es posible lograr más fácilmente que con los exámenes, condiciones de objetividad desapasionada y una detección más directa de los problemas. La auditoría basada en criterios es menos amenazadora para el personal, dado que los propios participantes deciden de antemano cuáles han de ser los criterios de evaluación.

Los exámenes son una fuente sumamente importante de temas para operaciones de auditoría, de modo que ambos procedimientos son complementarios y se refuerzan mutuamente. *Todo hospital o establecimiento médico debería examinar todos los casos de defunción materna*, y muchos también examinan todas las “situaciones límite”. Por lo general los exámenes detectan varios sectores en que el establecimiento médico debería mejorar la calidad de la atención prestada. Esas mejoras pueden abarcar:

- adoptar un protocolo de tratamiento diferente para las complicaciones obstétricas (como el uso de sulfato de magnesio en lugar de diazepam para el tratamiento de la eclampsia)
- adoptar un protocolo de gestión nuevo o diferente para los partos normales (como la gestión activa de la tercera etapa del trabajo de parto, o el Partograma)
- una manera diferente de velar por que se disponga sin demora de los medicamentos necesarios en la sala de trabajo de parto y en la sala de parto
- una manera diferente de organizar los turnos del personal de guardia, de modo que el personal esencial siempre esté disponible 24 horas al día, siete días a la semana (24/7).

Cuando en un examen se detecta un problema, el personal debería decidir si es un problema frecuente (una operación de auditoría podría responder a esta pregunta), si ya hay normas o estándares al respecto (aunque no siempre se los aplique), o si debería adoptarse una norma o estándar (o una norma o estándar diferente). Si se adoptan nuevos estándares, debe capacitarse al personal en su aplicación y debe preverse algún tiempo para que el personal se familiarice con ellos, antes de que sean auditados.

En las reuniones periódicas de examen, el personal debería considerar los resultados de las operaciones de auditoría o los cambios en las estadísticas hospitalarias (por ejemplo, aumento del número de partos o reducción del número

⁵ En Inglaterra y Gales se han realizado indagaciones confidenciales a partir de 1952 (Departamento de Salud y Seguridad Social, 1982). Las indagaciones confidenciales pueden ser “internas” o “externas” y señalar “factores que pueden evitarse”, “oportunidades desaprovechadas” o “atención de calidad inferior a la estándar” (McIlwaine 2000). En 1998, se publicó por primera vez en Sudáfrica el Informe sobre Indagaciones Confidenciales acerca de Defunciones Maternas (Departamento de Salud, Sudáfrica, 1998). En otros países también se han realizado indagaciones de ese tipo.

de infecciones). Es importante proporcionar retroinformación al personal, considerar en qué aspectos podrían introducirse mejoras adicionales y felicitar al personal en relación con las mejoras introducidas. Los exámenes y las operaciones de auditoría deberían reforzarse recíprocamente.

Las operaciones de auditoría basada en criterios se realizan en una serie de etapas, las cuales constituyen un ciclo. Tales operaciones se orientan por criterios seleccionados, que derivan de normas explícitas de atención basadas en hechos comprobados. Las operaciones de auditoría pueden iniciarse y realizarse interna o externamente. Nosotros promovemos la auditoría interna, en pequeña escala y focalizada, pues es viable y puede integrarse como proceso continuo en la labor cotidiana del personal. Por otra parte, cuando se dispone de recursos especiales, una operación de auditoría puede aumentar de escala y transformarse en investigación, lo cual puede requerir instrumentos de mayor duración y mayor dedicación de tiempo y de personal, durante períodos largos, como un año. En Wagaarachchi y otros 2002 se ofrecen excelentes ejemplos de investigaciones de auditoría realizadas por el autor y sus colegas en Ghana y Jamaica.

2. Criterios para auditar programas con coparticipación de AMDD

El Programa AMDD (Prevención de la Muerte y Discapacidad Maternas, véase la explicación en la nota a pie de página 2, Introducción) ha establecido un marco conceptual para promover la atención obstétrica de emergencia (AOE) que aúna los aspectos técnicos, de gestión y de derechos humanos de los servicios. Así, dentro de ese marco, las operaciones de auditoría basada en criterios han de examinar aspectos de la atención médica relativos a:

- La atención clínica que reciben las pacientes
- La gestión (u organización) de los establecimientos de salud
- Los derechos humanos en el ámbito clínico.

En lo concerniente a la atención clínica que reciben las pacientes, los criterios se refieren a normas o estándares objetivos derivados de protocolos de tratamiento que deben basarse en los hechos científicamente comprobados de mayor actualidad (véase el Recuadro 1). En lo concerniente a la gestión de un establecimiento de salud, hay (hasta cierto punto) acuerdo en la definición de buenas prácticas y estándares (véase el Recuadro 2). Y en lo atinente a los derechos humanos, hay convenciones y tratados internacionales y a veces, los estándares de esos instrumentos internacionales también están incorporados en las leyes y políticas del país (véase el Recuadro 3). Uno de los retos en materia de derechos humanos es convertir los estándares internacionalmente aceptados en criterios mensurables. Los estándares pueden derivarse de lo estipulado en tratados y declaraciones – por ejemplo, respetar el derecho de cada paciente al carácter privado de los servicios –, pero el contenido real de las prácticas que se consideran respetuosas de la privacidad o que la infringen, variará y estará condicionado por la cultura, la clase social y otros factores del contexto.

En verdad, en cuestiones de derechos humanos y de gestión, es necesario elaborar más a fondo criterios basados en hechos comprobados, para los aspectos específicos de cada establecimiento de atención de la salud, además de considerar

las posibles diferencias entre auditar esas funciones y auditar las funciones clínicas. El Programa AMDD sigue preparando criterios al respecto.

Recuadro 1. Criterios a utilizar al auditar funciones clínicas

En condiciones ideales, todo establecimiento médico ha de contar con protocolos que rigen la atención del parto normal y de determinadas complicaciones. Y en condiciones ideales, los protocolos han de basarse en hechos científicamente comprobados. En materia de obstetricia y ginecología, el grupo Cochrane Collaboration recopila hechos comprobados dimanados de todos los ensayos clínicos conocidos y los analiza y evalúa continuamente. Las sociedades profesionales y los individuos que preparan o actualizan protocolos para obstetricia y ginecología deberían referirse constantemente a Cochrane Collaboration para tener seguridad de que su propio trabajo esté actualizado. Cochrane Collaboration: M. Enkin, M.J.N.C. Keirse, J. Neilson, C. Crowther, L. Duley, E. Hodnett y J. Hofmeyr. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press, Oxford, Reino Unido; tercera edición, 2000. También puede obtenerse información en su sitio Web: <http://www.cochrane.org/>

Si en su hospital o su país no se dispone de protocolos de tratamiento, usted puede utilizar los publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos de las Naciones Unidas, que se basan en hechos científicamente comprobados y pueden proporcionar criterios para su operación de auditoría. Véase, en especial WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (IMPAC)*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2000, WHO/RHR/00.7. Usted puede obtener gratuitamente esta publicación si la solicita al representante de la OMS en su país, cuya oficina suele estar ubicada en el Ministerio de Salud, en la ciudad capital. Usted también puede obtener dicha publicación si la solicita por escrito a la OMS (Publication Unit, WHO, 1211 Geneva 27, Suiza), y especifica que pide la publicación WHO/RHR/00.7. Otra alternativa es que usted descargue la publicación del siguiente sitio Web: <http://www.reproline.jhu.edu/>

Emergency Obstetric Care: Course Handbook for participants, and Course Notebook for Trainers. Esta publicación se basa en IMPAC de la OMS y se utiliza en el curso de capacitación de JHPIEGO (JHPIEGO/AMDD, mayo de 2002, Baltimore, Maryland. Este es un proyecto de documento disponible desde diciembre de 2002 en el sitio Web del Programa AMDD: <http://www.amdd.hs.columbia.edu>. También está disponible en CD.) Un documento útil es *Life Saving Skills for Midwives*, publicado por el American College of Nurse Midwives (ACNM) (MA Marshall, ST Buffington, Washington, D.C., 1998). Esta obra consta de cinco volúmenes y comprende materiales para programas de capacitación y para encargados de formular políticas. Cuesta 55 dólares EE.UU. y puede obtenerse si se solicita por escrito a: ACNM, 818 Connecticut Avenue N, Suite 900, Washington, D.C. 20006, Estados Unidos de América. Usted también puede establecer contacto con el ACNM en su sitio Web: www.acnm.org

Recuadro 2. Criterios a utilizar al auditar funciones de gestión

En condiciones ideales, todo establecimiento médico ha de contar con normas y estándares por escrito a fin de guiar numerosos aspectos de la organización del establecimiento; buenos ejemplos al respecto son las normas para prevenir infecciones o eliminar instrumentos afilados, estándares de laboratorio, procedimientos para reponer existencias de medicamentos y prácticas para bancos de sangre.

Muchos establecimientos también cuentan con procedimientos y calendarios para la limpieza de locales, corredores, salas de operaciones y salas de tratamiento. También hay guías para esterilizar el equipo, manejar el lavado de diferentes tipos de lienzos, obtener piezas de repuesto para el equipo y descartar el equipo averiado.

Pueden elaborarse criterios a partir de las normas o guías indicadas a continuación:

Documentos:

- AVSC International [EngenderHealth], 2000. Véase la bibliografía.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), véase nuestro Anexo 1, correspondiente al Anexo IV de *Towards Safer Childbirth: Minimum Standards for the Organisation of Labour Wards. Report of a Joint Working Party*, RCOG, 1999.
- Buenas prácticas de laboratorio – véase www.phppo.cdc.gov/cia/regs/toc.asp o www.who.int/dsa/cat98/lab8.htm. En particular: *Principles of Management of Health Laboratories*, L. Houang y M.M. El-Nageh, 1993, ISBN 92 9021 180 6, Order no. 1152120, y *Quality System for Medical Laboratories*, M.M. El-Negeh, C. Heuchk, A. Kallner y J. Maynard, 1995, ISBN 92 9021 203 9, Order no. 1440014.
- Guías para el control de calidad, gestión y organización de servicios de transfusión de sangre: véase www.who.int/dsa/cat98/blood8.htm. En particular: *Guidelines for Quality Assurance Programmes for Blood Transfusion Services*, 1993, ISBN 92 4 154448 1, Order no. 1150392; *Management of Blood Transfusion Services*, editores S.F. Hollán, W. Wagstaff, J. Leikola y F. Lothe, 1990, ISBN 92 4 154406 6, Order no. 1150345; y *Guidelines for the Organisation of a Blood Transfusion Service*, editores W.N. Gibbs y A.F.H. Britten, 1992, ISBN 92 4 154445 7, Order no. 1150376

Recuadro 3. Criterios a utilizar para auditar funciones atinentes a los derechos humanos

En condiciones ideales, todo establecimiento médico ha de contar con estándares y protocolos por escrito relativos a los aspectos de la atención clínica y la gestión del establecimiento que contribuyen al respeto y la vigencia de los derechos humanos. Tales estándares y protocolos, por ejemplo, abarcan procedimientos específicos para garantizar que el consentimiento de la paciente se base en haber recibido información fidedigna y completa, y garantizar también el carácter confidencial de las comunicaciones entre el agente de salud y la paciente y de los registros pertinentes a la paciente; proteger la privacidad de la paciente y establecer estructuras transparentes de cargos por concepto de pago de servicios. Esas prácticas específicas atañen al derecho de la paciente a ser tratada con dignidad y sin discriminación.

Los principios generales de derechos humanos (como los de dignidad y no discriminación) que figuran en guías concretas de desempeño se encuentran en tratados y convenciones internacionales, entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Para determinar si su país ha ratificado esos tratados y, por ende, ha convenido en estar legalmente sujeto a las estipulaciones de dichos tratados, usted puede verificar los sitios Web de organismos de las Naciones Unidas, actualizados periódicamente (<http://www.unhchr.ch/html/intlinst.htm>).

