

## Análisis situacional de la calidad de atención del aborto en el hospital principal de maternidad en Hai Phong, Vietnam

My Huong Nguyen,<sup>a,c</sup> Tine Gammeltoft,<sup>b</sup> Vibeke Rasch<sup>c</sup>

a Investigadora Senior, Instituto Científico de Población, Familia e Infancia, Vietnam.

Comisión de Población, Familia e Infancia, Hanoi, Vietnam. E-mail: M.H.Nguyen@pubhealth.ku.dk

b Profesora Asociada, Instituto de Antropología, Universidad de Copenhague, Copenhague, Dinamarca.

c Profesora Asociada, Departamento de Salud Internacional, Instituto de Salud Pública, Universidad de Copenhague, Copenhague, Dinamarca.

**Resumen:** *Seis meses después de la implementación de un proyecto de Atención Integral del Aborto en el Hospital Phu-San, maternidad principal de Hai Phong en Viet Nam septentrional, se realizó un estudio de los servicios de aborto, que exploró la interacción entre los prestadores de servicios y las usuarias, y la influencia de los valores culturales en la calidad de la atención. Se emplearon modalidades cuantitativas y cualitativas: una encuesta estructurada de tres partes entre 748 mujeres antes y después del aborto, 20 entrevistas con mujeres justo después del aborto, siete entrevistas con personal de salud y 100 observaciones de participantes. Tanto las mujeres como el personal equipararon la calidad de la atención con un mejor desempeño técnico del procedimiento de aborto. La falta de conocimientos y habilidades tuvo un impacto negativo en el suministro de información y consejería de calidad respecto al entendimiento y la aceptación de la anticoncepción, el tratamiento de infecciones ginecológicas y la prevención de infecciones postaborto. Para mejorar la atención del aborto en hospitales como el Phu-San, se necesitan programas de capacitación que integren la consejería y habilidades clínicas y aborden los factores culturales que obstruyen la interacción entre el personal de salud y las mujeres de manera equitativa. Debe establecerse un sistema de supervisión con apoyo que le impute al personal de salud la responsabilidad de llevar a cabo sesiones de consejería e información de alta calidad.*

**Palabras Clave:** *calidad de servicio, acceso a servicios de aborto, consejería, anticoncepción, infección del tracto reproductivo, relaciones entre proveedores y pacientes, Viet Nam.*

LOGRAR que el aborto sea seguro juega un rol importante en la salud y bienestar de las mujeres. Sin embargo, una amplia proporción de esa población en el mundo, especialmente en los países en desarrollo, no accede aún a servicios de atención de aborto de buena calidad.<sup>1-3</sup> En Vietnam, el aborto es legal y disponible a solicitud desde 1960.<sup>4</sup> La tasa de aborto empezó a crecer a principios de la década del 80, lentamente al inicio y luego rápidamente hacia fines de la misma década<sup>5</sup> con la consiguiente disminución en la tasa global de fecundidad, de 4.0 en 1987 a 1.9 en 2002.<sup>6</sup> A mediados de los 90, Vietnam tenía una de las tasas de aborto más

altas del mundo, 83 por 1 000 mujeres en edad reproductiva.<sup>7</sup> Dicha tasa estaba asociada a: escasas opciones de métodos anticonceptivos modernos, una elevada tasa de falla del DIU, una estricta política de población<sup>8</sup> y a menudo negligencia en la consejería y provisión de anticoncepción post-aborto, que podría haber evitado nuevos abortos en algunas mujeres.<sup>4</sup> A diferencia de otros países con situaciones similares, la información sobre el aborto ha sido registrada meticulosamente e incluso exagerada en Vietnam a fin de obtener una mayor asignación de antibióticos.<sup>8</sup> De esta manera, es posible que la tasa de aborto en Vietnam entre los años 80 y 90

no haya sido mucho más alta que en otros países que presentan un similar descenso acelerado en la fertilidad. Actualmente, este descenso se ha estabilizado; en el 2002, la tasa de aborto había disminuido a 60 por 1 000 mujeres entre 15 y 44 años.<sup>6</sup>

El gobierno de Vietnam reconoce que la calidad de atención es un aspecto importante de los servicios de aborto. La necesidad de una atención de calidad fue reconocida oficialmente por el Programa de Salud Reproductiva en 1994, siguiendo las recomendaciones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. La Estrategia Nacional de Atención en Salud Reproductiva del año 2000 tenía también el objetivo de garantizar el acceso de todas las mujeres a servicios de salud reproductiva de alta calidad para el año 2010. La estrategia incluye reducir en un 25% las gestaciones no deseadas y mejorar la calidad, de manera que el 90% de las mujeres que buscan servicios de aborto reciban información y consejería en salud reproductiva y anti-concepción.<sup>9</sup> Las primeras Normas y Directrices Nacionales para los Servicios de Salud Reproductiva fueron elaboradas en el 2002, y enfatizan el derecho de las mujeres a la información y a un trato respetuoso dentro del sistema de salud pública.<sup>10</sup>

