

¿Cuáles deben ser los límites?

Reproducción 2013;28:103-104



Las conductas médicas pueden ser clasificadas, en general, desde el punto de vista de su indicación en 3 categorías: aquellas en las que no se discute la adecuación de su indicación, aquellas que no deben ser indicadas bajo ningún concepto, y finalmente, aquellas cuya indicación es discutible y hasta en ciertos casos, subjetiva. Estas últimas suelen ser objeto de negociación entre el médico y el paciente. Las conductas en medicina reproductiva no escapan a esta generalización.

Hace unos días se planteó en un grupo de especialistas en reproducción la siguiente situación. Una paciente de 45 años quería intentar un ciclo de FIV con óvulos propios; un año antes ella y su pareja habían hecho un procedimiento, en el cual se habían obtenido 2 ovocitos, de los cuales uno solo había fertilizado y se llegó a transferir un solo embrión de mala calidad. Obviamente, no hubo embarazo. El médico le explicó que la probabilidad de embarazo evolutivo con sus óvulos era cercana al 0%, por lo tanto, la indicación era pasar a ovodonación; sin embargo, la pareja no lo aceptaba aún. Uno de los colegas opinaba que el médico debía negarse a realizar la estimulación ovárica, puesto que no había chance de embarazo con esa edad y esos antecedentes. Otros opinaban que si la paciente, a pesar de conocer que sus probabilidades de embarazo evolutivo eran casi nulas, se hacía cargo del tratamiento, el médico no tenía obligación de negarse. El tema que más incomodaba al médico tratante era que el principal argumento de la pareja para iniciar un nuevo tratamiento era que la prepaga debía hacerse cargo de todos los gastos, según la reglamentación de la nueva ley de reproducción asistida. “Quiero intentarlo con mis óvulos nuevamente, doctor, total me lo pagan”.

Así, una discusión que se inició sobre si la conducta médica era correcta o no en función de los parámetros biológicos, pasó a discutirse en términos de quién se hacía cargo de los costos. Casi todos los médicos aceptaban que hubieran accedi-

do a realizar el tratamiento si la paciente se hacía cargo económicamente del mismo; sin embargo, nadie veía con buenos ojos que se realizara un tratamiento tan costoso con una chance casi nula de éxito, utilizando recursos no propios. Así y todo, la reunión terminó, pero los participantes no lograron consensuar una conducta médica sobre el caso.

En estas situaciones, parecería ser un ejercicio válido y útil aplicar los criterios de la bioética -autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia- para analizar el caso.

Teniendo en cuenta el principio de autonomía, debería respetarse la decisión de la paciente de realizar el tratamiento con óvulos propios, asegurándose de que ella haya recibido la información adecuada y sea consciente de las casi nulas chances de lograr el embarazo.

Si analizamos el caso considerando los principios de beneficencia y de no maleficencia, debemos decir que ningún tratamiento está exento de riesgos; sin embargo, todos sabemos que los tratamientos de reproducción asistida son seguros y la posibilidad de que ocurra alguna complicación es muy baja. Por otra parte, y en un sentido amplio, el realizar el tratamiento aún sin éxito, podría brindar el beneficio de ayudar a la paciente a elaborar el duelo que significa el no poder lograr la maternidad con sus propias gametas, y a aceptar la ovodonación.

Si analizamos el caso según el principio de justicia, una primera lectura de la situación daría la impresión de que es sumamente justo ofrecer un tratamiento a la paciente por su situación de esterilidad, habida cuenta de que desde hace muchos años se acepta que la imposibilidad de lograr la gestación constituye una patología. Sin embargo, cuando hablamos de justicia estamos obligados a introducir en el análisis a otros actores sociales. Me refiero al resto de los beneficiarios del sistema de salud. Así, surge la pregunta: ¿es justo para el resto de los usuarios del sistema hacerse cargo de un tratamiento sumamente costoso cuando las

probabilidades de éxito son casi nulas, solo por el hecho de que la paciente aún no asume que debe realizar un tratamiento de ovodonación?

Como decía al inicio, un número importante de indicaciones médicas, sean diagnósticas o terapéuticas, son discutibles. En más de una ocasión los médicos no logran ponerse de acuerdo frente a lo que se debe indicar al paciente, a pesar de que se analicen en profundidad los argumentos médicos a favor y en contra de la indicación. Pero lo que hoy complica aún más la decisión sobre muchas de las conductas en medicina reproductiva es la reglamentación de una ley de cobertura integral, sin excepción, de todos los casos de esterilidad. En este nuevo escenario, en la toma de decisión, entran en juego no solo los factores médicos, sino también factores económicos.

Tanto los pacientes como los especialistas en medicina reproductiva esperaban desde hace muchos años la aprobación de una ley de cobertura de los tratamientos de reproducción asistida. Por tal motivo, se celebra la reglamentación de la nueva ley. El problema es cuando una ley tiene límites muy amplios, o más aún, no tiene límites.

La idea no es reglamentar una ley restrictiva. Definitivamente, las leyes sumamente restrictivas generan más complicaciones que beneficios. Ejemplos de estas leyes aplicadas a la reproducción, en todo el mundo, sobran, y conocemos

cuáles han sido sus lamentables consecuencias. Por eso, no buscamos una ley restrictiva. Pero somos conscientes de que los recursos de salud son finitos, y la capacidad de los sistemas de salud para estos tratamientos, limitada. Por eso, es el momento de que los especialistas en medicina reproductiva participen en la implementación de esta ley, analizando hasta dónde debe extenderse la cobertura, respetando los principios de equidad y justicia, y en beneficio de todos los pacientes. Es importante que SAMeR, como sociedad científica, reúna a los especialistas para elaborar recomendaciones y pautas sobre los tratamientos. SAMeR debe constituirse como el referente de consulta, y sus recomendaciones deben ser valoradas y tenidas en cuenta por los legisladores. Asimismo, servirán como respaldo a las decisiones de los especialistas, quienes podrán tomar la conducta médica más adecuada para los pacientes, sin verse obligados a realizar tratamientos fútiles.

La tarea que nos espera no es sencilla. Consensuar en temas médicos suele resultarnos difícil; y más aún, si entra en juego la necesidad de definir ciertos límites. Pero no olvidemos que a veces es bueno poner algún límite.

Silvia Ciarmatori
Editora en Jefe