Algunos países han aprobado legislación o emitido reglamentaciones que incorporan los estándares internacionales de derechos humanos en la legislación propia del país. No obstante, para la mayoría de los países y sus establecimientos, los estándares y criterios específicos que han de ser útiles al auditar las funciones pertinentes a los derechos humanos son los que adopta el propio establecimiento, antes que los prescritos por la ley. Aun cuando esos estándares promueven el respeto por los derechos humanos, con frecuencia no usan la expresión “derechos humanos” al describir el aspecto de que se trate en la atención clínica o la gestión del establecimiento.

Un ejemplo de estándares formulados para velar por el respeto de los derechos humanos en establecimientos de salud es la publicación *Protocol for Women Friendly Hospital*, preparado para la Oficina del UNICEF en Bangladesh. Otro recurso útil en la formulación de criterios para auditar es *Emergency Obstetric Care: Toolbook for Improving the Quality of Services*, preparado por EngenderHealth y el Programa AMDD, texto que se organiza en torno al marco de los derechos de la cliente y del encargado de prestar servicios. Esa publicación puede descargarse del sitio Web de EngenderHealth:

<http://www.engenderhealth.org/res/offc/index.html>

En recientes textos preparados por la OMS relativos a la medición del desempeño de los sistemas de salud figuran importantes aspectos de los derechos humanos en el concepto de “grado de respuesta a las necesidades”. Los documentos iniciales para intercambio de ideas sobre la definición y la medición del grado de respuesta a las necesidades están disponibles en el sitio Web de la OMS:

http://www.who.int/health-systems-performance/docs/responsiveness_docs.htm

Los profesionales clínicos pueden auditar numerosas funciones. Por ejemplo, el jefe del servicio de obstetricia en un hospital de distrito puede estar preocupado por el tratamiento en casos de útero desgarrado y puede constituir un equipo encargado de auditar las acciones relativas a esta complicación. O una enfermera en un

dispensario rural puede preguntarse si las mujeres que padecen complicaciones son remitidas a establecimientos apropiados y si se las estabiliza correctamente para el traslado. A continuación figuran ejemplos de otras funciones que pueden auditarse:

- Número de mujeres con ataques de eclampsia que dan a luz antes de que transcurran 24 horas (y número de mujeres que no dan a luz en ese plazo);
- Número de mujeres en quienes se practican operaciones cesáreas y cuyo tipo sanguíneo es establecido antes de la operación (y número de mujeres cuyo tipo no se determina con antelación);
- Número de mujeres cuyos signos vitales se toman y registran cada dos horas después del parto (y número de mujeres en quienes no se toman y registran los signos vitales);
- Número de mujeres que reciben una transfusión sanguínea dentro de una hora a contar del momento en que se determina que la necesitan (y número de mujeres que no reciben una transfusión en ese lapso); o
- Número de mujeres que se ven obligadas a efectuar pagos ilegales para recibir tratamiento (y número de mujeres que no están en esa situación).

El objetivo de las operaciones de auditoría es que aumenten las “mejores prácticas” utilizadas en el establecimiento médico, entendiéndose por estas últimas las mejores y más actualizadas modalidades de tratamiento. Se determina que tales prácticas son “las mejores” examinando cuidadosamente la bibliografía científica y médica, según se indica en los Recuadros 1, 2 y 3.

Las operaciones de auditoría pueden realizarse por única vez o en forma de proceso continuo. Los establecimientos de salud pueden comenzar planificando auditar una única función (por ejemplo, el tiempo transcurrido entre el momento del ingreso de la paciente y el de practicar una operación cesárea). Seguidamente, si se comprueba que dicha auditoría fue útil, los establecimientos pueden planificar series continuas de auditoría de otras funciones. Un establecimiento que se esfuerza por lograr un nivel de excelencia con sus servicios seguirá procurando auditar otros aspectos de la atención, a los fines de su evaluación.

Capítulo 2 ¿Por qué auditar?

Las operaciones de auditoría basada en criterios, a los fines de verificar la atención médica y los servicios prestados, se han desarrollado en los últimos 10 a 15 años (Benbow y Maresh 1998); en los países desarrollados, la mayoría de los médicos utilizan actualmente alguna variante. La operación de auditoría es un instrumento de importancia crucial para mejorar la atención clínica prestada (Burnett y Winyard 1998), y es incluso obligatoria en algunos sistemas de salud. Con todo, dichas operaciones de auditoría no han pasado a ser una práctica común en la mayoría de los países en desarrollo, de modo que cabe preguntar: ¿por qué debería un sistema de salud destinar escasos recursos y tiempo profesional a auditar la atención médica? Hay tres razones principales.

1. Mejorar la práctica clínica

Las operaciones de auditoría tienen el propósito de mejorar la calidad de la atención mediante la evaluación sistemática de la práctica en comparación con un estándar definido, con miras a recomendar y aplicar medidas que subsanen deficiencias concretas en la atención (Halligan y Taylor 1997, Mancey-Jones y Brugha 1997). Cuando un problema percibido en el ámbito clínico o en los servicios puede ponerse de manifiesto mejor mediante la auditoría médica, es más probable que el clínico pueda encontrar soluciones y monitorear los cambios (Dyke 1993). Con demasiada frecuencia se da por sentado que lo que se hace se ajusta a las mejores prácticas.

Las operaciones de auditoría posibilitan que los clínicos conozcan exactamente con qué frecuencia se aplican realmente las mejores prácticas, y en qué circunstancias. Al auditar puede ponerse de manifiesto, por ejemplo, que la demora en comenzar un tratamiento es mucho mayor durante los fines de semana o que en una determinada sala no se suelen registrar los signos vitales en el puerperio, aun cuando sea ésta la política del hospital. La auditoría proporciona una focalización, merced a la cual se puede determinar con precisión cuáles son las barreras que obstan a las buenas prácticas; por ejemplo, si el armario donde se guardan los medicamentos está cerrado con llave durante los fines de semana y por lo tanto, al necesitar esos medicamentos alguien debe ir a buscar a la persona que custodia la llave.

2. Utilizar más racionalmente los recursos limitados

Cuando se mide la calidad se posibilita la conservación de los recursos, al descartar las acciones menos útiles y propiciar las de mayor utilidad (Maher 1996). Debido a la escasez de conocimientos técnicos prácticos y de recursos en los países en desarrollo, es tanto más importante que se aprovechen al máximo los recursos limitados y que los clínicos sepan cuáles son los resultados de los tratamientos que dispensan (Watters 1993). Algunas prácticas clínicas continúan aun cuando se haya demostrado que son ineficaces o incluso nocivas; otras prácticas consumen recursos hospitalarios que podrían aprovecharse mejor de diferente manera. Por ejemplo:

- La práctica de rutina de episiotomías en primigrávidas.

- En algunos establecimientos médicos, se recurre a la operación cesárea cuando sería igualmente seguro y eficaz prestar asistencia al parto vaginal, con el consiguiente ahorro de recursos⁶.
- El uso de anestesia general en lugar de anestesia raquídea, debido a que no se dispone de agujas espinales, o a que los clínicos no están capacitados para administrar anestesia raquídea, o a que no se permite la importación de los medicamentos necesarios para ésta.

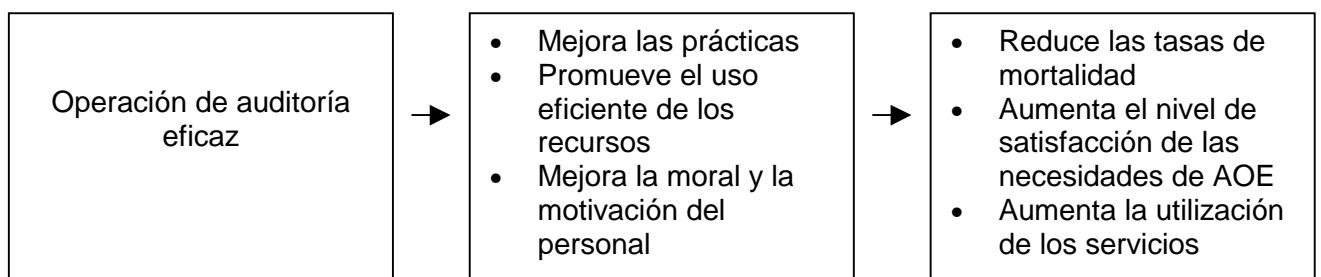
Una operación de auditoría puede mostrar en qué medida continúan las prácticas obsoletas o nocivas; la focalización también puede poner en evidencia el despilfarro, por ejemplo, la administración de escasos antibióticos a pacientes que no los necesitan.

3. Mejorar la moral y la motivación del personal

Las operaciones de auditoría basada en criterios tienen un apreciable valor educacional. Cada tema auditado conlleva una nueva lección, un ejercicio intelectual en que participa y colabora un grupo de profesionales, intercambiando ideas sobre diferentes problemas en el manejo de casos, desde falta de comunicación con la paciente hasta reacciones adversas a los medicamentos (Beracochea y Vince 1993). Proporcionar retroinformación sobre la calidad del desempeño es una manera de reforzar la motivación del cada agente de salud, su satisfacción en el trabajo y su desempeño (Maher 1996). Los resultados pueden utilizarse para alentar a terceros a seguir un buen ejemplo.

Es evidente que un mejor desempeño en los establecimientos de salud ha de redundar en mayor utilización de los servicios y mejoras perceptibles en los indicadores de rendimiento, como el nivel de satisfacción de la necesidad de atención obstétrica de emergencia o las tasas de mortalidad.

Gráfico 1. ¿Por qué auditar?



⁶ Murphy y otros. *Early maternal and neonatal morbidity associated with operative delivery in second stage of labour: a cohort study*. Lancet, 2001, Vol 358, No 9289; págs. 1.203 a 1.207.

Capítulo 3 Etapas de una operación de auditoría

La conducción de una operación de auditoría es un proceso encaminado a introducir cambios. El proceso puede ser dividido en dos fases principales: la fase preparatoria y el ciclo de auditoría. Por lo general, la fase preparatoria consta de las etapas indicadas 1 a 6 y el ciclo de auditoría, las etapas 7 a 11.

Fase preparatoria

1. Constitución del equipo de auditoría
2. Selección del tema a auditar
3. Definición de casos/unidades de análisis
4. Fijación de criterios
5. Búsqueda de fuentes de información
6. Diseño de la planilla de extracción de datos

Ciclo de auditoría

7. Recopilación de datos
8. Análisis
9. Recomendaciones/plan de acción
10. Ejecución del plan de acción
11. Repetición del ciclo de auditoría para evaluar el plan de acción

En este capítulo se considera cada una de las etapas que integran el proceso de auditoría.

FASE PREPARATORIA

1. Constitución del equipo de auditoría

Tiene importancia crucial que todos quienes han de participar en el procedimiento de auditoría lo apoyen y estén involucrados en él. A veces, tal vez usted desee consultar a funcionarios del Ministerio de Salud y a asociaciones de profesionales. Los factores de éxito más importantes a nivel local son el deseo de estudiar la situación existente y la voluntad de mejorarla introduciendo cambios. Tiene importancia crucial que los participantes comprendan que al auditar la situación no se está culpando a nadie.

Su equipo de auditoría debería incluir representantes de todos los grupos que han de participar en la operación de auditoría. En función del tipo de auditoría, su equipo podría estar integrado por:

- ◆ director del hospital
- ◆ médicos
- ◆ parteras
- ◆ enfermeras
- ◆ anestesistas
- ◆ personal de limpieza
- ◆ técnicos de laboratorio

- ◆ farmacéuticos
- ◆ director y técnicos del banco de sangre
- ◆ empleados administrativos que llevan los registros hospitalarios
- ◆ secretarías
- ◆ recopiladores de datos

El líder del equipo debe ser una persona motivada y deseosa de mejorar su propia contribución a la calidad de la atención. Los cambios pueden consistir, por ejemplo, en convenir en trabajar de noche, en especificar más claramente en qué casos está indicada la operación cesárea, en acordar el uso de sulfato de magnesio en lugar de diazepam para el tratamiento de la eclampsia, en cambiar las prácticas para recetar antibióticos, en tratar a las pacientes y a otros miembros del personal con más respeto, u otros cambios.