Adicionalmente, el Ministerio de Salud ha establecido una alianza con Ipas, para implementar una atención de alta calidad del aborto, centrada en las mujeres, a través del proyecto de Atención Integral del Aborto en cuatro hospitales provinciales hasta la fecha.\* El proyecto se enmarca en las Normas y Directrices Nacionales para el Aborto Seguro, que subraya la importancia de utilizar técnicas de aborto seguras, así como la consejería y la prevención de infecciones. Una de las prioridades del proyecto fue reemplazar la dilatación y curetaje (D&C) por la aspiración por vacuum para los procedimientos realizados en el primer trimestre, asegurando la disponibilidad de la aspiración manual al vacío (AMV) y garantizando un abastecimiento regular del kit de AMV. Esto ha dado como resultado significativo una mejora

\* Este proyecto en Hanoi, ciudad de Ho Chi Minh, provincias de Đông Nai y Hai Phong, documenta las estrategias y desafíos que supone ampliar la escala de las actividades de atención del aborto y su impacto sobre la calidad, el costo y la efectividad. Los médicos y otros proveedores fueron entrenados en el uso de la AMV; se brindó apoyo para establecer normas vinculadas al sistema de registro y a prácticas estándar como la prevención de infecciones; y se introdujo el aborto médico y métodos más seguros para realizar el aborto en el segundo trimestre a nivel terciario, provincial, distrital y comunal en el sistema de salud. En 2001, el proyecto fue implementado en las dos instituciones más grandes, la Institución para la Protección de la Madre y el Recién Nacido y el Hospital de Tu-Du Ob-Gyn, y en 2003, en los hospitales de Hai Phong y Đông Nai Ob-Gyn.<sup>11</sup>

técnica en la atención del aborto en el hospital Phu-San de Hai Phong, Vietnam septentrional.<sup>11</sup> Para estudiar en mayor profundidad la calidad de la atención del aborto en el hospital Phu-San, nos centramos en las relaciones proveedor-paciente y en la provisión de información y consejería, dos aspectos de la calidad de atención a menudo olvidados.

## Ámbito de estudio

El Hospital Phu-San brinda atención materna, incluyendo servicios de aborto, a cerca de 500 mil mujeres. Tiene dos departamentos que brindan servicios de aborto y planificación familiar: el Departamento de Servicios sujetos a pago (“Dich vu”) y el Departamento de Planificación Familiar. En este último fue donde se implementó el proyecto de Atención Integral del Aborto en el año 2003, y donde se realizó este estudio. El equipo que trabaja en la clínica incluye cinco médicos y nueve obstetras. Los médicos realizan los abortos inducidos; la consejería la brinda generalmente una enfermera que ha sido capacitada por el proyecto, pero también algunos médicos y obstetras de manera rotativa.

Una evaluación de necesidades previa a la implementación del proyecto de Atención Integral del Aborto encontró que el establecimiento estaba pobremente equipado y carecía de espacio y privacidad. Más aún, el equipo de salud no brindaba a las mujeres consejería anticonceptiva post-aborto ni información sobre prevención de infecciones.<sup>12</sup> Después de la evaluación de necesidades, el proyecto se centró en: capacitar a los proveedores en AMV (aspiración manual al vacío), mejorar la consejería y la prevención de infecciones, monitorear los servicios y la capacitación y otros aspectos de la atención integral.<sup>11</sup>

Como parte de la atención del aborto, el Departamento de Planificación Familiar debía proporcionar dispositivos intrauterinos (DIU) y anticonceptivos inyectables post-aborto. Si la mujer deseaba otro método era derivada a una clínica materno-infantil y de planificación familiar. Los condones y la espuma vaginal debían ser adquiridos en una farmacia. Durante el periodo de estudio se puso a disposición los anticonceptivos orales y los condones para permitir que las mujeres dejaran el hospital con el método de su preferencia. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, no hubo disponibilidad de DIU al principio del estudio.

## Métodos

Se utilizó un enfoque cuantitativo y cualitativo combinado. La población de estudio comprendió a las 811 mu-

eres que buscaron servicios de aborto entre el primero de diciembre de 2003 y el treinta de abril de 2004. De ellas, 748 se sometieron a abortos quirúrgicos y fueron invitadas a participar en una encuesta de tres partes, utilizando cuestionarios estructurados. La primera parte se realizó después de recibir la consejería y antes del procedimiento; la segunda, después que la mujer se hubiera recuperado del aborto, y la tercera entre dos y tres semanas después de haber sido dada de alta, cuando volvía para su control. La primera parte fue respondida por las 748 mujeres y cubría su situación socioeconómica y su historia reproductiva. La segunda parte se centró en la calidad del servicio, las actitudes de los proveedores y la calidad de la consejería, así como en las intenciones respecto a la anticoncepción post-aborto. Veinticinco mujeres no participaron en la segunda parte debido a que se sentían muy débiles o tenían demasiado dolor como para responder. De las 723 mujeres que sí participaron en la segunda parte, 701 asistieron también a la tercera, que estaba centrada en la anticoncepción post-aborto, síntomas de infección al tracto reproductivo y tratamiento.

