

LA EXTENSIÓN DE LA EUGENESIA EN EL ÁMBITO SANITARIO ESPAÑOL A TRAVÉS DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL

EUGENICS' EXTENSION IN THE SPANISH HEALTH CARE SYSTEM THROUGH THE PRENATAL DIAGNOSIS

Esteban Rodríguez Marín

Hospital Punta de Europa de Algeciras. (España)

estebanrodriguez2008@hotmail.com

Resumen

La amplia implantación de estrategias de cribado o selección prenatal junto a leyes que amparan la destrucción de la vida humana antes del parto en todo el mundo, están dando lugar a un número creciente de abortos eugenésicos. En España, la ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria de embarazo ha supuesto la liberalización del aborto eugenésico sin plazo límite. En concreto, las políticas sanitarias nacionales e internacionales de selección prenatal de Síndrome de Down que facilitan la destrucción total o parcial antes del parto de este grupo humano, sometiénolo a unas particulares condiciones de existencia durante su vida prenatal en las que serán objeto de una serie de técnicas de selección, podrían ser calificadas de políticas genocidas si consideramos la definición de genocidio dada por Naciones Unidas¹. En consecuencia, el agente sanitario que participa sin objeción en dichos programas, promovidos por los agentes principales, se ve convertido en un *cooperador necesario* del aborto que se justifica en el supuesto de «riesgo fetal». Podemos concluir que se asiste a una deriva eugenésica del diagnóstico prenatal que

1 Convección para la prevención y sanción del Genocidio. Asamblea General de Naciones Unidas. [pub. en línea] <http://www2.ohchr.org/spanish/law/genocidio.htm>. Artículo II: En la presente Convención, se entiende por genocidio cualquiera de los actos mencionados a continuación, perpetrados con la intención de destruir, total o parcialmente, a un grupo nacional, étnico, racial o religioso, como tal: a) Matanza de miembros del grupo; b) Lesión grave a la integridad física o mental de los miembros del grupo; c) Sometimiento internacional del grupo a condiciones de existencia que hayan de acarrear su destrucción física, total o parcial; d) Medidas destinadas a impedir los nacimientos en el seno del grupo. e) Traslado por fuerza de niños del grupo a otro grupo.

es contraria a los principios deontológicos de la profesión médica y que fundamenta una objeción de conciencia a estos programas que si no es tenida en cuenta llevará a un nuevo tipo de objeción de conciencia.

Palabras Clave: aborto, diagnóstico prenatal, eugenesia, Síndrome de Down, programas de cribado de anomalías congénitas, programas de cribado de cromosomopatías.

Abstract

The wide implantation of strategies of sifted or prenatal selection close to laws that protect the destruction of the human life before the childbirth in the whole world, they are giving place to an increasing number of eugenic abortions. In Spain, the law 2/2010 of the sexual and reproductive health and voluntary interruption of pregnancy there has supposed the liberalization of the eugenic abortion without term limit. In we make concrete, the sanitary national and international policies of prenatal selection of Down's Syndrome, which they chase to facilitate the total or partial destruction before the childbirth of this human group, submitting it to a few particular conditions of existence during his prenatal life in those who will be an object of a series of technologies of selection, they might be qualified of genocidal policies if we consider the definition of genocide given by United Nations. In consequence, the sanitary agent who takes part without objection in the above mentioned programs promoted by the principal agents, meets turned into a necessary cooperador of the abortion who justifies itself in the supposition of « foetal risk ». We can conclude that we are present at an eugenic drift of the prenatal diagnosis that is opposite to the ethical beginning of the medical profession.

Key words: abortion, prenatal diagnosis, eugenics, Downs Syndrome, screening programs for congenital anomalies, chromosomal screening programs.