Su equipo debería comenzar determinando el contenido de cada etapa del ciclo de auditoría y preparando un calendario de trabajo. Debería quedar en claro quién es responsable de cada etapa. Las operaciones de auditoría suelen formar parte del control de calidad, de modo que no requieren recursos extraordinarios.

2. Selección del tema a auditar

La segunda etapa consiste en establecer una clara idea del problema que usted y su equipo desean evaluar y mejorar mediante la operación de auditoría. Tal vez usted ya sepa cuál es el problema que desea abordar. La selección del problema es la parte más importante del proceso y debería ser comprendida claramente por todos. Es preciso escoger entre varias opciones. A continuación se proporcionan ejemplos de temas para auditar:

- *Cuestiones clínicas:* grado de cumplimiento de los protocolos de manejo clínico
- *Cuestiones de gestión:* manera en que se organiza el establecimiento médico, inclusive las pautas de dotación de personal, las funciones del establecimiento (por ejemplo, banco de sangre, prevención de infecciones, medida en que los registros médicos están completos) o su equipo
- *Derechos humanos en varias esferas:* ámbito clínico, sistemas de salud, reglamentación relativa a procedimientos o medicamentos, sistemas de pago, interacciones personales entre los agentes de salud y las pacientes o de los agentes de salud entre sí.

Cuestiones clínicas:

Si usted opta por auditar el tratamiento de complicaciones obstétricas, debe decidir si va a abarcar el tratamiento de todas las complicaciones maternas o si se circunscribe a sólo una. Por ejemplo, usted podría auditar el tratamiento recibido por todas las mujeres que padecieron eclampsia, sea cual haya sido el resultado final (véase el Recuadro 5).

Recuadro 5: Ejemplo de atención clínica

Eclampsia: El sulfato de magnesio es el tratamiento de elección para la eclampsia. Un ensayo internacional de gran magnitud realizado en varios centros, de forma aleatoria y controlada, ha demostrado que como tratamiento, es mejor y previene más los ataques que el diazepam o la fenitoína (The Eclampsia Trial Collaborative Group, 1995).

Es preciso disponer de normas por escrito sobre la administración del sulfato de magnesio en casos de eclampsia y *auditar en qué medida se da cumplimiento a esas normas.*

Documentación: véase el Recuadro 1.

Otros ejemplos clínicos son: las indicaciones para la operación cesárea, la tipificación de la sangre antes de practicar una cesárea, el uso profiláctico de antibióticos antes de esa operación, el aumento del trabajo de parto, el uso del Partograma, el parto instrumentado con fórceps o aspiración manual endouterina (extracción al vacío), y otros casos análogos.

Cuestiones de gestión:

Si su equipo ha decidido auditar cuestiones de gestión, algunas buenas opciones son:

- el banco de sangre (disponibilidad de sangre y organización del banco)
- demoras en las tareas de laboratorio
- prevención de infecciones
- descarte de instrumentos afilados
- disponibilidad de medicamentos
- preparación de la sala de operaciones
- medida en que los registros de las pacientes están completos
- horario de actividades del personal.

Recuadro 6: Ejemplo de una cuestión de gestión

Si durante un examen de la mortalidad materna usted descubrió que en general transcurría un período prolongado antes de que las mujeres ingresadas fuera del horario regular (es decir, a horas avanzadas de la tarde o a la noche) recibieran tratamiento, tal vez usted desee auditar esos ingresos o la disponibilidad de personal por la noche.

Documentación: véanse el Recuadro 3 y el Anexo 1.

Derechos humanos:

Si usted ha decidido auditar cuestiones de derechos humanos, en el Anexo 2 se consideran más detalladamente las diferencias entre auditar cuestiones de derechos

humanos y auditar cuestiones clínicas o de gestión. En el Recuadro 7 figuran ejemplos de cuestiones pertinentes que podrían considerarse.

Recuadro 7. Ejemplos de cuestiones de derechos humanos en el ámbito clínico

- ¿Son atendidas las pacientes por personal clínico que habla su idioma?
- ¿Se explica claramente el tratamiento a las pacientes y sus familias?
- ¿Deben pagar las pacientes o sus familias cargos adicionales para trasponer numerosas barreras administrativas?
- ¿Se exhiben visiblemente y en los idiomas necesarios las tarifas a cobrar por los servicios?
- ¿Se recibe a las pacientes con amabilidad y simpatía a su llegada, o se hace caso omiso de ellas, o se las trata con frialdad?
- El trato recíproco entre agentes de salud de diferentes niveles ¿es respetuoso?

3. Definición de casos

El equipo debería acordar las definiciones relativas a todos los casos a auditar, tratándose de cuestiones clínicas, de gestión o de derechos humanos. Debería disponer de definiciones por escrito. En el Anexo 3 figuran definiciones de trabajo para cuestiones clínicas, según el Programa AMDD, y en el Recuadro 8 se ofrecen ejemplos adicionales.

Recuadro 8. Ejemplos de definiciones de casos

Hemorragia de postparto	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de sangre que requiere tratamiento (provisión de líquidos por vía endovenosa y/o transfusión sanguínea); • Retención de la placenta; • Pérdida copiosa de sangre debida a laceraciones (vaginales o cervicales).
Remisiones a otros establecimientos	Todos los casos inicialmente tratados en un centro de salud y remitidos a un hospital por el personal de dicho centro de salud.
Operaciones cesáreas	Todas las operaciones cesáreas (de emergencia y electivas) practicadas en el hospital de distrito. Se excluyen las histerectomías mediante cesáreas.
Ingresos fuera del horario regular de funcionamiento	Todos los casos de obstetricia ingresados entre las 19 horas y las 7 horas del día siguiente.

4. Fijación de criterios

Como se indicó anteriormente, una operación de auditoría basada en criterios consiste en comparar la práctica existente con estándares convenidos y basados en hechos científicamente comprobados.

Es preciso que los criterios satisfagan los siguientes requisitos:

- Que se basen en sólidas pruebas científicas
- Que sean mensurables, de preferencia utilizando los registros de pacientes
- Que sean realistas, dada la capacidad del establecimiento en materia de personal y recursos.

La selección de los criterios no significa incluir todas las acciones que serían óptimas en relación con el tema escogido; es preciso mantener un planteo simple.

Los criterios pueden derivarse de las siguientes fuentes:

- Estándares aprobados localmente, sobre la base de hechos científicamente comprobados.
- Estándares genéricos, basados en hechos científicamente comprobados, como los que figuran en la publicación de la OMS *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors* (IMPAC).
- Estándares nacionales de gestión existentes en algunos países, como los relativos a la remisión a otros establecimientos, la transfusión de sangre y el suministro de medicamentos.
- Estándares nacionales existentes en la mayoría de los países en relación con algunos aspectos de los derechos humanos, como el consentimiento para practicar una operación quirúrgica. A nivel del establecimiento, pueden exhibirse en lugar visible textos explicativos de los derechos de las pacientes.

En el Recuadro 9 figuran ejemplos de criterios y en el Anexo 4, ejemplos de criterios derivados de estándares.

Recuadro 9. Ejemplos de criterios	
Clínica: Intervención activa en la tercera etapa del trabajo de parto	<ul style="list-style-type: none"> • A menos de un minuto del alumbramiento del (último) niño, se administraron por vía intramuscular 10 unidades de oxitocina • Se ejerció una tracción controlada sobre el cordón umbilical para extraer la placenta • Después de la extracción de la placenta, se practicó de inmediato un masaje uterino • Se practicó un masaje uterino cada 15 minutos durante las primeras dos horas • Se registraron las observaciones sobre pérdida de sangre
Gestión: Procedimiento de remisión de pacientes a otros establecimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Se explicó a cada paciente y a su familia por qué era necesaria la remisión a otros establecimientos • Se administraron antibióticos con fines profilácticos • Se practicó una canalización endovenosa (solución salina normal o solución lactada de Ringer) con bolsa desechable • Se indicó <i>por escrito</i> qué medicamentos se habían administrado (por ejemplo, diazepam) y qué procedimientos ya se habían practicado (por ejemplo, cateterización, aspiración manual endouterina) y esas constancias se enviaron junto con la paciente • Se envió junto con la paciente una nota por escrito en que se indicó la razón para remitirla al otro establecimiento • Se envió junto con la paciente su historia clínica por escrito (con indicación, por ejemplo, de operación cesárea previa o hemorragia previa en el postparto)
Derechos humanos: Discriminación y acceso a la AOE	<ul style="list-style-type: none"> • La familia o propia paciente pagaron importes extraoficiales para que se admitiera a la paciente o se le dispensara tratamiento • La familia se vio obligada a adquirir medicamentos fuera del hospital

5. Búsqueda de fuentes de información

En función del tema de la operación de auditoría – relativo o bien a la atención clínica, o bien a cuestiones de gestión del establecimiento o de organización del sistema de salud, o bien a cuestiones de derechos humanos –, los datos se obtendrán en una o más de las fuentes siguientes:

- registros hospitalarios
- historias clínicas de las pacientes
- entrevistas con el personal o las familias
- entrevistas a las pacientes
- listas de existencias farmacéuticas
- inventarios de bancos sanguíneos
- listas de procedimientos de laboratorio

En función de la magnitud de la operación de auditoría, también podría entrevistarse a administradores y funcionarios políticos.

6. Diseño de la planilla de extracción de datos

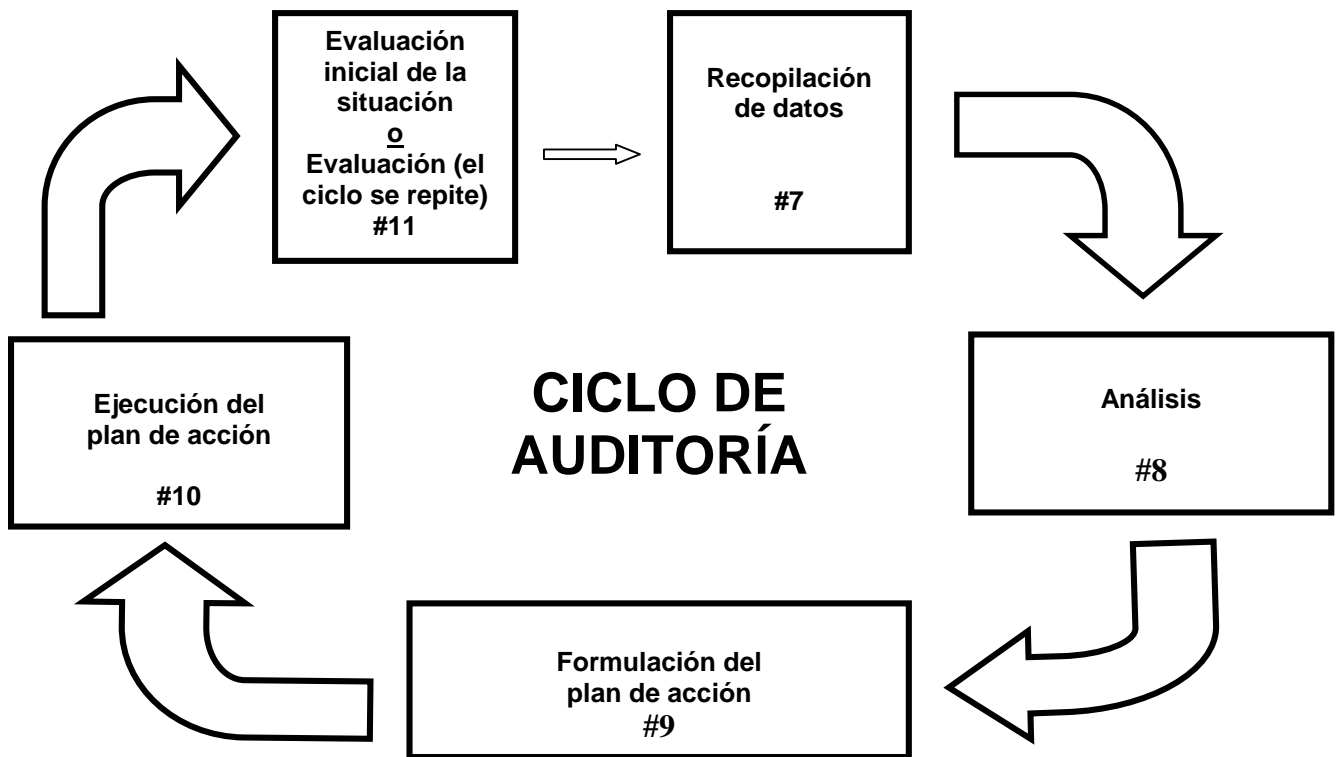
Los formularios de recopilación de datos deben ser preparados en versión preliminar, ensayados con antelación, revisados y finalizados. La preparación de los formularios puede insumir algún tiempo. A continuación se ofrecen ejemplos de una planilla de extracción de datos. Es preciso examinar los 10 casos, uno por uno. Cuando el criterio se satisface, indíquese en la columna S (sí); cuando no se satisface, indíquese N (no).