La data fue ingresada dos veces, por dos operadores distintos, usando el programa Epi Data 3.0 de la Sociedad Danesa de Salud Pública, Dinamarca. Se comparó los dos conjuntos de datos y se corrigió las inconsistencias. Se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS 13.0) para el análisis estadístico.

De las 748 mujeres que participaron en la encuesta inicial, 20 fueron seleccionadas para las entrevistas en profundidad tomando en cuenta la diversidad de sus características demográficas. Se les aseguró que la entrevista se llevaría a cabo después de que se hubieran realizado el aborto, fuera del hospital, en un ambiente informal. Estas entrevistas se centraron en el nivel de satisfacción de las mujeres respecto al servicio, la calidad de la información y consejería ofrecidas y sobre las competencias del equipo de salud. Para asegurar la confidencialidad, el lugar y hora de las entrevistas fueron establecidos por las entrevistadas. Alrededor de la mitad eligió su propio hogar, las demás entrevistas se llevaron a cabo en cafés o en la casa de la doctora My Huong Nguyen, una de las autoras de este artículo. Todas las entrevistas fueron conducidas y grabadas por ella, y por lo tanto transcritas en idioma vietnamita. La codificación de los datos fue determinada por la guía de entrevista; los segmentos transcritos fueron clasificados según el tema de discusión. Adicionalmente, la misma autora mantuvo discusiones informales con cinco médicos y dos enfermeras durante las horas de almuerzo y después del trabajo para obtener la perspectiva de los proveedores acerca de la calidad de atención.

Las observaciones participantes también fueron realizadas por la doctora My Huong Nguyen, utilizando un enfoque inspirado en el modelo de evaluación de la calidad de atención de Donabedian y Bruce.<sup>13,14</sup> Las observaciones cubrieron un amplio rango de actividades de comportamiento, tales como la competencia técnica del equipo y la interacción con las mujeres que se sometían a un aborto. Se realizaron cien observaciones participantes en cada etapa del aborto: consejería pre-procedimiento, al momento de preparar los instrumentos e insumos, y durante la fase de finalización y recuperación. Las observaciones fueron registradas en un formato estructurado y se aplicó un sistema de puntuación vinculado a si la actividad no había sido observada, lo fue sólo parte del tiempo o en todo momento.

Todas las mujeres fueron informadas de los objetivos del estudio y de la naturaleza voluntaria de su participación. Se garantizó la confidencialidad y anonimato y se obtuvo un consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de Copenhague.

## Resultados

La edad promedio de las 748 mujeres fue de 29 años (rango 17–51) (Tabla 1), y aproximadamente un tercio eran solteras. El número promedio de hijos fue de 1.6; el número promedio de embarazos, 3.1 (rango 1–11); el número promedio de abortos, 1.9 (rango 1–9), y de partos, 1.1. La mayoría de los abortos (93%) se realizó en el primer trimestre de la gestación.

## Interacciones proveedor-paciente

En la encuesta, 92% de las mujeres señalaron que habían sido tratadas con respeto por el personal de salud (Tabla 2). En contraste, en las entrevistas en profundidad manifestaron que existía una pobre interacción con los proveedores; las mujeres sentían a menudo que eran tratadas con poca cortesía. Sin embargo, no expresaban su insatisfacción, y aceptaban en silencio las actitudes del personal por temor a que las quejas afectaran la calidad de atención. Las siguientes palabras muestran claramente el fastidio que sintió una mujer cuando la médica que la atendía abandonó la sala para conversar con su colega:

*“Estoy fastidiada de tener que esperar tanto tiempo, pero simplemente no me atreví a preguntarle en ese momento porque temía que me echara la culpa por interrumpirla. Pensé que era mejor esperar hasta que volviera.”* (En profundidad 12)

**Tabla 1. Características de las mujeres con acceso a servicios de aborto que fueron encuestadas (n=748)**

	Número	%
<b>Edad</b>		
<24	225	31.1
25-29	200	26.7
30-34	140	18.7
35-39	104	13.9
40+	79	10.6
Promedio	29.3 (SD 7)	
<b>Estado civil</b>		
Soltera	213	28.5
Casada	535	71.5
<b>Educación</b>		
Primaria	21	2.8
Secundaria	172	23.0
Escuela superior	475	63.5
Universitaria/vocacional	80	10.7
<b>Residencia</b>		
Urbana	560	74.9
Rural	188	25.1
<b>Uso anticonceptivo</b>		
Usado antes	565	75.5
Nunca usado	183	24.5
Número promedio de embarazos	3.1 (SD 1.8)	
Número promedio de partos	1.1 (SD 0.89)	
Número promedio de abortos	1.9 (SD 1.17)	

La cultura de atención en salud en Vietnam ubica al paciente en una posición subordinada con respecto a los proveedores. Así, éstos permitían que se les interrumpiera por asuntos privados, que consideraban más importantes que las necesidades de las mujeres que estaban atendiendo, incluso cuando se preparaban para un examen pélvico o durante la consejería:

*“A veces desaparezo por un cuarto de hora o media hora. En realidad, no tengo nada que hacer; pero ésta es la forma como nosotros [el personal de salud] les hacemos saber quién es superior aquí. Más aún, nuestras amistades son más importantes que las pacientes”.* (Doctor T., conversación informal)

Sin embargo, las mujeres tampoco esperaban algo mejor. Sus expresiones de respeto por el personal parecían reflejar fundamentalmente su satisfacción por las habilidades técnicas de los proveedores. Para ellas, estas habilidades y la ausencia de complicaciones eran más importantes. Tendían a ignorar lo que se ha denominado competencia cultural, es decir, la combinación de conocimientos, habilidades clínicas y comportamiento, que lleva a resultados positivos en la atención de los pacientes.<sup>15</sup> Su principal interés era acabar con el embarazo en forma segura y rápida, y prestaban menos atención a otros aspectos. De la misma manera, el personal de salud tendía a considerar la calidad de atención básicamente como una cuestión de competencia técnica. Incluso al ser inducidos, sólo un médico reconoció las relaciones interpersonales como un elemento de la calidad de atención.

Las observaciones de las participantes respaldan estos hallazgos. La mayoría de las mujeres eran recibidas

**Tabla 2. Opinión de las mujeres encuestadas sobre la calidad de la atención del aborto**

Indicadores de calidad de atención	Número	%
<b>Trato del personal de salud (n=732)</b>		
Respetuoso	676	92.3
Indiferente	1	0.1
Otro	55	7.5
<b>Información dada durante la consejería (n=732)</b>		
Posibles complicaciones post-aborto	610	83.3
Métodos anticonceptivos	605	82.6
<b>Comprensión de las complicaciones post-aborto (n=610)</b>		
Completa	366	60
Parcial	244	40
<b>Comprensión de los métodos anticonceptivos (n=605)</b>		
Completa	332	54.9
Parcial	273	45.1
<b>Querían hacer más preguntas (n=732)</b>		
Sí	226	30.9
No	506	69.1
<b>Hicieron preguntas sobre (n=223)</b>		
Condición de salud post-aborto	21	9.3
Reproducción post-aborto	81	35.8
Complicaciones del aborto	108	48.4
Planificación familiar post-aborto	160	70.8

**Recuadro 1. Indicadores de calidad de atención medidos durante las observaciones participantes**

Actividades	Puntaje
<b>Guiadas hacia</b>	
Muestra de orina para prueba de embarazo	Mayoría sí <sup>a</sup>
Ecografía	Mayoría sí
Examen ginecológico	Probablemente no <sup>b</sup>
Asistencia a sesión de consejería	Probablemente no
Descanso en la sala de recuperación	Probablemente no
Consejería post-aborto	Probablemente no
Evaluación de salud antes del alta	Probablemente no
<b>Apoyo durante la consejería</b>	
Se presentó ante la mujer	Rara vez <sup>c</sup>
Usó un lenguaje claro y simple	Rara vez
Discutió el riesgo de la mujer de quedar embarazada de no utilizar anticoncepción	Rara vez
Proporcionó información sobre el procedimiento de aborto	Rara vez
Discutió la disponibilidad, beneficios y riesgos de los métodos anticonceptivos	Rara vez
Ofreció a la mujer elegir entre diferentes métodos anticonceptivos	Mayoría sí
Explicó cómo usar el método	Mayoría sí
Explicó posibles efectos secundarios del método	Mayoría sí
Proporcionó información sobre infección post-aborto y prevención	Rara vez
<b>Oportunidad de expresar inquietudes y hacer preguntas</b>	
La consejería fue una conversación de doble vía	Rara vez
Mostró interés y preocupación por la mujer	Rara vez
Alentó a la mujer a hablar acerca de por qué estaba embarazada	Rara vez
Oportunidad de hacer preguntas sobre el procedimiento del aborto	Rara vez
Oportunidad de hacer preguntas sobre los métodos anticonceptivos	Mayoría sí
Preguntó a la mujer si tenía alguna preocupación o preguntas	Mayoría sí

a Mayoría sí indica 70% o más

b Probablemente no indica sólo 10-20% del tiempo

c Rara vez indica menos de 5% del tiempo

de manera indiferente. No había señales en las paredes que las orientaran adónde tenían que ir. A menudo, el personal de salud atropellaba y regañaba a las mujeres acusándolas de provocar el caos y desorden en el departamento.

El recuadro 1 muestra los indicadores de calidad de atención medidos y la frecuencia de las observaciones. Una tercera parte de las mujeres no recibió ninguna información o soporte durante el procedimiento del aborto, y el resto sólo recibió información parcial (no se muestra la data). Sólo el 5% de las mujeres recibió alguna asistencia del personal para llegar a la sala de recuperación; la mayoría tuvo que apoyarse en sus familiares. Con frecuencia, el personal tampoco expresó ninguna empatía hacia ellas. Más aún, el personal no estuvo presente en la sala de recuperación durante ninguna de las observaciones, y no se examinó la condición de ninguna de las mujeres antes de ser dadas de alta.