1. El aborto eugenésico

Un nuevo tipo de eugenesia surge en las últimas décadas del siglo XX, basada en la capacidad de «diagnosticar» desde las primeras etapas del desarrollo la presencia en un embrión o un feto de un gen nocivo para la salud o de alteraciones estructurales o morfológicas, genéticas o adquiridas que condicionen discapacidad o enfermedad. Esta nueva eugenesia

prenatal vendría a sustituir las razones de purificación de la raza de otras épocas² por las de un interés sanitario como

2 Thomas H., «Cuando la Política somete a los médicos: Hipócrates Fuera de Juego» *Nueva Revista* nº 117 mayo-junio 2008 [pub. en línea], <http://nuevarevista.net/>: «Ambas, eugenesia y eutanasia, han entrado de nuevo en Europa; la eugenesia primero vía diagnóstico prenatal y luego vía diagnóstico preimplantacional, que en Alemania está aun prohibido. Quien manifiesta simpatía con algo que tenga que ver con la

forma de disminuir la prevalencia de los defectos congénitos en la población y, por «respeto» a la autonomía y al «deseo» del usuario de los servicios de salud. Se emplean dos tecnologías: el diagnóstico genético preimplantacional y el diagnóstico prenatal seguido del aborto. En este trabajo nos centraremos en las segundas.

Podríamos definir el aborto eugenésico ajustándonos a los hechos científicos con rigor técnico y semántico, como aquel *proceso para-médico de finalización de la gestación de un ser humano con intención homicida al que es sometido tras haber sido seleccionado mediante el diagnóstico prenatal, como medio de disminuir la prevalencia de los defectos congénitos, especialmente, pero no siempre, de los incurables o de los que implican una corta esperanza de vida o una vida postnatal con algún grado de dependencia.*

Con el diagnóstico prenatal de por medio será necesario aclarar la intención con la que se induce un parto, ya que también puede tener una finalidad homicida³. A

veces cuando el feto nace vivo se le deja morir o bien se le ejecuta activamente, como sucede en Holanda mediante el Protocolo de la Universidad de Groningen, cuyo sistema sanitario provee estos homicidios^{4,5} para los neonatos que nacen con defectos graves, llamándolos eutanasia neonatal cuando en realidad se trata de una eugenesia postnatal en nuestra opinión.

Al igual que un parto, un aborto no supone un acto único sino un proceso integrado en varias fases (selectiva, consultiva, preparatoria y ejecutiva) en el que se ven directamente implicados distintos agentes sanitarios. Así lo pone en evidencia no sólo la práctica clínica sino el Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha⁶ y la Asociación Española de Bioética (AEBI)⁷ quien asegura que el

eugenesia o la eutanasia, o incluso con la demografía se arriesga a que sus ideas provoquen el inequívoco tufo de las que se propagaron en la época nazi. Eso es bueno, pero hoy sucede lo mismo de modo democrático. El argumento básico es que todo se hace en interés del paciente y en el completo respeto de su autonomía.»

3 FIGO, Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. «Aspectos éticos concernientes a la terminación del embarazo posterior al diagnóstico prenatal» *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. October 2009 pp. 328-332; <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%20-%20Spanish.pdf>: «Si el aborto médico se practica a mitad del embarazo o después, puede potencialmente conducir al parto de un neonato vivo severamente enfermo o malformado. Generalmente se toman providencias para asegurar que los abortos médicos realizados después de 22 semanas de embarazo tengan como resultado fetos nacidos muertos».

4 Moreno, J.M., Galiano, M.J., *La eutanasia de niños en Holanda: ¿el final de un plano inclinado?*, Cuadernos de Bioética. XVI, 2005, Nº 3, pp. 345-356.

5 Verhagen, E - Sauer, P., *The Groningen Protocol-Euthanasia in Severely ill newborns*, New England Journal of Medicine 352; 2010, pp. 959-962.

6 Fundamento jurídico 5º del Auto de Suspensión Cautelar 392/10 TSJ Castilla la Mancha en relación a la información a la usuaria del aborto: «En efecto, a este respecto cabe señalar, en primer término, que no es tan evidente como la Administración pretende que la obligación de realizar un trámite de información que, de acuerdo con el art. 14 de la LO 2/2010, constituye un supuesto legal para la posibilidad de practicar el aborto, no sea una intervención directa en el mismo, dado el carácter de conditio sine qua non de dicho trámite».