Recuadro 10. Ejemplo de planilla de extracción de datos											
Criterios para auditar procedimientos de remisión de pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total No. sí / 10
Se informó a la paciente y a su familia por qué era necesaria la remisión											
Se dejó constancia del momento del ingreso y el momento de la remisión a otro establecimiento											
Se administraron antibióticos con fines profilácticos											
Se practicó una canalización endovenosa (solución salina normal o solución lactada de Ringer) con bolsa desechable											
Se envió con la paciente una constancia <i>por escrito</i> de los medicamentos administrados (por ejemplo, diazepam)											
Se envió con la paciente constancia <i>por escrito</i> de los procedimientos practicados (por ejemplo, cateterización, aspiración manual endouterina)											
Se envió con la paciente una constancia por escrito del											

motivo de la remisión al otro establecimiento													
Se envió con la paciente constancia por escrito de su historia clínica (por ejemplo, operación cesárea previa, hemorragia de postparto previa)													

CICLO DE AUDITORÍA

En el diagrama a continuación figuran las etapas 7 a 11, que integran el ciclo de auditoría



7. Recopilación de datos

Hay al menos tres posibles métodos de recopilación de datos:

- extracción de constancias existentes por escrito en el establecimiento (historia de la paciente, registros de laboratorio o de farmacia, o cualquier otro tipo de registro);
- observación;
- entrevistas.

Por lo general, se extraerán constancias existentes por escrito al auditar temas clínicos y muchas cuestiones de gestión, por ejemplo:

- Registro de signos vitales;
- Tiempo transcurrido entre el pedido de sangre y la transfusión;
- Intervalo entre el ingreso de la paciente y la intervención.

Cabe señalar que si el tema en que usted está interesado no consta por escrito pero debería haber constado, usted debe presumir que el procedimiento NO fue realizado o que el medicamento NO fue administrado.

Al considerar cuestiones de gestión y de derechos humanos, puede utilizarse el método de observación. Los observadores podrían:

- Presenciar interacciones de cada paciente con los proveedores de servicios:
¿Hubo contacto ocular? ¿Se alentó que la paciente formulara preguntas o

expresara sus preocupaciones? ¿Se comunicó a la paciente la información pertinente? ¿Estaban corridas las cortinas?

- Detectar si hay jeringas en los recipientes de desperdicios.

Si los participantes se percatan de que se está realizando una evaluación, su comportamiento puede resultar afectado por la presencia de un observador, pero esta fuente de distorsión puede minimizarse si se toman precauciones.

Para obtener algunos tipos de información, se puede entrevistar a los encargados de prestar servicios, a las pacientes o a las familias de las pacientes, y averiguar, por ejemplo:

- Si antes de administrar el tratamiento a la paciente se exigió un pago oficial o extraoficial;
- Hasta qué punto la paciente comprendió las razones de practicar una operación cesárea (o hasta qué punto estas razones se explicaron a la paciente);
- Hasta qué punto las mujeres comprendieron las recomendaciones del personal para la atención en el postparto (entrevistas al dárseles de alta).

Usted debe decidir si la operación de auditoría ha de ser retrospectiva (examinar los registros de los últimos seis meses) o prospectiva (examinar los casos que se presenten en los próximos seis meses en el futuro). Si han de consultarse registros, la recopilación de datos puede realizarse de una u otra manera. Pero si se utilizan entrevistas u observaciones, la recopilación de datos debe ser prospectiva (aun cuando parte de la información reunida se refiera a acontecimientos pasados).

Es preciso impartir capacitación a los encargados de recopilar datos, quienes deben estar familiarizados con los formularios. El personal no médico puede encargarse de recopilar datos.

8. Análisis

Antes de comenzar a recopilar datos, es preciso preparar modelos de los cuadros para asegurar que usted obtenga la información realmente buscada. En los Cuadros 1 a 5 figuran algunas ideas. Un ejemplo de un modelo de cuadro es el siguiente:

Para pacientes en quienes se practicaron operaciones cesáreas: ¿Se administró a la paciente antibióticos antes del comienzo de la operación?	
Sí	No

El análisis se basa en la comparación entre la situación existente y los criterios adoptados en el establecimiento. En algunos casos, basta simplemente con computar las cantidades totales para evaluar la situación. Véanse los ejemplos a continuación, en que se indica para cada caso si se audita una función clínica o de gestión.

Cuadro 1. ¿Se midieron y registraron los signos vitales de las mujeres cada dos horas en el postparto? (Clínica)

Sí	No
87	32

Cuadro 2. ¿Fueron las mujeres atendidas en lapsos de menos de una hora a contar del ingreso al establecimiento médico? (Gestión)

Sí	No
94	25

En el Cuadro 1, el criterio del establecimiento era registrar los signos vitales de las mujeres cada dos horas; en el Cuadro 2, las normas del establecimiento preveían que las mujeres fueran atendidas dentro de un lapso de una hora a partir del momento del ingreso. El resultado de esta simple verificación puede conducir a que usted analice más a fondo la situación de las mujeres comprendidas en las columnas “No”, para conocer las causas del incumplimiento de los criterios establecidos.

En lo concerniente a otras cuestiones, usted y su equipo pueden obtener una mejor idea de la situación al subdividir los datos en varias categorías. Por ejemplo:

Cuadro 3. Tiempo transcurrido entre el ingreso y la operación cesárea (Gestión y clínica)

Menos de 1 hora	1
1 a 2 horas	3
2 a 3 horas	9
3 a 4 horas	22
Más de 4 horas	17

Cuadro 4. Intervalo entre el pedido al banco de sangre y la recepción de la sangre (Gestión)

Menos de 1 hora	0
1 a 2 horas	1
2 a 3 horas	8
3 a 4 horas	2
Más de 4 horas	1

Tanto el Cuadro 3 como el Cuadro 4 muestran que en la mayoría de los casos, hay demora hasta que las pacientes reciben lo que necesitan. Al auditar usted esa situación, contribuirá a encontrar maneras de reducir las demoras introduciendo cambios de organización y acelerando los procedimientos necesarios para practicar operaciones cesáreas y administrar transfusiones sanguíneas.

Cuadro 5. Número de unidades de sangre existentes en el banco de sangre en un día determinado (Gestión)

A	5
B	4
AB	7
O	14
Total	30

Si un establecimiento no cuenta con estándares para los ejemplos que figuran en el Cuadro 5, cabe preguntar: ¿son esas existencias de sangre suficientes para un establecimiento médico de la magnitud del suyo?

9. Recomendaciones/plan de acción

Durante el análisis, usted y su equipo deberían intercambiar ideas sobre las comprobaciones efectuadas y considerar las opciones para mejorar la situación. Las comprobaciones, sumadas al conocimiento de la situación por parte de su equipo, bastan por lo general para suscitar varias ideas de mejora. Las recomendaciones podrían incluir capacitar al personal participante, desde los encargados de la limpieza hasta los médicos, establecer nuevos sistemas para pedir o distribuir medicamentos, preparar nuevas listas del personal de guardia para mejorar la provisión de servicios 24/7 (24 horas diarias, siete días a la semana), eliminar las etapas innecesarias en la preparación de pacientes que se someten a operaciones quirúrgicas, manejar los desperdicios utilizando códigos de colores, establecer nuevos patrones de circulación a través de la sala de trabajo de parto y la sala de parto, y otros ejemplos análogos.

Por ejemplo, a raíz de una operación de auditoría se comprueba que la demora media para practicar una operación cesárea es de 6 horas. En el Recuadro 11 se propone un hipotético plan de acción.

Recuadro 11. Ejemplo de un plan de acción para reducir la demora en practicar una operación cesárea				
Problemas	Causas	Recomendaciones	Encargado de llevarlas a la práctica	Momento
El quirófano no está preparado	El encargado del quirófano no está de guardia las 24 horas del día	Disponer de llaves del quirófano por duplicado	Oficial médico encargado	Tan pronto como sea posible
No hay medicamentos de emergencia	Gestión incorrecta de las existencias	Capacitación en gestión de las existencias; medicamentos de emergencia disponibles de inmediato en el quirófano	Oficial médico encargado	En un lapso de 6 meses
No hay sangre	Nadie se encarga del banco de sangre por la noche	Prever personal de guardia 24/7	Patólogo	En un lapso de 6 meses

10. Ejecución del plan de acción

Una vez que usted y su equipo hayan adoptado decisiones con respecto a las recomendaciones a llevar a la práctica, los cambios deberían hacerse constar claramente por escrito y colocarse en un lugar donde el personal pueda tener acceso inmediato a la información. El equipo debería velar por que todo el personal

comprenda los nuevos procedimientos y las razones por las que se los aplica. El personal también debería saber a quién consultar cuando haya dudas sobre algo.

11. Repetición del ciclo de auditoría para evaluar el plan de acción

El propósito de la operación de auditoría es mejorar la calidad de la atención adoptando un conjunto de mejores prácticas en cuestiones clínicas, de gestión o de derechos humanos; como se suele decir, “asegurar que se haga lo que se debe y como se debe”. Para estar seguros de que hemos logrado mejorar las prácticas, es preciso que evaluemos los efectos del proceso de auditoría. Tal vez tengamos la impresión de que las prácticas han cambiado, pero es importante demostrar que realmente hubo cambios y documentar esos cambios de manera sistemática. Esta etapa de “reevaluación” es la última, que completa una operación de auditoría, y la primera que inicia un nuevo ciclo de auditoría.

En el ejemplo que ilustra el Recuadro 12, se compara el número de mujeres con eclampsia que recibieron sulfato de magnesio según la primera serie de evaluaciones de casos con el número de mujeres que lo recibieron según la segunda serie de evaluaciones de casos. Esto nos proporciona una medición objetiva de cómo ha cambiado una práctica obsoleta; también indica si se necesitan mejoras más a fondo y si se justificaría otro ciclo de auditoría.

Recuadro 12. Evaluación del cambio en el tratamiento de la eclampsia		
	PRIMERA EVALUACIÓN 1° de junio a 31 de agosto de 2002	REEVALUACIÓN 1° de septiembre a 30 de noviembre de 2002
Número de mujeres tratadas con sulfato de magnesio	0	14
Número de mujeres tratadas con diazepam	23	14

Por otra parte, una vez que se ha logrado y estabilizado una mejora (por ejemplo, después de tres meses), puede dejarse de auditar una determinada cuestión y escoger otro tema para auditar.

Capítulo 4 ¿Fue beneficiosa la operación de auditoría?

En el Capítulo 2 mencionamos tres razones principales para realizar una operación de auditoría: 1) mejorar la práctica clínica, 2) aprovechar más racionalmente los recursos y 3) elevar la moral y afianzar la motivación del personal. A continuación figuran ejemplos de comprobaciones que posibilitan evaluar si las intervenciones indicadas por la operación de auditoría han sido eficaces.