**Privacidad y dignidad**

La mala relación interpersonal puede explicarse parcialmente por la restricción de espacio en la clínica que incluso podía impedir la privacidad durante el examen pélvico o la consejería. Adicionalmente, las mujeres eran ambivalentes frente al hecho de tener que desnudarse delante de otros. Consideraban que esto era “normal” porque “ésta es una clínica de aborto, no una clínica de salud general, así que todas tienen que hacer lo mismo”. Pero al mismo tiempo, muchas se sentían avergonzadas:

*“¿No es vergonzoso?... nosotras somos seres humanos y mujeres, no cosas que uno puede tirar al suelo como el arroz para que se seque al sol (pho ‘i lúa). Pero ¿qué puedo hacer? No puedes expresar públicamente tu vergüenza; el personal de salud y las otras mujeres se burlarían de ti por tratar de guardar las apariencias (giu si dien). Después de todo, todas tienen que hacer lo mismo. Lo único que podía hacer era pretender que todo estaba bien.”* (En profundidad 5)

**Información y consejería sobre anticoncepción post-aborto**

La data cuantitativa muestra que la mayoría de las mujeres recibió información sobre complicaciones del aborto y métodos anticonceptivos como parte de la consejería previa al procedimiento del aborto. Sin embargo, sólo la mitad reportó haber entendido completamente la información, y la tercera parte expresó su deseo de conocer más sobre temas vinculados al aborto (Tabla 2).

**Tabla 3. Método anticonceptivo: intención de uso, método preferido, uso real y método usado por las mujeres encuestadas**

Intención de usar un método	Número (n=732) <sup>a</sup>	%	Usa un método	Número (n=701)	%
Sí	627	83.8	Sí	354	83.8
No	82	10.9	No	347	10.9
No decidida aún	23	3.1			3.1
Método preferido	Número (n=627) <sup>b</sup>	%	Método utilizado	Número (n=354)	%
DIU	133	21.2	DIU	7	21.2
Píldora oral	83	13.2	Píldora oral	32	13.2
Condomes	373	59.5	Condomes	279	59.5
Otros métodos modernos <sup>c</sup>	19	2.9	Otros métodos modernos	9	2.9
Métodos naturales <sup>d</sup>	19	3.1	Métodos naturales	26	3.1

*a* Total de respondientes en la segunda encuesta  
*b* Total de respondientes en la tercera encuesta  
*c* Píldoras de emergencia, espuma vaginal, DMPA y esterilización  
*d* Retiro y ritmo

Después de la entrevista inicial, el 84% dijo que tenía la intención de usar anticonceptivos pero sólo la mitad estaba aplicando algún método en la visita de seguimiento. Más aún, había una diferencia entre el método por el que habían expresado una preferencia y el método que estaban usando (Tabla 3). Por ejemplo, muchas mujeres habían expresado su preferencia por el DIU, pero muy pocas en realidad lo estaban usando (2%). En el caso del condón, igualmente, más mujeres expresaban su preferencia por él, aunque lo usaban en un porcentaje menor (78%).

Si bien las mujeres pensaban que la información sobre anticoncepción post-aborto era importante, muchas mencionaron que no se les ofreció la oportunidad de hacer preguntas o expresar dudas para tomar una decisión informada. De ese modo, no importaba si recibían o no consejería, así que no prestaron mucha atención durante la sesión. Incluso, a pesar de su necesidad por obtener mayor información sobre problemas ginecológicos, se sintieron renuentes a hacer preguntas:

*“... Me hubiera gustado que el médico o en la consejería me hubieran dicho más acerca de ‘mi enfermedad’ pero no lo hicieron. Una vez hice una pregunta pero la forma como me respondieron me quitó el entusiasmo. Preferiría visitar a un médico privado, donde puedo preguntar”*. (En profundidad 16).

La mayoría de las mujeres quería información sobre anticonceptivos que contemplara su situación específica y su experiencia anticonceptiva previa. En vez de ello, la información era idéntica para todas. Así, la consejería era percibida como tediosa:

*“No hay nada nuevo. Yo también puedo nombrar estos métodos de planificación familiar porque he escuchado al promotor de planificación familiar hablar de ellos en mi comuna. No sé cómo funcionan ni qué efectos secundarios tienen, y no me lo dijeron en la consejería”*. (En profundidad 4).

*“Fue una presentación aburrida. ¿Sabes?, la enfermera sólo hacía su trabajo... habló de planificación familiar pero muy vagamente. No recuerdo lo que me dijeron”*. (En profundidad 2).