7 Solicitud de la AEBI, dirigida al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, acerca de la Objeción de Conciencia ante algunos aspectos de la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo» [documento en línea] en: <http://www.aebioetica.org/archivos/docaeabi.pdf>. «1) La destrucción del feto en el seno materno no es un acto médico. Por ello,

aborto no es un acto médico. Igualmente lo hacía la Organización Médica Colegial en 1998⁸, aunque ahora- sin fundamentación científica, haya cambiado su doctrina en el art 7.1 del nuevo código deontológico de 2011 en el que considera que cualquier actividad lícita, y el aborto lo es, es un acto médico.⁹

En el aborto eugenésico la primera fase es la de selección que se articula a través de los programas de cribado de cromosomopatías y de anomalías congénitas en la que se ven directamente

cualquier profesional sanitario puede oponerse a realizar tal acto, o a colaborar en el, por no ser una obligación derivada del ejercicio de su profesión. Esta objeción de conciencia profesional deontológica, e independiente de las religiosas, exigiría que fuera el profesional, que acepte la realización o colaboración directa, quien pusiera en conocimiento del centro sanitario y del propio Colegio Oficial su postura favorable.2) De igual forma, no puede obligarse a un médico, siguiendo el sistema que impone la Administración Sanitaria, a aportar la información que debe recibir la mujer embarazada que solicita la Interrupción Voluntaria de su Embarazo al amparo de una ley que instaura el derecho al aborto.

8 Organización Médica Colegial. En: «La interrupción voluntaria del embarazo no es un acto médico». *Diario Médico*, 1998 (nº de 15 de Septiembre). «Un acto no es médico porque se recurra a una técnica, a una sustancia o a un instrumento de los que se utilizan en Medicina. Ni tampoco porque se lleve a cabo en un medio hospitalario por los profesionales de la Sanidad. Para que exista un acto médico estas intervenciones deben ir dirigidas a salvar una vida, mejorar la salud, prevenir la enfermedad o rehabilitar al enfermo, en contra de lo que pretende el aborto provocado».

9 Organización Médica Colegial. *Código Deontológico. Guía de Ética Médica* 2011. Art. 7.1: *Se entiende por acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos.*

implicados los obstetras y los médicos de atención primaria.

2. Programas de cribado poblacionales

Los programas de cribados poblacionales de patologías tienen interés en salud pública cuando tratan de cribar enfermedades frecuentes que supongan un problema importante de salud siempre que sea posible un diagnóstico y un tratamiento precoz y se disponga de pruebas de cribado que no supongan riesgos desproporcionados para la población.

En Ginecología son eficaces los programas de diagnóstico precoz de cáncer de mama y de cérvix, realizados mediante las mamografías y las citologías, respectivamente, extendidas a toda la población. En Obstetricia son de gran utilidad el cribado de diabetes gestacional (mediante la prueba de O'Sullivan) los cribados de infecciones (mediante serologías de VIH, Hepatitis, Rubeola, Sífilis, Toxoplasma, etc.) los de pre-eclampsia (mediante ecodoppler de las arterias uterinas), los de amenaza de parto prematuro (mediante la medición de la longitud del cérvix por ecografía), o los de incompatibilidad RH (mediante el *Test de Coombs*), que realmente aportan beneficios a madre e hijo y han contribuido a un desarrollo real de la calidad obstétrica. En Pediatría también hay programas de cribado neonatales como los de hipoacusia o fenilcetonuria que están dando alentadores resultados¹⁰.

10 Real Patronato sobre discapacidad. Ministerio de Sanidad. «Resumen Jornada de Actualización en Genética Humana» [pub en línea] en: http://www.rpd.es/noticias/genetica_humana.html.

