

Fecundación asistida: desde la responsabilidad del Acto Médico

Un documento de posicionamiento del Colegio de Médicos de Bizkaia tras una reflexión de su Comisión de Deontología

Las técnicas de fecundación asistida se empezaron a utilizar en España en la década de los ochenta del siglo pasado. Desde entonces, su perfeccionamiento junto con el incremento de las posibilidades económicas de la sociedad las han puesto a disposición de los usuarios del Sistema Nacional de Salud o de diferentes entidades de medicina privada, con una legislación que únicamente limita su aplicación a los casos de contraindicación médica documentada o a la existencia de "alguna circunstancia documentada que pueda interferir de forma grave el desarrollo de la descendencia", según reza literalmente el texto legal.

Nuestra experiencia en estos últimos años nos ha enfrentado a situaciones que nos han hecho poner en cuestión la idoneidad de algunas de estas intervenciones. Hemos asistido a casos en que la mujer ha sufrido un quebranto importante en su estado de salud en relación directa con el embarazo y a otros en que las circunstancias personales o familiares del entorno nos han hecho sentir preocupación por el cuidado del recién nacido, obligándonos a solicitar la intervención de los servicios sociales.

El proceso de asistencia a la fecundación es un acto médico que si cursa con éxito tiene una consecuencia inmediata, la gestación y posterior nacimiento

de un niño. Este niño va a vivir en un entorno familiar que va a ser determinante para su salud, su bienestar y sus posibilidades de desarrollo físico e intelectual; no parece sencillo desentenderse de esta visión global del proceso y de la responsabilidad que ello comporta.

La pregunta de si es correcto hacer todo aquello que la técnica permite es una constante en la clínica desde que se pusieron a punto, en la segunda mitad del pasado siglo, las técnicas de soporte de funciones vitales. Hace tiempo que los médicos intensivistas, quienes primero se la plantearon, afrontaron esa reflexión y acuñaron expresiones como "limitación del esfuerzo terapéutico", reflejo de su aceptación de la idea de adecuar las posibilidades técnicas a una comprensión holística del papel de la medicina en el devenir de la vida humana.

Es una evidencia que las posibilidades de intervención en el origen de la vida son notables y que el desarrollo de la tecnología cada vez lo facilita más. El enfoque que se viene dando a este proceso es, en principio, el que se da a cualquier otro de la llamada medicina voluntaria, como pueden ser las intervenciones de medicina o cirugía estética o las de esterilización, situaciones estas en que la indicación médica apenas existe, limitándose a un consejo sobre la mejor manera de llevar a cabo una intervención que el paciente desea, sin otra limitación que la contraindicación.

Efectivamente podemos constatar cómo la ley apenas establece otros límites que la contraindicación documentada de embarazo o la existencia de una circunstancia que pueda interferir con el desarrollo de la descendencia, expresado de esa forma ambigua que hemos entrecomillado en el comienzo de este escrito. El proceso se asimila así a uno de medicina voluntaria en que no hay más implicados que el médico y el paciente, el cual en función de su derecho de autonomía puede solicitar un acto de mejora o modificación de su cuerpo, sin más limitación para llevarlo a cabo que la contraindicación médica.

Pero existe, a nuestro entender, una diferencia sustancial entre el proceso que nos ocupa y el resto de procesos de medicina voluntaria; en el de fecundación asistida además de la paciente se va a ver implicada una tercera persona, justamente el recién nacido cuya fecundación y gestación ha sido posible gracias a la intervención del médico. La consideración de la seguridad y el bienestar de ese recién nacido nos lleva a razonar que el principio de no maleficencia debe primar sobre el derecho de autonomía de los solicitantes, puesto que la primera obligación del médico es no hacer daño, exigible en el ámbito público y en el privado.

Desde el momento en el que es indispensable la intervención médica para la producción de un nuevo ser humano, deberá ser nuestra responsabilidad ética asegurarnos, antes de poner en marcha el proceso, de que el entorno en el que se desarrollará la persona es el más adecuado tanto en lo que se refiere a una situación de estabilidad familiar como de estabilidad social y económica. En la actualidad, es el médico responsable de la técnica en cada centro el que debe enfrentarse en solitario a la decisión de llevarla adelante o no hacerlo en cada caso, sin contar con más medios que lo que significa una entrevista clínica convencional.

A nuestro entender, una manera de abordar el tratamiento de esta cuestión podría ser plantear la creación en cada centro de una Comisión de Fecundación Asistida con carácter multidisciplinar, cuya misión sería precisamente la de servir de apoyo al médico especialista para establecer la idoneidad del proceso. Esta Comisión debería incluir en su composición a médicos especialistas en ginecología, pediatría, psiquiatría y personal de los servicios sociales. Debería facilitarse su trabajo haciendo factible la solicitud de informes a los servicios clínicos que se consideraran pertinentes y en especial a los servicios sociales. Todo ello, como venimos diciendo, con el fin de garantizar la correcta atención del futuro hijo y evitar situaciones de recién nacidos en riesgo de desamparo que en la actualidad solo conocemos a posteriori.

Esta propuesta nace de un sentimiento de responsabilidad ante un proceso en el que el médico es un actor central y hay una tercera persona implicada, un recién nacido cuya existencia se debe a la intervención médica directa, y de cuya seguridad y correcto cuidado nos parece que no nos podemos desentender.