El personal de salud también se quejó de las sesiones de consejería. Muchos de ellos sentían que tenían pocas habilidades para la consejería, materiales inadecuados, restricciones de tiempo y falta de apoyo de los supervisores. También sentían falta de interés de parte de las mujeres. Consideraban que la consejería no era parte de la atención del aborto, sino una actividad extra que no querían realizar, aunque reconocían la importancia del uso de anticonceptivos. Tampoco les gustaba que la

consejería fuese rotatoria y muchas enfermeras dijeron que preferirían no hacer la consejería anticonceptiva:

“... la única información disponible sobre aborto y planificación familiar que puedo usar para la consejería son estos materiales de lectura de un curso de capacitación al que asistí hace algunos meses... No estoy segura de que podría responder a todas las preguntas de las mujeres... Y estoy harta de las que sólo se sientan a escucharme sin prestar ninguna atención, y son muchas... Yo sólo trato terminar lo más pronto posible”. (P., consejera)

Las observaciones arrojaron un cuadro similar. Aunque se ofrecía rutinariamente a las mujeres la oportunidad de expresar sus preocupaciones, muy pocas lo hicieron y muchas aceptaban rápidamente un método. Ello puede explicar la diferencia entre la intención manifiesta y el uso del método. Más aún, un gran número de mujeres que había solicitado un DIU dejó la clínica sin él, debido a que ni el consejero ni la mujer se lo mencionaron al médico que realizaba la inserción.

**Tabla 4. Profilaxis antibiótica post-aborto, síntomas vaginales y tratamiento en mujeres encuestadas (n=732)**

	Número	%
<b>Prescripción de antibióticos post-aborto y cómo tomarlos</b>	732	100
<b>Experimentó síntomas vaginales post-aborto (n=701)</b>		
Sí	214	30.7
No	487	69.3
<b>Ocurrió un problema vaginal (n=214)</b>		
Dentro de la primera semana	72	33.6
Después de dos semanas	142	66.4
<b>Visitó una clínica para control ginecológico (n=214)</b>		
Sí	24	11.2
No	190	88.8
<b>Razones por las cuales no visitó una clínica (n=190)<sup>a</sup></b>		
Problema menor	47	30.7
No tuvo tiempo	68	35.8
Automedicación	20	10.5
Esperó al control de seguimiento	75	38.9

## Prevención de infecciones post-aborto

El estudio cuantitativo reveló que a todas las encuestadas se les había prescrito antibióticos profilácticos y se les había indicado cómo tomar la medicina (Tabla 4). En la entrevista durante el seguimiento, un tercio dijo que había tenido síntomas post-aborto tales como irritación o flujo vaginal, pero sólo el 11% había buscado atención profesional. Entre las que tuvieron síntomas, cerca de un tercio consideró que éstos eran menores y que no requerían atención, mientras que el 10% se automedicó remedios que no precisaban receta médica. Algunas veces, los problemas para obtener el dinero que les permitiera comprar los antibióticos recetados hicieron que las mujeres desplegaran su creatividad:

“Compré los antibióticos que me recetaron. El primer día tomé la medicina como me la indicaron y escuché (*xem xét*) la reacción de mi cuerpo. Si el flujo (vaginal) parecía normal, dejaba de tomarla y guardaba el resto por si mis hijos se enfermaban”. (En profundidad 16)

El personal de salud advertía que la falta de manejo de las infecciones al tracto reproductivo (ITR), muy comunes entre las mujeres vietnamitas, era una significativa debilidad en la clínica. Sin embargo, no utilizaban la sesión de consejería para informar a las mujeres acerca de las ITR o la infección post-aborto. Más aún, muchos de ellos pensaban que no era adecuado realizar exámenes de diagnóstico de ITR, porque casi todas las mujeres las tenían y que bastaba con recetarles antibióticos de amplio espectro para prevenir cualquier infección:

“Es ridículo pedirles a estas mujeres que se hagan un diagnóstico de ITR porque casi 99%, si no el 100%, de las que buscan un aborto ya tienen una ITR”. (Médico, conversación informal)

“... Se prescribe antibióticos para prevención de una infección secundaria a las pacientes que se someten a un aborto, que son antibacteriales y derivados de imidazol. Estos antibióticos curan adecuadamente las infecciones pre y post-aborto”. (Microbiólogo, conversación informal)

La observación de las participantes respaldó estos comentarios. La consejería sobre estos temas era mínima. La información sobre síntomas de ITR identificados durante el examen pélvico era registrada en la historia clínica pero raramente compartida o discutida con la mujer, ni se le daba información para la prevención. Aunque los afiches y folletos proporcionaban alguna información so-



MY HUONG NGUYEN

Family planning providers discussing pelvic exam results in front of other women, Phu-San Hospital

bre las ITR, no siempre estaban disponibles y en algunos casos estaban desactualizados, por ejemplo, un folleto describía la ducha vaginal como una estrategia preventiva aceptable. El formulario impreso de consentimiento informado que las mujeres debían leer y firmar mencionaba el riesgo de infección vinculada al aborto, pero estaba escrito en un lenguaje técnico, no adecuado para una fácil comprensión, y tampoco brindaba información acerca de qué hacer en caso de presentar síntomas.