Los criterios para la aplicación de un programa de cribado fueron establecidos por Wilson y Jungers en 1968 y desde entonces han venido siendo aceptados.¹¹

Pero lo que convencionalmente se entiende por *programas de cribado prenatal* hace referencia a los cribados de cromosomopatías del primer trimestre (ecografía de la semana 12) y a los cribados de malformaciones estructurales del segundo trimestre (ecografía de la semana 20) y se caracterizan, especialmente los de cromosomopatías, por no ajustarse a los criterios de Wilson y Jungers. Es decir, no están orientados al diagnóstico de enfermedades ni frecuentes ni que supongan un problema de salud pública¹²,

además la mayoría de la enfermedades detectables no van a tener un tratamiento posible y en caso de enfermedades incurables, como las cromosomopatías, someten a los pacientes fetales a riesgos, tanto directos como indirectos, que son desproporcionados y que suponen una forma de encarnizamiento diagnóstico evitable. En el caso de las cromosomopatías retrasar el diagnóstico hasta después del parto sería una medida que salvaría la vida de miles de niños afectados de Sd de Down en todo el mundo ya que más del 85% de los diagnosticados antes del parto son destruidos mediante el aborto eugenésico^{13,14,15,16}.

11 García Bermejo I. «Criterios para aplicar un Programa de Cribado». *Cribado serológico en la gestante: controversias y consideraciones sobre algunos patógenos de transmisión vertical*, [pub. en línea], <http://www.seimc.org/control/revisiones/serologia/Serogest.pdf>: Criterios para la aplicación de un programa de cribado a una población: 1) Debe conocerse correctamente la historia natural de la enfermedad; 2) La enfermedad que se pretenda cribar debe suponer un problema de salud importante y frecuente; 3) Debe existir un estadio precoz de la enfermedad en el que ésta sea detectable; 4) El tratamiento de la enfermedad en esta etapa precoz debe producir más beneficio neto que si dicho tratamiento se iniciase en una etapa más tardía; 5) Debe existir una prueba de cribado eficaz de la enfermedad y ser aceptable para la población; 6) Deben existir recursos adecuados para el diagnóstico y tratamiento correcto de las anomalías detectadas; 7) La posibilidad de daño físico o psicológico en aquellos en que se practica el cribado debe ser menor que la posibilidad de beneficio; 8) El programa de cribado tiene que ser coste-efectivo.

12 E. Bermejo, L. Cuevas, J. Mendioroz, M.L. Martínez Frías; «Vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas en España en los últimos 23 años (periodo 1980-2002)». En: *BOLETÍN DEL ECEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología*. Serie V. nº 2, 2003, p.61; http://bvs.isciii.es/mono/pdf/CIAC_02.pdf. «Sin

embargo, se ha progresado mucho en cuanto a la sensibilización frente a este tipo de patologías de baja frecuencia (hoy llamadas «Enfermedades raras»)».

13 Florez J., «Diagnóstico prenatal de Sd. Down y aborto voluntario» *Revista Síndrome de Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, Nº 93, 2007, pp. 71-79. «La presión social y la información poco actualizada han hecho ascender dramáticamente el número de abortos voluntarios de fetos con síndrome de Down (se llega al 85% de fetos diagnosticados con síndrome de Down), destapando así la concepción discriminadora de la sociedad ante la discapacidad».

14 Kramer. R. L. Jarve. R.K. Yaron. Y. Johnson. M.P. «Determinants of parental decisions after Prenatal Diagnosis of Down Syndrome» *American Journal of Medical Genetics* 79, 1998, pp. 172-174: «Of 145 cases of trisomy 21, 19 (13.1%) of women chose continuation of pregnancy, while 126 (86.9%) chose termination».

15 Cocchi, G. Gualdi, S. «International trends of Down Syndrome 1993-2004. Births in relation to maternal age and termination of pregnancies». *Birth Defects Research Part A Clinical Molecular Teratology*. 2010 Jun; 88 (6):474-9. «Although an increase in older mothers was observed in most registers, the prevalence of Down Sd. births remained stable in most registers as a result of increasing use of prenatal diagnostic procedures and termination of pregnancies with Down Syndrome».

