

ATENCIÓN GINECOLÓGICA A MUJERES PAQUISTANÍES Y ELECCIÓN DE PROFESIONAL POR SEXO: PROBLEMAS ÉTICOS.

Cuestión ética planteada al Comité de Ética de la Red Española de Atención Primaria. Febrero 2013.

Respuesta de Mercedes Pérez Fernández¹, Presidente.

Problema planteado

"En el centro tenemos una comisión de salud comunitaria. Actualmente estamos realizando grupos focales para detectar necesidades de salud en diferentes grupos de población del barrio y así diseñar posibilidades de intervención. Dentro de estos grupos realizamos uno con mujeres paquistaníes. En este grupo participaron 12 mujeres y entre todas priorizaron tres problemas de salud. El segundo problema fue el hecho de tener como referencia a un ginecólogo hombre. Para ellas este es un problema de mucha relevancia ya que culturalmente no está aceptado que sean exploradas por un hombre. Esta situación choca de frente con sus valores éticos y daña su integridad moral. Es por ello que muchas mujeres optan por no acudir al ginecólogo aunque tengan patología y solo acuden a la comadrona.

Comenté la situación con dirección para ver que posibilidades había y la respuesta es que no se acepta nunca el cambio de profesional si el motivo es el género del mismo. Que ya consultaron una vez pero que en este tema no hay posibilidad de actuación porque choca con el derecho a la no discriminación de género tanto en pacientes como en profesionales. Consulté también con el Comité d'Ética de l'IDIAP y la respuesta fue similar". MM, médico de familia, Barcelona (España).

Problema de fondo

Los sistemas sanitarios son expresión de la cultura de un país, de su historia y de su grado de desarrollo económico. En ese sentido, los sistemas sanitarios responden a lo que se espera socialmente de ellos y en una interacción continua también "enseñan" a demandar a la población y a los pacientes. Es decir, la demanda crea oferta, y viceversa. Finalmente, a lo largo del tiempo se establece una fluida comunicación en la que "resultan" normales (para cada lugar, ocasión y situación) determinadas pautas de uso de los recursos sanitarios.

1 Mercedes Pérez Fernández es médico general, Equipo CESCA, Madrid (España), Especialista en Medicina Interna , Responsable de Ética en NoGracias (España) y Presidente del Comité de Ética de la Red Española de Atención Primaria (REAP). mpf1945@gmail.com
Este texto se distribuye bajo licencia [Creative Commons by-nc-sa 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/), por lo tanto se puede distribuir libremente y reelaborar a condición de citar al autor, no utilizarlo para fines comerciales y mantener el producto subsiguiente bajo este mismo tipo de licencia ([licencia completa](#)).

Así, los pacientes saben cómo utilizar su propio sistema sanitario pues hay miles de normas implícitas y explícitas que gobiernan las conductas de profesionales, pacientes y familiares. Los pacientes "saben" lo que pueden demandar y la respuesta probable, y se adaptan sutilmente (muchas veces inconscientemente, por la propia "sanción social" que influye en las conductas desde la más tierna niñez hasta la muerte).

Todo ello se hace evidente cuando el sistema sanitario "choca" con nuevos habitantes, con inmigrantes, con personas que tienen otra cultura y otros usos y costumbres. Por supuesto, dichos habitantes también son "dueños" del sistema sanitario del nuevo país en que se instalan, pues pagan impuestos (al menos el IVA) y contribuyen en muchas formas al desarrollo económico y social del país que les acoge.

Siendo "dueños" corren el riesgo de ser tratados como "asaltantes" por el simple hecho del desencuentro, por carecer de las "claves" con las que se abren las puertas de la "utilización normal" del sistema sanitario.

Preguntas

1. ¿Hay pacientes con otras culturas que pueden no entender, no aceptar y/o rechazar las pautas "normales" de utilización de los servicios sanitarios?
2. ¿Debería ser flexible el sistema sanitario y adaptarse en lo posible a las expresiones de necesidades de salud de pacientes con otras culturas?
3. ¿Es lo "normal", habitual y frecuente en utilización sanitaria lo mejor, o un simple statu quo?

Valores en conflicto

En este caso colisionan valores de las pacientes y grupo familiar y social con los valores de los profesionales y de las instituciones sanitarias. Así:

- La intimidad personal de las mujeres paquistaníes cuya cultura, creencia, ética e integridad moral exigen la asistencia por profesionales de su mismo sexo cuando se demanda atención ginecológica.
- La pertenencia a un grupo que considera tabú la atención ginecológica por profesionales varones.
- El rechazo de los varones de la familia (y de otras mujeres, como la suegra) a la mujer que ha sido explorada por ginecólogos varones.
- La necesidad de servicios para problemas de salud ginecológica que pueden llegar a ser

graves si se soslaya y/o retrasa la debida atención.

- La organización de servicios, que precisa optimizar sus recursos para atender a las necesidades de los usuarios.
- La minusvaloración de los servicios profesionales por razón de sexo.
- La cultura y ética de una sociedad, que puede aceptar variaciones justificadas en la prestación de servicios sanitarios, pero no todas las variaciones posibles.

Cursos extremos de acción

En este caso y situación:

1. El rechazo por parte de las mujeres paquistaníes de toda atención ginecológica que no se preste por profesionales femeninos.
2. La negación de cualquier flexibilización en la organización de la atención ginecológica a las mujeres paquistaníes.