## Discusión

Seis meses después de que muchos aspectos de la atención del aborto en el hospital mejoraran gracias al proyecto de Atención Integral del Aborto, se encontró una deficiente calidad de atención en la relación proveedor-paciente, en la provisión de información y consejería anticonceptiva. Al parecer la raíz de estos problemas está fundamentalmente en la cultura médica pero también en las creencias, valores y hábitos sociales. La cultura de atención en salud coloca a las mujeres en una situación de resignación y sumisión, que se agrava por la falta de conciencia sobre sus derechos como pacientes, el más elemental de todos: el derecho a preguntar.

Las respuestas de las mujeres a temas sensibles en el

cuestionario estructurado pueden haber sido afectadas por un “sesgo de cortesía”<sup>16</sup> es decir que hayan respondido según lo que consideraban socialmente aceptable. Tal vez, culturalmente, pueden haber tenido expectativas tan bajas que, sin importar el nivel de atención que recibieran, éste hubiera satisfecho o incluso excedido sus expectativas.<sup>17–20</sup> De esta manera, expresaron una satisfacción general con los servicios ofrecidos a pesar de la insatisfacción por la falta de privacidad, o por no poder hacer preguntas u obtener la información o método anticonceptivo que querían.

En muchos contextos de atención de salud reproductiva, se brinda a menudo menos atención a la atmósfera sociocultural que a las habilidades clínicas.<sup>18</sup> Más aún, la cultura vietnamita está aún influenciada por los principios del Confucianismo, según los cuales la armonía, el deber, el honor, el respeto, la educación y la lealtad a la familia y la sociedad se consideran valores centrales. La influencia del Confucianismo combinada con los valores del socialismo han dado como resultado una devaluación de la autonomía, que ha contribuido en parte a lo que se denomina “resignación cultural” (*cam chiu*) con relación a la vida cotidiana.<sup>21</sup> Esto, junto a la actual práctica centrada en el proveedor del sistema de salud pública en Vietnam,<sup>22</sup> afecta en gran medida las experiencias de las



mujeres en la atención de salud,<sup>23</sup> dado que son tratadas como subordinadas que no pueden cuestionar nada. Así, su silencio es percibido como un signo de comportamiento virtuoso y de cumplimiento de su deber social.

Durante los años 1954–1986, antes de las reformas económicas (*Doi moi*), los proveedores de salud del sistema de salud pública eran representantes del gobierno que tenían la responsabilidad de cuidar bien al pueblo. Como resultado, el sistema de salud pública en Vietnam mejoró notablemente, en especial en las últimas décadas.<sup>24</sup> Sin embargo, la salud pública subsidiada y la restricción de los servicios privados por más de 30 años, dieron al personal de salud una gran autoridad y privilegios, que han tendido a mantenerse. Dice un proverbio vietnamita que “para cruzar el río dependes del barquero” (*qua song thi phai huy do*). Aplicado a este tema, podría decirse que quienes buscan atención en los servicios de salud pública deben ganar el favor del personal de salud y depender de su buena voluntad. Esta situación no promueve una cultura de derechos del paciente sino una de “pedir y dar permiso” (*co che xin-cho*) que se ha vuelto gradualmente parte de la cultura vietnamita cotidiana, y funciona ampliamente en cada uno de los sectores de servicios del gobierno, educación, cultura, economía y salud. ¿Cómo lograr, entonces, que el “barquero” se vuelva cariñoso y comprensivo para mejorar aún más la atención de las mujeres en casos de aborto?

En otros contextos, se ha demostrado que las mejoras en la calidad de los servicios de anticoncepción de las clínicas de aborto incrementan notablemente el uso de anticoncepción post-aborto.<sup>25–27</sup> A pesar del bajo nivel del uso de métodos anticonceptivos y de la falta de in-

formación sobre anticoncepción, ITR e infección post-aborto, la información y consejería no eran consideradas prioritarias por las mujeres ni por los proveedores de este hospital. La falta de capacitación y recursos para proporcionar una consejería de calidad contrastaba con las habilidades técnicas de los proveedores, área en la que se encontró un alto nivel de competencia.<sup>11</sup> Sin embargo, sin considerar si las mujeres tenían síntomas de ITR o infección post parto, el personal de salud recetaba antibióticos profilácticos a todas las que se habían sometido a un aborto, y no subrayaba la importancia de tomar la dosis completa, tampoco lo verificaba a pesar de que en la práctica las mujeres no siempre lo hacían.

Para mejorar la atención del aborto en establecimientos de salud pública como el Hospital Phu-San en Hai Phong, la provisión de información sobre salud reproductiva y derechos a nivel de la comunidad ayudaría a empoderar a las mujeres para que puedan hacer preguntas y vencer la “resignación cultural”. Se requiere programas de capacitación para proveedores de servicios de aborto y estudiantes de medicina, que integren a las habilidades clínicas, habilidades de comunicación y consejería, y aborden los factores culturales que dificultan que el personal de salud y las mujeres interactúen en forma equitativa. Adicionalmente, se requiere información, recursos, y disponibilidad de toda la gama de métodos anticonceptivos de manera que los proveedores puedan ofrecer anticoncepción post-aborto acorde a las necesidades de las mujeres. Finalmente, pero no menos importante, debería establecerse un sistema de supervisión que ofrezca soporte con el fin de asegurar que el personal de salud capacitado realice sesiones de información y consejería de alta calidad.