1. Mejorar la práctica clínica

El grado de eficacia de la operación de auditoría y de su plan de acción queda determinado por la introducción de cambios positivos y duraderos en el intervalo entre la evaluación inicial y la evaluación ulterior. Los resultados de una segunda serie de recopilación de datos pondrán de manifiesto si se logró mejorar la práctica clínica.

Durante reuniones regulares de examen, el personal debería intercambiar ideas sobre la manera en que la operación de auditoría ha afectado la respectiva práctica. ¿Han percibido una mejora en sus pacientes con eclampsia después de auditar la atención dispensada a esas pacientes? ¿Se sienten más alentados después de haber adoptado nuevas prácticas? Un intercambio de ideas de ese tipo debería poner en claro si los encargados de prestar servicios han observado cambios en las prácticas y si esos cambios han tenido buen efecto sobre la moral y la motivación.

Un efecto secundario natural de realizar una operación de auditoría es la mejora en los registros médicos; es difícil auditar algo en ausencia de buenos registros médicos. Si bien llevar registros no es, estrictamente, una práctica clínica, cuando hay deficiencias en esa tarea, en algunos casos es posible que se pongan vidas en peligro. Registrar los signos vitales de la paciente en determinados momentos, así como dejar constancia de qué medicamentos fueron administrados y qué procedimientos fueron practicados, es necesario para el buen curso de la paciente. Por ejemplo,

- Una enfermera toma los signos vitales pero no deja constancia de ellos. Debido a esta omisión, una paciente en shock hipovolémico no recibe tratamiento durante varias horas.
- Después de un tratamiento con sulfato de magnesio, una enfermera toma los signos vitales pero no deja constancia de ellos. Debido a esta omisión, la paciente recibe un tratamiento más enérgico que el necesario.
- Un médico administra un tratamiento pero no deja constancia al respecto. Un segundo médico repite el tratamiento porque ignora lo que hizo el primer médico. Esa paciente es medicada con exceso.

La omisión de la constancia de hechos clínicos en la historia clínica de una paciente también puede redundar en que no se perciban las mejoras en el tratamiento y sus resultados. Cuando no se han dejado las debidas constancias, tal vez un problema pase inadvertido. Esto ocurre no sólo con los registros de las pacientes, sino

también con sistemas como la logística de reposición de medicamentos, cuando el personal no registra los que se van consumiendo. Por consiguiente, la mejora de los registros médicos tras efectuar operaciones de auditoría es sumamente beneficiosa.

2. Aprovechar más racionalmente los recursos limitados

Al seguir la pista a los costos en el comienzo y el final del ciclo de auditoría se pondrá en evidencia si usted ha utilizado más eficientemente los recursos: por ejemplo, al comparar el costo de proporcionar gentamicina en lugar de ampicilina, que es más cara. O puede darse el caso de que el personal utilice más eficazmente su tiempo si ya no practica intervenciones innecesarias, como la episiotomía de rutina. Otras estrategias de reducción de costos surgidas de una auditoría podrían ser una disminución en el número de operaciones cesáreas después de introducir el uso del Partograma o tras auditar las indicaciones para practicar dichas operaciones (Lennox y otros 1998). También es posible economizar recursos si se reemplaza el procedimiento de dilatación y curetaje con la aspiración manual endouterina, para el tratamiento del aborto incompleto (Johnson y otros 1993).

3. Elevar la moral y afianzar la motivación del personal

Para determinar si la operación de auditoría ha tenido efectos sobre la moral y la motivación del personal, deben utilizarse técnicas de encuesta, “grupos focales” o entrevistas a fondo. Hay numerosas publicaciones y manuales que explican esas técnicas, de modo que no se las considerará en este libro⁷. Si al repetir el ciclo de auditoría se pone en evidencia el cambio buscado, lo probable es que el proceso haya elevado la moral del personal. Si no puede comprobarse ningún cambio, tal vez la moral del personal sea un factor contribuyente a la falta de adelanto.

Los indicadores de motivación pueden evaluarse indirectamente consultando los materiales educacionales, guías o protocolos distribuidos durante cursos de capacitación que se imparten a raíz de la operación de auditoría. Cuando los protocolos han sido consultados con gran frecuencia y están en ubicaciones accesibles en el lugar de trabajo, esa situación trasunta una buena motivación para utilizarlos. Es posible definir los indicadores del grado de satisfacción en el empleo y seguirles la pista, por ejemplo:

- Ausentismo y llegada tarde al lugar de trabajo
- Reconocimiento individual a quienes han tenido un buen desempeño
- Declaraciones indicativas de que se dispone de equipo, suministros o medicamentos
- Declaraciones indicativas de que son adecuados el alumbrado, el espacio disponible, el grado de privacidad o los vehículos existentes
- Registros bien llevados y notas sobre los casos correctamente preparadas
- Identificación de cada agente de salud con la institución.

Los ciclos de auditoría sobre determinados temas deben pasar a formar parte de un sistema continuo de control de calidad en el establecimiento de salud. Algunos aspectos deben ser auditados continuamente (como la prevención de infecciones o

⁷ Véanse Ulin y otros, 2002; Debus, 1986; Fisher y otros, 1991.

las indicaciones para practicar operaciones cesáreas), mientras que otros tal vez no requieran una tercera o cuarta serie de operaciones de auditoría (como el uso correcto de un nuevo protocolo sobre dosis de medicamentos); una vez que el personal ha aprendido el nuevo protocolo, sólo es preciso auditarlo de tanto en tanto.

Recuerde . . .

**Un establecimiento que está
auditando continuamente algún
aspecto particular de sus servicios
es un establecimiento
comprometido a mejorar la calidad
de sus servicios.**

Bibliografía

1. AVSC International [EngenderHealth]. Infection Prevention Multimedia Package Training CD Rom and Reference Booklet, AVSC International, Nueva York, Nueva York, 2000.
2. Baskett TF & Sternadel J. Maternal intensive care and near miss mortality in obstetrics. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1998; 105, 981-984.
3. Benbow A, Maresh M. "Reducing maternal mortality: reaudit of recommendations in reports of confidential inquiries into maternal deaths." *BMJ*. 1998; 317:1431-1432.
4. Benbow A, Semple D, Maresh M. *Effective Procedures in Maternity Care Suitable for Audit*. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists Clinical Audit Unit, Londres, 1997.
5. Beracochea E, Vince J. "Criteria Audit: Making Use of Existing Data." *Papua New Guinea Med J*. 1993; 36(2): 126-135.
6. Burnett A, Winyard G. "Clinical audit at the heart of clinical effectiveness." *J Qual Clin Practice*. 1998; 18:3-19.
7. Crombie I, Davies H, Abraham S, Florey C (editores.) *The audit handbook. Improving health care through audit*. Nueva York: John Wiley & Sons. 1997.
8. Debus M. *Methodological review: a handbook for excellence in focus group research*. Academy for Educational Development, Washington D.C., 1986.
9. Department of Health and Social Security. *Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in England and Wales 1976-1978*. Londres: Dept. de Salud y Seguridad Social (Reino Unido); 1982.
10. Departamento de Salud, Sudáfrica. *First interim report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa*. National Committee on Confidential Enquiries into Maternal Deaths. Abril de 1998.
11. Donabedian A. *The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis*. Ann Arbor, Health Administration Press, 1985.
12. Dyke T. "Can medical audit be practiced in district hospitals in Papua New Guinea?" *Papua New Guinea Med J*. 1993; 36(2):114-119.
13. Eclampsia Trial Collaborative Group. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence gathered from the Collaborative Eclampsia Trial. *Lancet*. 1995; junio 10: 1455-63.

14. El-Negeh MM, Heuchk C, Kallner A, Maynard J. *Quality System for Medical Laboratories*, WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series, No. 14, 1995.
15. EngenderHealth & AMDD. *Emergency Obstetric Care: Leadership Manual for Improving the Quality of Services*. Documento de trabajo, enero de 2002.
16. EngenderHealth & AMDD. *Emergency Obstetric Care: Toolbook for Improving the Quality of Services*. Working Draft, enero de 2002.
17. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* 3rd edition. Oxford, Oxford University Press 2000.
18. Filippi V, Gandaho T, Ronsmans C, Graham W, Alihonou E. The 'near-misses': are life-threatening complications practical indicators for Safe Motherhood programmes? Ponencia presentada a un seminario de la IUSSP sobre enfoques innovadores para la evaluación de la salud reproductiva, Manila, Filipinas, 24 a 27 de septiembre de 1996.
19. Fisher A, Laing J, Stoeckel J, Townsend J. *Handbook for family planning operations research design*. 2nd edition. The Population Council, Nueva York NY, 1991.
20. Freedman L. "Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy." *Int J Gynec Obstet.*, 2001; 75: 51-60.
21. Gibbs WN, Britten AFH (editores). *Guidelines for the Organisation of a Blood Transfusion Service*, 1992, ISBN 92 4 154445 7.
22. Graham W, Wagaarachchi P, Penney G, McCaw-Binns A, Yeboah K, Hall M. "Criteria for Clinical Audit of the Quality of Hospital-based Obstetric Care in Developing Countries." *Bulletin of the WHO*. 2000; 78(5): 614-620.
23. Halligan A, Taylor D. "Achieving best practice in maternity care." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1997; 104:873-875.
24. Hollán SF, Wagstaff W, Leikola J, Lothe F (editores) *Management of Blood Transfusion Services*, 1990, ISBN 92 4 154406 6.
25. Houang L, El-Nageh M.M. *Principles of Management of Health Laboratories*, WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series, No. 3, 1993.
26. Hulton L, Matthews Z, William Stones R. *A framework for the evaluation of quality of care in maternity services*. University of Southampton, 2000.
27. JHPIEGO & AMDD. *Emergency Obstetric Care: Course Handbook for participants and Course Notebook for Trainers*. Baltimore, Maryland, mayo de 2002.

28. Johnson B, Benson J, Bradley J, Rábago Ordóñez A. "Costs and Resource Utilization for the Treatment of Incomplete Abortion in Kenya and Mexico." *Soc. Sci. Med.* 1993; 36(11): 1443-1453.
29. Lennox CE, Kwast BE, Farley TM. "Breech labor on the WHO partograph." *Int J Gynec Obstet.*, 1998; 62(2): 117-127.
30. Maher D. "Clinical Audit in a Developing Country." *Tropical Med & International Health.* 1996; 1(4): 409-413.
31. Mancey-Jones M, Brugha R. "Using Perinatal Audit to Promote Change: A Review." *Health Policy and Planning.* 1997; 12(3): 183-192.
32. Mantel GD, Buchmann E, Rees H & Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition of a near miss. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 1998; 105: 985-990.
33. Marshall M, Buffington S. *Life Saving Skills for Midwives.* ACNM, Washington D.C., 1998.
34. McIlwaine G. *Confidential enquiries into maternal death.* In: *Qualitative approaches for investigating maternal deaths.* Geneva: World Health Organization. 2000. En prensa.
35. Murphy D, Liebling R, Verity L, Swingler R, Patel R. "Early maternal and neonatal morbidity associated with operative delivery in second stage of labour: a cohort study." *Lancet.* 2001; 358(9289): 1203-07.
36. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives. *Towards Safer Childbirth: Minimum Standards for the Organisation of Labour Wards. Report of a Joint Working Party,* febrero de 1999.
37. Ronsmans C. What is the evidence for the role of audits to improve the quality of obstetric care?. *Studies in Health Services Organisation and Policy,* 17, 2001, 207-227.
38. Ulin P, Robinson E, Tolley E, McNeill E. *Qualitative methods: A field guide for applied research in sexual and reproductive health.* Family Health International, Research Triangle Park, North Carolina, Estados Unidos de América; 2002.
39. UNICEF Bangladesh. Reproductive Health Programme, Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Government of the People's Republic of Bangladesh. Protocol for Women Friendly Hospital.
40. UNICEF/WHO/UNFPA *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services,* UNICEF, Nueva York, 1997.

