

Diversidad de culturas y asistencia médica

José M^a Lailla

Catedrático y Jefe
de Servicio
de Obstetricia
y Ginecología
Hospital de Sant Joan
de Déu
Universidad
de Barcelona

Multiculturalidad, interculturalidad, sociedad del mestizaje son palabras que reflejan conceptos que de forma repetida están en los medios de comunicación oral y escritos, en unas ocasiones considerándoles como una evidencia de avance social y en otras, reflejando una situación de conflicto. En cualquiera de los casos se trata de una realidad social actual y por consiguiente una circunstancia que influye e influirá en la relación médico-paciente y en nuestro caso en la asistencia obstétrica y ginecológica

Los profesionales que prestamos nuestra asistencia en hospitales o centros de salud en zonas de inmigración somos conscientes de la frecuencia con la que se ocasionan conflictos que tiene su origen en las diferentes formas de entender la persona, la sociedad e incluso la religión. A todos estos principios los incluimos de forma general en un concepto de "cultura", distinta a la nuestra, cuando en realidad estamos ante una situación de dispersión o diversidad de culturas que hemos de procurar cohesionar, para al menos coexistir juntos sin tener problemas de convivencia.

Siempre me he preguntado, en estos casos de diversidad y a menudo confrontación de principios, qué debe prevalecer en la asistencia médica, si la responsabilidad del médico como tal y por consiguiente su ejercicio libre y responsable de la medicina en beneficio del paciente o el respeto que debe tener hacia la libertad, la autonomía e incluso la dignidad de la persona que debe atender.

Si nos detenemos al estudio del problema desde el punto de vista ético, probablemente no encontraremos la solución ya que los principios éticos fundamentales de la autonomía, justicia y beneficencia no dejan de pertenecer a un tipo de cultura, en la que partimos de que toda persona, sólo por el hecho de ser persona e independientemente de sexo, raza y religión, tiene los mismos derechos y deberes. Estos conceptos no son compatibles con culturas donde la mujer es un sujeto pasivo en la sociedad, donde su

función primordial, para la cual es formada ya desde su infancia, es única y exclusivamente la reproducción y la crianza de los hijos y se encuentra totalmente sometida a las decisiones de su marido o de su entorno. El proyecto BIOMET II, en un intento de ampliar estos principios éticos básicos, los ha redefinido como: principio de libertad, dignidad, vulnerabilidad y autonomía. Probablemente el principio de vulnerabilidad, entendido como el conjunto de hechos o circunstancias ante las cuales todos estamos expuestos, como son la enfermedad, el dolor e incluso la muerte, nos permite reforzar la posición del médico que actúa tanto en la prevención como en la curación de la enfermedad apoyándose en este concepto.

No existe una opinión unánime en determinar que debe prevalecer, si la responsabilidad del médico o la libertad del paciente. Autores tan reconocidos como Levine E o Callahan D, que han debatido ampliamente el tema, mantienen puntos de vista distintos. Así el primero dice "La responsabilidad del médico es anterior a la libertad del paciente", argumentando que sólo se puede hablar de una libertad auténtica en el marco de una responsabilidad global. Callahan en 1998 ya afirmaba que la ausencia de libertad altera subjetivamente la calidad de vida de una persona y recordemos que la propia OMS ha definido repetidamente que la salud no sólo es un concepto físico sino que debe incluir el desarrollo afectivo, psíquico y de futuro de la propia persona dando especial importancia a la calidad de vida.

Nuestra modesta opinión está más de acuerdo con la propuesta de Levine, ya que consideramos que el mero hecho de garantizar conductas terapéuticas o tratamientos concretos y necesarios a nuestros pacientes representa una mejora sustancial en la calidad de vida de las mismas, procurando respetar siempre al máximo su libertad personal. Es justo pensar que en ciertas personas que llevan sus conductas a los límites de sus pensamientos y culturas probable-

Correspondencia:

Jose M^a Lailla Vicens
Servicio de Obstetricia
y Ginecología
Hospital San Juan de Dios
Ctra. de Esplugues s/n
08950 Esplugues de
Llobregat (Barcelona)

mente este razonamiento no les sea válido. En concreto pienso en aquellos pacientes capaces de no aceptar un tratamiento incluso con riesgo cierto de pérdida de la vida o de mutilación importante, pero en cualquier caso considero que son circunstancias especiales y puntuales que nunca resolveremos de forma satisfactoria para todos.

Existe un vacío legal evidente en este contexto y recientemente en un foro de juristas, presentando y discutiendo un caso típico de negación de una transfusión sanguínea a una paciente testigo de Jehová que presentaba una placenta previa central oclusiva sangrante con grave riesgo no sólo de su vida sino de deterioro hipóxico cerebral fetal, por la anemia materna, con un padre que no compartía las creencias de su esposa y me pedía primero y me exigía más tarde que actuara en beneficio de su hijo, conforme mis conocimientos médicos me indicaban. Pude comprobar cómo los referidos juristas tras discutir ampliamente el tema, en un tiempo y una tranquilidad que yo no disponía cuando tuve que adoptar una solución, no llegaban a una conclusión unánime y todos aceptaban que era necesario crear una jurisprudencia concreta y específica para estos temas.

Entiendo que los médicos ante estos posibles y cada vez más frecuentes problemas deberíamos solicitar a los órganos pertinentes que se creara un foro abierto de discusión y que se dieran unos principios básicos aceptados por la inmensa mayoría y que todos, médicos, personal sanitario, administraciones y princi-

palmente pacientes, entre los que incluyo las Unidades de Atención al Usuario, nos comprometiéramos a cumplir y desarrollar.

En la mayoría de ocasiones los conflictos o problemas que se reflejan a la opinión pública son los menos trascendentes, como son, si ciertas pacientes rechazan ser atendidas por un médico hombre o si otras pacientes no desean que se les practiquen ciertas exploraciones durante la gestación. Sin duda estos pequeños conflictos influyen en la relación entre el médico y la paciente, diría más entre la "cultura" del profesional y la mujer a la que atiende, pero existen problemas mucho más importantes y de mayor calado en esta relación cultural, como el no poder informar de un problema de esterilidad, conceder de que aquella mujer será repudiada e incluso abandonada o de la negativa a autorizar una cesárea por sufrimiento fetal, cuando se conoce que el feto es una hembra y así un sinfín de situaciones problemáticas.

Tengamos confianza y esperemos que del diálogo y la buena relación entre todos resolveremos estas situaciones, pero estoy convencido que se debe hacer algo más y que lo debemos hacer pronto, antes que ciertas conductas en un sentido protector o en un sentido impositor se introduzcan con fuerza y se arraiguen en nuestra forma de actuar. Si así sucede, el concepto clásico de la medicina del cuidar quedará dañado y es fácil caer en una actitud de discriminación positiva o negativa, que siempre será injusta.