Situation Analysis of Quality of Abortion Care in the Main Maternity Hospital in Hai Phong, Viet Nam  
*Reproductive Health Matters* 2007;15(29):172–182

## Referencias

- Huntington D. Meeting women’s health care needs after abortion. Program Briefs 1. Washington DC: Population Council/Frontiers, 2000.
- Benson J, Gringle R, Winkler J. Preventing unwanted pregnancy: management strategies to improve post-abortion care. *Advances in Abortion Care* 1996; 5(1):1–8.
- McImerney T, Baird TL, Hyman AG, et al. A guide to providing abortion care. Technical Resources for Abortion Care. Chapel Hill NC: Ipas, 2001.
- World Health Organization. Abortion in Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues. Expanding options in reproductive health. WHO/RHR/HRP/ITT/99.2. Geneva: WHO, 1999.
- Johansson A. Dreams and dilemmas: women and family planning in rural Viet Nam. PhD thesis, Karolinska Institutet. Stockholm, Sweden, 1998.
- Viet Nam National Committee for Population Family and Children. Viet Nam Demographic and Health Survey 2002. Hanoi: VCPFC, 2003.
- Henshaw SK, Singh S, Haas T. Recent trends in abortion rates worldwide. *International Family Planning Perspectives* 1999; 25(1):44–48.
- Nghi DT, Khe ND. Viet Nam abortion situation. Country report. International conference on Expanding Access: Mid-level Providers in Menstrual Regulation and Elective Abortion Care. Kwa Maritane Lodge, 3–6 December 2001.
- Viet Nam Ministry of Health. National Strategy on Reproductive Health Care for the Period 2001–2010.

- Hanoi7 VMOH, 2003.
10. Viet Nam Ministry of Health. National Standards and Guidelines for Reproductive Health Care Services. Hanoi7 VMOH, 2003.
  11. Ipas. Ipas in Viet Nam: a country report. 2005. At: <www.ipas.org/english/research/current\_research.asp#Asia>. Accessed 9 September 2006.
  12. Ipas. Needs assessment of abortion care. Hanoi7 Ipas Viet Nam, 2003.
  13. Donabedian A. *Selecting Approaches to Assessing Performance*. Oxford7 Oxford University Press, 2003.
  14. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning* 1990;21(2):61–91.
  15. Hall GG. Culturally competent patient care. *Aguide for providers and their staff*. 2001. At: <www.myapipa.com/provcc.htm>. Accessed 9 September 2006.
  16. Ruth RE, Bertrand JT. Monitoring quality of care in family planning programs: a comparison of observations and client exit interviews. *International Family Planning Perspectives* 2001;27(2):63–70 At: <www.guttmacher.org/pubs/journals/2706301.html>. Accessed 1 August 2006.
  17. Williams T, Schutt-Aine’ J, Cucca Y. Measuring family planning service quality through client satisfaction exit interviews. *International Family Planning Perspectives* 2000;26(2):63–71.
  18. Wilde B, Larsson M, Larsson G, et al. Patients’ views on quality of care: a comparison of men and women. *Journal of Nursing Management* 1999;7(3):133–39.
  19. Tha’ng NM, Johnson R, Landry E, et al. Quality of contraceptive and abortion services at three sites in Viet Nam. Hanoi7 Statistical Publishing House, 1998.
  20. Nha’n VQ, Mai LTP, Ha’u NT, et al. A situation analysis of public sector reproductive health services in seven provinces of Viet Nam. Hanoi7 Population Council Viet Nam, 2000. p.90.
  21. Schafer JC. Cultural background: religion, language, myths, legends. In: Schafer JC, editor. *Vietnamese Perspectives on the War in Viet Nam*. New Haven7 Yale University Council on Southeast Asia Studies, 1997. At: <www.yale.edu/seas/bibliography/chapters/chap6.html>. Accessed 26 August 2006.
  22. Đa’t DV, Binns CW, Lee AH, et al. Measuring client-perceived quality of maternity services in rural Viet Nam. *International Journal for Quality in Health Care* 2004;16(6):447–52.
  23. Whittaker M. Rights and realities: Vietnamese women speak. Sydney7 Medical Women’s International Association, 1997.
  24. Segall M, Tipping G, Lucas H, et al. Economic transition should come with a health warning: the case of Viet Nam. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002; 56(7):497–505.
  25. Tabbutt-Henry J, Graff K. Client provider communication in post-abortion care. *International Family Planning Perspectives* 2003;29(3):126–29.
  26. Solo J, Billings DL, Aloo-Obunga C, et al. Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. *Studies in Family Planning* 1999;30(1):17–27.
  27. Rasch V, Massawe S, McHomvu Y, et al. A longitudinal study on different models of postabortion care in Tanzania. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2004;83(6): 570–75.



MY HUONG NGUYEN

The post-abortion recovery room, Phu-San Ho