41. Wagaarachchi P, Graham W, Penney G, McCaw-Binns A, Yeboah Antwi K, Hall M. "Holding up a mirror: changing obstetric practice through criterion-based clinical audit in developing countries." *Int J Gynec Obstet*. 2001; 74:119-130.
42. Wagaarachchi P, Asare K, Ashley D, Gordon G, Graham W, Hall M, Henneh R, McCaw-Binns A, Penney G, Yeboah Antwi K, Bullough C. "Improving the Quality of Obstetric Care in Developing Countries through Criterion-Based Clinical Audit: A Practical Field Guide." Dugald Baird Centre for Research on Women's Health, University of Aberdeen, 2002.
43. Watters D. "Quality Assurance in Surgery: Surgical Audit in the Developing World." *Papua New Guinea Med J*. 1993; 36(2):120-125.
44. WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (IMPAC)*. World Health Organization, Ginebra, Suiza, 2000, WHO/RHR/00.7
45. WHO. *Guidelines for Quality Assurance Programmes for Blood Transfusion Services*, 1993, ISBN 92 4 154448 1.

ANEXO 1

	Estándares auditables⁸	Fuente
1	Existe un comité permanente para la sala de trabajo de parto	RCOG MSL
2	Se dispone de guías y protocolos para la atención del parto	RCOG OSMS
3	Debe hacerse constar la fecha en que se establecieron esas guías, las cuales deben ser revisadas al menos cada 3 años	RCOG OSMS
4	La supervisión de médicos consultores para la sala de trabajo de parto debería ser como mínimo de 40 horas, salvo cuando en la sala se atienden menos de 1.000 alumbramientos por año	CNST
5	Los niveles de dotación de personal principiante dependerán de las oportunidades de capacitación	RCOG Higher Training Committee
6	La dotación de personal de parteras debería posibilitar una proporción de 1,15/1 partera/mujer en casos de trabajo de parto normal	Audit Commission
7	Alternativamente, un 75% de las mujeres deberían ser atendidas por la misma partera durante todo el trabajo de parto	RCOG OSMS
8	Debería haber pruebas documentadas de la visita de un consultor a la sala al menos dos veces durante el día y una vez al finalizar el día	RCOG MSL
9	Debería haber pruebas documentadas de que se establece contacto con el médico consultor antes de practicar una operación cesárea de emergencia o cuando el estado de una paciente es motivo de preocupación	RCOG MSL
10	De los partos complicados, un 10% debería ser atendido por un médico consultor	RCOG OSMS
11	Es necesario auditar la dotación de personal médico en las salas de trabajo de parto	RCOG OSMS
	a) Un médico con al menos 12 meses de experiencia debe ser residente en la sala de trabajo de parto o acudir en menos de 5 minutos	
	b) Un médico con al menos 3 años de experiencia obstétrica debe acudir en menos de 30 minutos	
12	Es preciso auditar la cobertura de anestesia	RCOG OSMS
	a) Un anestesista con al menos un año de experiencia debe acudir en menos de 10 minutos	

⁸ Reimpreso con la autorización del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) y Royal College of Midwives (RCM), Anexo 4 de *Towards Safer Childbirth Minimum Standards for the Organisation of Labour Wards*.

Estándares auditables

Fuente

	b) El tiempo que tarda en acudir un anestésista debe posibilitar que comience una operación cesárea dentro de los 30 minutos siguientes a la decisión de operar	
	c) Antes de un procedimiento electivo, todas las mujeres que necesitan conducción o anestesia general deben recibir la visita del anestésista	
	d) Debe ofrecerse un bloqueo regional a más del 80% de las mujeres en quienes se practica una operación cesárea, suponiendo que quienes reciban esa oferta la aceptarán	
	e) Un médico consultor identificado debe ser responsable de asegurar el respeto a los estándares de analgesia obstétrica y resucitación	
	f) Es preciso “ejercitar” al personal para que responda a las emergencias obstétricas agudas	
13	Es preciso dejar constancia de los siguientes hechos:	
	Operaciones cesáreas de emergencia, incidencia e indicaciones	OQIRD
	Porcentaje de trabajo de parto que dura más de 18 horas	OQIRD
	Índice de Apgar, menor de 7 a los 5 minutos	OQIRD
	Necesidad de resucitar al recién nacido	OQIRD
	Ingresos a servicios especiales de recién nacidos con peso superior a 2,5 kg	OQIRD
	Alumbramiento de un feto muerto	OQIRD
	Incidencia de la hemorragia primaria de postparto	RCOG OSMS
	Total de partos	RCOG OSMS
	Parto inducido, indicaciones y resultados	RCOG OSMS
	Aumento del trabajo de parto	RCOG OSMS
	Tasa de partos instrumentados: ventosas, fórceps	RCOG OSMS
	Tasa de operaciones cesáreas electivas e indicaciones	RCOG OSMS
	Tasa de episiotomía	RCOG OSMS
	Tasa de anestesia epidural	RCOG OSMS
	Tasa de amamantamiento	RCOG MSL
	Porcentaje de partos complicados atendidos por médico consultor	
14	Cada seis meses, todo el personal clínico que participa en la atención del trabajo de parto debería asistir a cursos de repaso sobre atención del trabajo de parto/cardiocografía (CTG) (organizados localmente). La asistencia del personal debería constar en un libro	RCOG MSL
15	Debería organizarse un examen semanal de los casos atendidos en la sala trabajo de parto y CTG; deberían concurrir a ese examen tanto médicos como parteras	RCOG MSL
16	Los locales del pabellón de trabajo de parto deberían satisfacer estándares apropiados; también debería disponerse de locales para padres y madres en duelo	RCOG OSMS

Fuentes

CNST Clinical Negligence Scheme for Trusts

- OQIRD Obstetric Quality Indicators from Routine Data. King's Fund Comparative Initiative (1997). CASPE.
- RCOG MSL Minimum Standards of Care in Labour 1994
- RCOG OSMS Organisational Standards for Maternity Services (1995)

ANEXO 2

Auditoría de cuestiones de derechos humanos

Tradicionalmente, las operaciones de auditoría médica se han centrado en procedimientos clínicos y de tratamiento. Desde el punto de vista operacional, las operaciones de auditoría clínica basada en criterios tienden a examinar en qué medida los encargados de prestar servicios se atienen a los protocolos o guías establecidos, y comparar el estándar ideal con la prestación real de un determinado servicio. Como hemos recomendado en este libro, en la etapa preparatoria el equipo de auditoría debe seleccionar un tema, producir estándares sobre la base de los cuales elaborar criterios concretos y auditables y diseñar formularios para la recopilación de datos en forma acorde con dichos criterios. Seguidamente, los recolectores de datos examinan los registros a fin de determinar si se respetaron los criterios.

Si bien en la atención clínica la competencia profesional es muy importante, tenemos conciencia de que la atención obstétrica de emergencia entraña mucho más que pericia técnica. Dado que nos preocupa por igual *cómo* hacemos las cosas y *qué* hacemos, hemos ampliado el alcance de la auditoría basada en criterios para posibilitar el examen de los principios de derechos humanos en el ámbito clínico, así como aspectos de la atención atinentes a la gestión. No obstante, la manera en que procedemos al respecto probablemente se ha de apartar de la metodología tradicional descrita brevemente en el primer párrafo.

Las cuestiones son:

- ¿Hay estándares que pueden fundamentar criterios auditables?
- ¿Están esos estándares basados en hechos científicamente comprobados?
- ¿Cómo se ha de medir concretamente una abstracción, como el concepto de dignidad humana?, es decir, ¿cuáles son los criterios?
- ¿Cómo se han de recopilar los datos?

El componente esencial de una operación de auditoría basada en criterios es un conjunto de estándares basados en hechos científicamente comprobados; de esos estándares se derivan los criterios. Los propios derechos humanos son “estándares que han sido negociados y aceptados por los gobiernos con carácter de obligatorios para ellos y sus países” (Freedman 2001). Esos estándares figuran en tratados y convenciones internacionales (véase el Recuadro 3); los principios y valores básicos de un enfoque de derechos humanos abarcan la no discriminación y el trato con dignidad a todas las personas.

El análisis de los derechos humanos en ámbitos clínicos se ha desarrollado más cabalmente en relación con los servicios de planificación de la familia. Si bien algunos de esos mismos principios son aplicables a programas de reducción de la mortalidad materna, otros son privativos de esos últimos programas, como por ejemplo, proporcionar acceso durante 24 horas al día a servicios que pueden salvar vidas.

Una Carta de los derechos de la paciente es un concepto bastante nuevo, incluso en los países industrializados, pero si su país cuenta con una Carta de ese tipo, los principios básicos del documento pueden ser una buena fuente de estándares nacionales. Lo más probable es que los Ministerios de Salud o los establecimientos de salud individuales carezcan de un conjunto de estándares por escrito en que se reflejen los principios de derechos humanos en la atención general de la salud; esa carencia es mucho más probable en lo concerniente a la atención obstétrica de emergencia. Así, la falta de estándares puede ser un problema.

Cuando no hay estándares, recomendamos que el equipo de auditoría, o un subgrupo de ese equipo, se reúna y trate de elaborar y definir dichos estándares. Como si el reto de establecer estándares no fuera suficiente, otro reto es reflejar el concepto teórico de “dignidad humana” en criterios, es decir, en algo concreto, observable y computable. Ofrecemos algunos ejemplos en el Anexo 4, *De los estándares a los criterios – Ejemplos*.

Dos atributos de la dignidad son la privacidad y el respeto, pero ¿qué constituye una infracción a la privacidad o un signo de falta de respeto? La respuesta puede variar mucho en diferentes contextos culturales. Debido a dicha variación cultural, es importante que los estándares y los criterios se determinen localmente.

Los estándares universales de no discriminación y trato con dignidad a las personas proporcionan un buen punto de partida, pero ¿se basan en “hechos comprobados”? Si son aceptados universalmente, ¿no los coloca esa aceptación en un plano óptimo ideal?

Al llevar a cabo una operación de auditoría basada en criterios en relación con un tema clínico, una fuente primordial de información son los registros de las pacientes y los libros de entradas y salidas y otras constancias que se llevan en el establecimiento de salud. Sin embargo, no es probable que en los registros de pacientes conste si se infringió el derecho de una mujer a su privacidad o se corrió una cortina. Para recoger la información necesaria, tal vez se necesite recurrir a otros dos métodos: observación y/o entrevistas, con la paciente y/o su familia. Por consiguiente, el equipo de auditoría deberá planificar que uno o más observadores capacitados acompañen a las pacientes y observen los comportamientos o criterios indicados en la planilla de recopilación de datos.

Cuando se trata de determinar si se satisfacen otros tipos de criterios, tal vez lo mejor sea entrevistar a los encargados de prestar servicios, las pacientes o las familias de las pacientes.

En algunos casos, los registros relativos a las pacientes contendrán la información necesaria. Por ejemplo, si un equipo de auditoría opta por considerar la discriminación y el grado de acceso a la AOE, los registros de pacientes pueden contener información sobre grupo étnico, nivel educacional, o residencia urbana/rural (véase el ejemplo de no discriminación en el Anexo 4, en correspondencia con Estándares de derechos humanos) para determinar si la composición del grupo de pacientes atendidas en el establecimiento es análoga a la de la población a cuyo servicio está.

La gama de temas auditables es amplia. En este libro hemos tratado de utilizar ejemplos relacionados directamente con la atención obstétrica de emergencia. Aun cuando el ejemplo de intervenciones innecesarias es una excepción, la justificación de algunas prácticas como la episiotomía de rutina o el rasurado habitual del vello público no se basa en hechos comprobados y a menudo tales prácticas son desagradables para las mujeres. Las intervenciones innecesarias y el comportamiento irrespetuoso con respecto a las pacientes y sus familias pueden contribuir a que las mujeres no utilicen suficientemente los servicios o titubeen en acudir a solicitarlos a tiempo. Desde el punto de vista de la gestión, las intervenciones innecesarias dan pruebas de un aprovechamiento irracional de los recursos y esto tiene importantes repercusiones en cuanto a la racionalidad fiscal del sistema de salud pública.