Cursos intermedios de acción

Caben muchos cursos posibles, intermedios entre los cursos extremos. Así:

1. La realización de actividades con las mujeres paquistaníes, de formación en torno a la salud reproductiva y sexual con participación mixta de profesionales de primaria y ginecología, y de ambos sexos (para facilitar el conocimiento personal entre pacientes y profesionales).
2. Actividades de grupo con las mujeres paquistaníes para enseñarles claves prácticas de utilización de los servicios sanitarios. Deberían incluir actividades teóricas y visitas (a urgencias, a ginecología, etc.) e incluir especialmente a las "líderes comunitarias".
3. La valoración y respuesta de los problemas ginecológicos por el médico de cabecera, enfermera de primaria y la matrona, para aumentar el grado de resolución de los profesionales de primaria ante problemas comunes y frecuentes, así como facilitar el solicitud directa de pruebas diagnósticas, y limitar la derivación a situaciones y casos extremos. Con un sistema de monitorización que permita controlar la efectividad y la seguridad de esta opción.
4. El desarrollo de un sistema de cita para ginecología que asignara (siempre que hubiera hueco) a profesionales femeninos a las mujeres que expresaran tal preferencia, con independencia de cultura y grupo social, y problema específico.
5. Para equilibrar listas de espera, ofrecer ventajas a las mujeres que aceptasen citas con ginecólogos varones, como menores tiempo de espera y mejores condiciones para fijar día y

hora, y lugar de la atención.

6. Desarrollar entre los profesionales de primaria y de ginecología actividades para acercar la cultura de las mujeres paquistaníes, desde comida, a creencias en torno al sexo, menstruación, embarazo, parto, puerperio y menopausia y remedios populares para problemas ginecológicos, pasando por las relaciones familiares e idioma, para establecer lazos con la comunidad y facilitar la relación profesional posterior,

Curso óptimo de acción

Los inmigrantes suelen tener mejor salud que los "locales", tanto física como mental, y por ello y por las barreras culturales y administrativas suelen utilizar menos los servicios sanitarios. Conviene facilitar el uso racional de los mismos para lograr que los recursos respondan a sus necesidades. Por ejemplo, para que utilicen los servicios de atención primaria con preferencia a los de urgencias y para que no demanden "privilegios" que puedan provocar rechazo entre los profesionales y en la población.

Solicitar atención ginecológica por profesionales femeninos es, en cierta manera, un privilegio pues a las "locales" no se les ofrecen alternativas al respecto. Sin embargo, puede verse tal solicitud en un marco de "normalidad" ya que es grande la intimidad física y psíquica que conlleva la prestación de servicios ginecológicos. Así, en los servicios sanitarios privados son muchas las mujeres pacientes que eligen ginecólogos mujeres. Las ginecólogas, pues, son preferidas sobre los varones ginecólogos, sin que ello implique desprestigio para estos.

El curso óptimo de acción exige el respeto a los valores en conflicto, con especial atención a la "parte más débil", las pacientes inmigrantes que se enfrentan a un medio "adverso", sin entender las claves de su funcionamiento.

Desde luego, la organización general no tiene porqué cambiar, pero sí se podría:

1. Mejorar el entendimiento de la cultura paquistaní (y de otros grupos) por parte de los profesionales de primaria y ginecología, para conocer a fondo su cultura respecto a los problemas de salud sexual, reproductiva y ginecológica.
2. Aumentar la capacidad de resolución de problemas ginecológicos de los profesionales de primaria, con formación y mejor acceso a pruebas de diagnóstico.
3. Fomentar la "normalización" de la utilización de los servicios sanitarios en general por las mujeres paquistaníes, para racionalizar recursos, mediante actividades teóricas y prácticas concretas.
4. Organizar el sistema de citas de ginecología de forma que se ofrezca una cierta flexibilidad

para elegir profesional por sexo, a demanda de la paciente y según disponibilidades del sistema, y al tiempo "premiar" la elección de los profesionales varones con "pronta cita" y mayores oportunidades para elegir día, hora, y localización (en su caso).

Recomendaciones

El problema considerado es probablemente sólo la cara más visible de las dificultades que tienen los inmigrantes para entender y aceptar la "normal" organización sanitaria.

En muchos casos, la rigidez de las normas de organización en el sistema sanitario sólo expresa rutina y ausencia de innovación e ingenio. "Se hacen las cosas como se hacen porque siempre se han hecho así", se responde. A veces cabe el re-análisis y el re-diseño de las pautas y rutinas que pueden estar siendo perjudiciales para la salud de inmigrantes y "locales".

El sistema sanitario acepta fácilmente "excepciones" pues predomina la experiencia entre sus profesionales de que "no existen enfermedades sino enfermos". Tal capacidad de aceptación de "variaciones" debería llevarse al límite de lo posible en pacientes "frágiles", como los inmigrantes, enfrentados ya de por sí a duras condiciones administrativas, económicas, culturales y sociales. Como ejemplo de flexibilidad a imitar, sin ruido ni alharacas, en los centros de salud las mujeres inmigrantes paquistaníes cambian de médico de cabecera cuando buscan una "mujer médico", sin llamar la atención y sin que se viva como "discriminación por sexo" [por cierto, los varones paquistaníes también suelen elegir "por sexo" y preferir médicos varones].

En la práctica, una flexibilidad lógica y "humana" del tipo de la que se propone como curso óptimo de acción puede abrir un diálogo positivo que se retroalimente y beneficie a toda la comunidad (inmigrantes y locales) y a la sociedad.