Desearíamos destacar que los derechos humanos atañen no sólo a la clienta individual o a la población de pacientes y sus familias, sino también al personal que trabaja en los establecimientos. Si no se trata al personal con dignidad y respeto, ¿cómo puede esperarse que éste trate a las pacientes con dignidad y respeto? Los establecimientos de atención de la salud suelen estar agobiados por arduos problemas de poder, rango y jerarquía (profesional, de clase, de género y social), que afectan por igual a la sociedad en general (Freedman 2001). Cuando los encargados de prestar servicios no perciben su sueldo, trabajan sin contrato o en ámbitos carentes de medicamentos o equipo, no puede esperarse que la atención que dispensan sea de alta calidad.

Finalmente, la auditoría basada en criterios no es la única metodología que puede utilizarse para abordar los principios de derechos humanos en un ámbito clínico. El proceso de Mejora de la Calidad (QI) descrito en la obra *Emergency Obstetric Care: Leadership Manual for Improving the Quality of Services* y la obra correlativa *Toolbook for Improving the Quality of Services*, publicaciones preparadas por EngenderHealth y AMDD, incluyen un Marco de derechos en lo concerniente a la calidad de la atención obstétrica de emergencia. También se consideran los derechos de las pacientes y los encargados de prestar servicios (pág. 25 del *Leadership Manual*). El proceso de QI está integrado por una serie de etapas muy similares a las del ciclo de auditoría: recopilar y analizar la información; preparar un plan de acción; llevar a la práctica las soluciones; y examinar y evaluar el progreso. Una ventaja de la auditoría es que se trata de un proceso sistemático en un contexto de objetividad, resultante de fijar estándares y asignar criterios. Además, el ciclo de auditoría puede poner de manifiesto problemas que estuvieron ocultos hasta después de la iniciación del proceso.

ANEXO 3

Definiciones clínicas de trabajo

Complicación obstétrica grave	Definiciones de la FIGO
<p>Hemorragia de parto</p> <p>de postparto</p>	<p>Toda pérdida de sangre antes y durante el trabajo de parto y durante éste: placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de sangre que requiere tratamiento (provisión de líquidos por vía endovenosa y/o transfusión de sangre); • Retención de la placenta; • Pérdida copiosa de sangre debida a laceraciones (vaginales y cervicales).
<p>Trabajo de parto prolongado/obstruido</p>	<p>Esto es distocia (trabajo de parto anormal) y abarca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prolongación de la primera etapa del trabajo de parto (>12 horas) • prolongación de la segunda etapa del trabajo de parto (>1 hora después de la segunda etapa activa) • DCP (desproporción céfalo-pélvica), posición transversa, presentación de frente o de cara. <p>Si se ha desgarrado la cicatriz en una mujer que fue objeto de operación cesárea previa, y ella necesita nuevamente una cesárea, la DCP es una complicación. Una mujer que fue objeto de operación cesárea debido al sufrimiento fetal, se registra como paciente de cesárea, pero no como complicación de la maternidad.</p>
<p>Sepsis de postparto</p>	<p>Una mujer tiene fiebre (38° C o más alta) durante más de 24 horas después del parto, comprobada en dos ocasiones a intervalos de 4 horas. Pueden estar presentes otros signos y síntomas: dolor en el bajo vientre, descarga vaginal purulenta y maloliente (loquia), útero dolorido. (Es preciso excluir la posibilidad de paludismo).</p>
<p>Complicaciones del aborto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia debida al aborto que requiere resucitación con líquidos por vía endovenosa y/o transfusión sanguínea • Sepsis debida al aborto (incluye perforación y absceso pélvico).
<p>Preeclampsia grave</p> <p>Eclampsia</p>	<p>Presión sanguínea diastólica 110 mmHG o más, después de 20 semanas de gestación. Proteinuria 3+ o superior. Diversos signos y síntomas: dolor de cabeza, hiperflexia, visión borrosa, oliguria, dolor en el epigastrio, edema pulmonar.</p> <p>Convulsiones. Presión sanguínea diastólica 90 mmHG o más, después de 20 semanas de gestación. Proteinuria 2+ o superior. Diversos signos y síntomas: coma y otros signos y síntomas de preeclampsia grave.</p>
<p>Embarazo ectópico</p>	<p>Sangrado interno debido a un embarazo extrauterino. Dolor en el bajo vientre y posibilidad de shock debido a hemorragia interna. Historia de embarazo.</p>
<p>Desgarramiento de útero</p>	<p>Desgarramiento de útero con una historia de trabajo de parto prolongado/obstruido y cesación abrupta de las contracciones uterinas. Abdomen dolorido. La paciente puede estar en shock debido a hemorragia interna y/o vaginal.</p>

ANEXO 4

DE LOS ESTÁNDARES A LOS CRITERIOS – EJEMPLOS

En esta sección indicamos cómo puede usted formular criterios objetivos a partir de estándares. Aun cuando se proporcionan varios criterios, seleccione no más de 4 ó 5, a menos que usted esté planificando una operación de auditoría integral (y costosa).

Estándares clínicos → Criterios clínicos

En la mayoría de los casos, los estándares clínicos utilizados se adaptaron de las siguientes publicaciones:

- WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (IMPAC)*;
- Enkin M y otros. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*.

Eclampsia	
Estándares	Criterios
<ul style="list-style-type: none">• Debe administrarse tratamiento antihipertensivo a las pacientes que sufren hipertensión grave.	<ul style="list-style-type: none">• La paciente recibió tratamiento con sulfato de magnesio, de conformidad con el protocolo.
<ul style="list-style-type: none">• El medicamento de elección para tratamiento y profilaxis de ataques es el sulfato de magnesio; el diazepam es la segunda opción.	<ul style="list-style-type: none">• La paciente recibió tratamiento con diazepam, de conformidad con el protocolo.
<ul style="list-style-type: none">• Cuando se emplea sulfato de magnesio, es preciso monitorear la respiración y los reflejos tendinosos.	<ul style="list-style-type: none">• Se monitorearon y registraron la respiración y los reflejos tendinosos.
<ul style="list-style-type: none">• Se debe mantener un diagrama del equilibrio de líquidos en el parto y el parto.	<ul style="list-style-type: none">• Se mantuvo un diagrama del equilibrio de líquidos.
<ul style="list-style-type: none">• Es preciso vigilar los signos vitales, los reflejos y el corazón fetal cada hora.	<ul style="list-style-type: none">• Se observaron y registraron al menos cada hora los signos vitales y el latido del corazón del feto.
<ul style="list-style-type: none">• Debe efectuarse al menos una vez una investigación hematológica y renal• Tiempo de sangrado• Tiempo de coagulación• Recuento de plaquetas.	<ul style="list-style-type: none">• Se midieron y registraron el tiempo de sangrado, el tiempo de coagulación y el recuento de plaquetas.
<ul style="list-style-type: none">• Es necesario detectar si hay albúmina en la orina.	<ul style="list-style-type: none">• Se realizó y registró la detección de albúmina en la orina.
<ul style="list-style-type: none">• Debe vigilarse la presión sanguínea y el volumen de orina evacuada durante al menos 48 horas después del parto.	<ul style="list-style-type: none">• Se verificó la presión sanguínea al menos cada 2 horas durante las 48 horas posteriores al parto.• Se midió el volumen de orina evacuada durante las 48 horas posteriores al parto.
<ul style="list-style-type: none">• El parto debe ocurrir dentro de las 12 horas posteriores al comienzo de las convulsiones.	<ul style="list-style-type: none">• El tiempo transcurrido entre el comienzo de las convulsiones y el parto se registró y fue inferior a 12 horas.

Sepsis puerperal	
Estándares	Criterios
<ul style="list-style-type: none"> • Debe tratarse con antibióticos de amplio espectro administrados por vía endovenosa y metronidazol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se administraron antibióticos de amplio espectro. • Se administró metronidazol.
<ul style="list-style-type: none"> • Si se sospecha la retención de productos, debe explorarse para encontrar posibles fragmentos de placenta, que deben ser extraídos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó una exploración manual endouterina y se dejó constancia de los hallazgos.
<ul style="list-style-type: none"> • De no haber mejoras, practíquese una laparotomía para el drenaje del pus o el lavado peritoneal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si se practicó una laparotomía, se dejó constancia de las indicaciones.
<ul style="list-style-type: none"> • La cartilla en que se registraron las observaciones debe incluir: volumen de orina evacuada, pulso, presión sanguínea, temperatura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los signos vitales se tomaron y registraron regularmente. • Se midió y registró el volumen de orina evacuada.

Aborto séptico	
Estándares	Criterios
<ul style="list-style-type: none"> • Debe tratarse con antibióticos por vía endovenosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se administraron antibióticos por vía endovenosa.
<ul style="list-style-type: none"> • Debe tratarse con toxoide tetánico (inyección inicial o de refuerzo). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se administró toxoide tetánico.
<ul style="list-style-type: none"> • Si se sospecha que hay productos retenidos, es preciso explorar y evacuar el útero. 	<ul style="list-style-type: none"> • El útero fue evacuado mediante aspiración manual endouterina.
<ul style="list-style-type: none"> • Debe verificarse la hemoglobina. Si la paciente es anémica y tiene absceso pelviano, considérese la posibilidad de una transfusión sanguínea. 	<ul style="list-style-type: none"> • La hemoglobina fue medida y registrada • Si se practicó una transfusión sanguínea, se dejó constancia de la indicación.
<ul style="list-style-type: none"> • Si se ha lesionado un órgano a raíz de un aborto realizado en malas condiciones, se debe reparar la lesión mediante una laparotomía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si se practicó una laparotomía, se dejó constancia por escrito de la indicación.

Trabajo de parto obstruido	
Estándares	Criterios
<ul style="list-style-type: none"> • Debe rehidratarse sin tardanza administrando líquidos por vía endovenosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se administraron a la paciente líquidos por vía endovenosa.
<ul style="list-style-type: none"> • Debe tratarse de inmediato con antibióticos de amplio espectro por vía endovenosa o intramuscular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se administraron a la paciente antibióticos de amplio espectro.
<ul style="list-style-type: none"> • Insértese un catéter en la vejiga y vigílese el volumen de orina evacuada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se vigiló y registró el volumen de orina evacuada.
<ul style="list-style-type: none"> • Debe verificarse la hemoglobina, tipificarse la sangre y efectuarse una verificación cruzada de la compatibilidad sanguínea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se midió y registró la hemoglobina; se tipificó la sangre, se verificó su compatibilidad, y se dejó constancia.

<ul style="list-style-type: none"> • En función del grado de obstrucción y de si el feto está vivo o muerto, es preciso optar o bien por parto vaginal, o bien por vía abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se dejó constancia de la razón de optar por una vía de parto, en función de la condición de la paciente y del feto.
<ul style="list-style-type: none"> • Una vez que se haya practicado la resucitación, en función de la evaluación obstétrica se debe acelerar el parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se aplicaron y registraron medidas de resucitación antes del parto.
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe observar la temperatura, el pulso, la presión sanguínea, la respiración y el volumen de orina evacuada, cada 15 a 30 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se midieron y registraron los signos vitales cada 15 a 30 minutos.

Hemorragia de preparto	
Estándares	Criterios
<ul style="list-style-type: none"> • Es necesario examinar el abdomen para diferenciar entre signos y síntomas de placenta previa o signos y síntomas de desprendimiento prematuro de la placenta (hemorragia accidental de preparto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se dejó constancia de los hallazgos del examen abdominal.
<ul style="list-style-type: none"> • Es necesario examinar la vulva para comprobar el volumen de sangre perdida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se tomó nota y dejó constancia de la sangre perdida por vía vaginal.
<ul style="list-style-type: none"> • NO DEBE PROCEDERSE A UN EXAMEN VAGINAL hasta que se haga un diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se dejó constancia de que no se había efectuado un examen vaginal, por la posibilidad de placenta previa.
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe rehidratar sin tardanza administrando líquidos por vía endovenosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se administraron a la paciente líquidos por vía endovenosa.
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe verificar la hemoglobina, la tipificación y la compatibilidad de la sangre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se midió la hemoglobina y se dejó constancia; se verificó la tipificación de la sangre y su compatibilidad y se dejó constancia.
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe verificar el tiempo de sangrado y el tiempo de coagulación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se midieron y registraron el tiempo de sangrado y el tiempo de coagulación.
<ul style="list-style-type: none"> • Se deben verificar clínicamente el pulso y la presión sanguínea cada 15 a 30 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se midieron los signos vitales cada 15 a 30 minutos y se dejó constancia de los resultados.
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe verificar clínicamente el volumen de orina evacuada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se vigiló y dejó constancia del volumen de orina evacuada.
<p>En función del diagnóstico del tipo de hemorragia de preparto, la gravedad de la hemorragia y el período de gestación, es preciso decidir cuáles serán el momento y la vía del parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se dejó constancia de las razones para optar por una vía de parto.

Hemorragia de postparto	
Estándares	Criterios
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe masajear el útero para que se contraiga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se practicó el masaje del útero de la paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe controlar la pérdida sanguínea con medicamentos oxitócicos, administrados o bien por vía intramuscular (10 unidades de oxitocina) o bien por vía endovenosa (0,2 mg de ergometrina). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se administró a la paciente oxitocina (10 unidades por vía intramuscular) o ergometrina (0,2 mg por vía endovenosa).

<ul style="list-style-type: none"> • Se debe extraer sangre para verificar la hemoglobina, el grupo sanguíneo y la compatibilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se midió la hemoglobina y se dejó constancia; se tipificó la sangre, se determinó su compatibilidad y se dejó constancia.
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe comenzar la instilación por vía endovenosa de 20 unidades de oxitocina, a razón de 60 gotas por minuto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se administró oxitocina por vía endovenosa (20 unidades a razón de 60 gotas por minuto).
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe vaciar la vejiga con catéter. 	<ul style="list-style-type: none"> • La vejiga de la paciente fue cateterizada.
<ul style="list-style-type: none"> • Si la placenta no ha sido expulsada, trátase de extraerla mediante una tracción controlada del cordón umbilical (TCCU); de lo contrario, retírese manualmente, previa administración de sedantes a la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se intentó la tracción controlada del cordón umbilical. • En caso de falla de la tracción controlada del cordón umbilical, se procedió a la extracción manual de la placenta.
<ul style="list-style-type: none"> • Si la placenta es extraída y la pérdida de sangre continúa, procédase a una compresión bimanual externa o interna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si continuó la pérdida de sangre, se practicó una compresión bimanual externa o interna.
<ul style="list-style-type: none"> • Verifíquese si hay desgarramientos perineales, vaginales o cervicales, que deben suturarse de inmediato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fueron suturados los desgarramientos perineales, vaginales o cervicales.
<ul style="list-style-type: none"> • Si la paciente está en shock, debe excluirse la posibilidad de desgarramiento uterino. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fue examinado el útero para excluir la posibilidad de desgarramiento uterino.
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe continuar vigilando los signos vitales cada 15 a 30 minutos hasta que la paciente se haya estabilizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se midieron los signos vitales y se registraron cada 15 a 30 minutos.

Estándares de gestión → Criterios de gestión

Hay estándares para muchas cuestiones clave de gestión, pero en los casos en que no existan normas por escrito o no se las conozca, es posible que el equipo de auditoría deba formularlas. Las normas de gestión que se ofrecen acá fueron tomadas de la publicación *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (IMPAC)*.

La observación puede ser la mejor manera de recopilar datos sobre el cumplimiento de los criterios de gestión. Tal vez no haya registros verificables sobre la eliminación de instrumentos afilados o el lavado de lienzos sucios. Pero en algunos casos hay constancias por escrito. Lo probable es que se haya dejado constancia del número de unidades de sangre pedidas y del número realmente recibido; también es muy probable que haya constancias de las existencias de medicamentos.

Eliminación de instrumentos afilados (IMPAC, página C-20)	
Estándares	Criterios
<ul style="list-style-type: none"> Utilice cada aguja y cada jeringa sólo una vez. 	<ul style="list-style-type: none"> Las agujas y las jeringas se utilizan sólo una vez.
<ul style="list-style-type: none"> No desmonte la aguja y la jeringa después de su uso. 	<ul style="list-style-type: none"> El personal clínico no desmonta las agujas y las jeringas después de su uso.
<ul style="list-style-type: none"> No vuelva a colocar el sombrerete sobre la aguja después de utilizarla y no la doble ni la quiebre. 	<ul style="list-style-type: none"> El personal clínico no vuelve a colocar el sombrerete sobre las agujas después de su uso y no las dobla ni las quiebra.
<ul style="list-style-type: none"> Descarte las agujas y jeringas usadas en recipientes a prueba de perforaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> En todos los locales donde se usan agujas, hay fácil acceso a recipientes a prueba de perforaciones para descartar las agujas.
<ul style="list-style-type: none"> Impida que las agujas se vuelvan a utilizar, quemándolas. 	<ul style="list-style-type: none"> Se queman periódicamente las agujas y jeringas.

Disponibilidad de medicamentos (IMPAC, página A-1)	
Estándares	Criterios
<p>IMPAC proporciona una lista de medicamentos que deberían estar disponibles para la AOE. Esta lista abarca sólo dos categorías (antihipertensivos and anticonvulsivos), pero usted puede utilizar cualquier selección.</p> <p>Antihipertensivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hidralazina Labetolol Nifedipina <p>Anticonvulsivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sulfato de magnesio Diazepam Fenitoína 	<p>Para cada uno de los medicamentos enumerados usted puede determinar la cantidad disponible y la proporción que ha superado la fecha límite de expiración. La cantidad dependerá de la magnitud del establecimiento de salud.</p>

Banco de sangre	
Estándares	Criterios
<ul style="list-style-type: none"> El banco de sangre debe ser accesible en todo momento. 	<ul style="list-style-type: none"> El banco de sangre está en servicio 24/7. El banco de sangre está ubicado en el mismo edificio que el establecimiento de salud.
<ul style="list-style-type: none"> Debe haber un técnico siempre disponible. 	<ul style="list-style-type: none"> El técnico de guardia para emergencias duerme en el hospital.
<ul style="list-style-type: none"> Las existencias de todos los tipos de sangre son suficientes, habida cuenta de la magnitud del hospital 	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de unidades tipo A Cantidad de unidades tipo B Cantidad de unidades tipo AB Cantidad de unidades tipo O
<ul style="list-style-type: none"> La sangre almacenada debe estar libre de contaminación. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de unidades controladas, libres de: VIH Hepatitis B Sífilis Paludismo Porcentaje de donantes voluntarios y porcentaje de donantes profesionales.
<ul style="list-style-type: none"> La sangre almacenada es fresca. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de unidades en que se ha excedido la fecha de expiración.
<ul style="list-style-type: none"> El número de unidades de sangre pedidas debe ser igual al número de unidades recibidas. 	<ul style="list-style-type: none"> El número de unidades recibidas es el ...% del número de unidades pedidas.
<ul style="list-style-type: none"> El establecimiento debe promover actividades para motivar a donantes de sangre. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de actividades realizadas cada mes para motivar a los donantes.

Trole para emergencias	
Estándares	Criterios
<ul style="list-style-type: none"> El trole debería tener en todo momento: Linterna/lámpara portátil Bolsa Ambu Laringoscopio Agujas Jeringas Medicamentos de emergencia (especificar) 	<ul style="list-style-type: none"> Lista de verificación de los rubros descritos.

Estándares de derechos humanos → Criterios de derechos humanos

No discriminación y acceso a la AOE	
Estándares	Criterios
<ul style="list-style-type: none"> Los subgrupos de población (definidos en función de su raza o grupo étnico, clase o religión) deben tener igual acceso a servicios de AOE. 	<ul style="list-style-type: none"> De la población, un 30% son indios aymaras. Criterio: un 30% de las mujeres que reciben tratamiento por complicaciones posiblemente mortales son mujeres aymaras.
<ul style="list-style-type: none"> La población rural debe tener acceso a servicios de AOE. 	<ul style="list-style-type: none"> La población de un distrito es un 30% urbana y un 70% rural. Criterio: 30% de las mujeres que reciben tratamiento por complicaciones posiblemente mortales son residentes urbanas y 70% son campesinas.
<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres deben recibir tratamiento acorde con los mismos estándares de atención, sea cual fuere su nivel educacional, su clase social, su casta, su edad¹, su condición de seroprevalencia, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> El porcentaje de operaciones cesáreas es el mismo para mujeres con alto y con bajo nivel educacional. El personal nunca da prioridad a operaciones quirúrgicas electivas cuando hay una emergencia obstétrica.
<ul style="list-style-type: none"> No deben denegarse los servicios por falta de pago a ninguna mujer que corra peligro de muerte. 	<ul style="list-style-type: none"> Las pacientes atendidas por servicios de emergencia informan de que no tuvieron que pagar por dichos servicios.

¹ Hulton L. y otros, pág. 64.

Dignidad personal en el ámbito clínico	
Estándares	Criterios
<ul style="list-style-type: none"> • Debe respetarse la privacidad de la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los retretes son funcionales, están bien ubicados y están limpios. • En salas de trabajo de parto que puedan estar ocupadas por más de una mujer, se corren las cortinas que separan las camas. • En la sala de trabajo de parto y la sala de parto, las piernas de la mujer no están frente a una ventana o a una puerta.
<ul style="list-style-type: none"> • La proporción de hombres y mujeres en el personal debe ser aceptable para la mayoría de las mujeres¹. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de hombres y mujeres entre los médicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Las pacientes y sus familias deben tener acceso fácil a la información acerca del personal y la ubicación de las actividades (sala de espera, servicio de emergencia, habitaciones de pacientes, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Los locales del establecimiento están señalizados y las señales son comprensibles para las pacientes y sus familias.
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe proteger el carácter confidencial de la información sobre reacción seropositiva al VIH de las pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los nombres de las pacientes y su condición de seropositivas no son fácilmente accesibles al personal ni a las demás pacientes, sino que se mantienen en registros confidenciales. • No se habla de la seropositividad de pacientes individuales en ámbitos no profesionales.
<ul style="list-style-type: none"> • Siempre que sea posible, las pacientes deben proporcionar su consentimiento fundamentado (con conocimiento de causa) para los procedimientos de emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • El 100% de las mujeres fueron informadas de que se iba a practicar una histerectomía antes de esa operación quirúrgica.
<ul style="list-style-type: none"> • Las pacientes deben comprender la razón de que se hayan obtenido ciertos resultados o se hayan practicado determinados procedimientos¹. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres pueden explicar por qué fue necesaria una operación cesárea.
<ul style="list-style-type: none"> • Las pacientes debe comprender por qué se dispensa atención de postparto y cuáles son los signos de peligro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres pueden explicar cuáles son los signos de complicaciones en el postparto. • Las mujeres regresan al establecimiento para reconocimientos de postparto.

¹ Hulton L. y otros, págs. 62 y 63.

Intervenciones innecesarias	
Estándares	Criterios
Algunos procedimientos deben practicarse sólo raramente, entre ellos: <ul style="list-style-type: none"> • Episiotomías en primíparas. 	<ul style="list-style-type: none"> • La episiotomía se practica selectivamente y en cada caso se deja constancia de la indicación para practicar el procedimiento.
<ul style="list-style-type: none"> • Administración de edemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Raramente se administran enemas.
<ul style="list-style-type: none"> • Rasurado púbico. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se practica el rasurado púbico.
<ul style="list-style-type: none"> • Canalización endovenosa de rutina. 	<ul style="list-style-type: none"> • La canalización endovenosa se practica selectivamente y en cada caso se deja constancia de la indicación al respecto.
<ul style="list-style-type: none"> • Posición decúbito dorsal para el parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • La mujer elige la posición de su cuerpo en el parto.