16 Rousseau T, Amar E, «Variations in the prevalence of Down Syndrome in French population

3. Programas de cribado prenatal eugenésico en España

Tanto la SEGO¹⁷ (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) como las autoridades sanitarias autonómicas actuando como agentes principales, han diseñado programas de diagnóstico prenatal concebidos para que una de sus utilidades sea la de facilitar el aborto mediante la selección de los pacientes embriofetales afectados de una anomalía congénita, discapacidad o alteración genética o cromosómica, articulándolos en dos momentos claves del embarazo: en la semana 12, mediante el cribado combinado de cromosomopatías del primer trimestre (CC1T); y en la semana 20, mediante la ecografía de detección de malformaciones estructurales (ECO-20). La ecografía ha sido establecida en la se-

between 1978 and 2005» *Journal de Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2010 Jun; 39(4):290-6. Epub 2010 Apr 28. «Termination of pregnancy after prenatal diagnosis of Down's syndrome gradually increased reaching 78% in 2005. Live-birth prevalence decreased from 14 per 10,000 in 1978 to 5.1 per 10,000 in 2005.

17 Fortuny A., «Propuesta de Screening combinado de cromosomopatías en el primer trimestre de la gestación para todo el territorio nacional». En: *Recomendaciones para la organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología*. Documento SEGO 2005. pp.21-25. «El cribado de todos los embarazos debería identificar a las mujeres con un aumento de riesgo en una anomalía. El diagnóstico prenatal posibilita el tratamiento fetal y la terminación electiva de la gestación cuando la ciencia médica no puede ofrecer soluciones más adecuadas...debemos recalcar la necesidad de que en España todas las mujeres gestantes tengan acceso a un sistema de cribado que permita SELECCIONAR aquellas que, por presentar alto riesgo de alteraciones CROMOSÓMICAS son candidatas a pruebas diagnósticas invasivas. Es misión de las autoridades sanitarias, tanto del gobierno central, como de los autonómicos, garantizar esta igualdad en todo el territorio nacional».

mana 20 para facilitar el aborto dentro de la ley^{18,19}. La selección de seres humanos y las prácticas eugenésicas son contrarias a los tratados internacionales suscritos por España.²⁰

Para el diagnóstico de cromosomopatías (CC1T) se utilizan los llamados marcadores de riesgo de cromosomopatías, que son: epidemiológicos (edad materna, antecedentes familiares, etc.) bioquímicos (niveles en sangre materna de B-HCG, PAPA-A, etc.) y los marcadores ecográficos de cromosomopatías^{21,22} (sonolusencia nucal, hueso nasal, arteria umbilical única, quistes de plexos coroideos, ductus venoso, regurgitación

18 Valero de Bernabé J. «Medicina Perinatal y Diagnóstico Prenatal» en *Cuadernos de Bioética XX nº 70* 2009/3ª, pp. 441-450 «El establecimiento de ésta ecografía en la semana 20 está condicionada por la actual ley española de interrupción de la gestación, cuyo límite se encuentra fijado en la semana 22.»

19 Troyano-Usandizaga, M., «Organización de la ecografía obstétrico-ginecológica», en: *Recomendaciones para organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología*. Documento SEGO 2005. p. 35: «Es una ecografía de no retorno cronológico [la ecografía de la semana 20], esto quiere decir que estamos a las puertas de la semana 22, tiempo límite para tomar decisiones donde se incluye la interrupción de la gestación como una de las alternativas demandadas por los progenitores».

20 Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01) Artículo 3: Derecho a la integridad de la persona. (...) «En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular (...) y, la prohibición de las prácticas eugenésicas, y en particular las que tienen por finalidad la selección de las personas, (...)».

21 Cabero L, Sánchez M.A., «Procedimientos». *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*, Ergón 2008 Madrid, pp. 25-26.

22 Martínez, E. Antolín, B., «Cribado de Cromosomopatías en el Primer trimestre de Gestación». *Recomendaciones para la Organización de un Servicio de Ginecología y Obstetricia*. Actualización 2011. SEGO, Ed.Equium SL, Madrid, pp. 34-36.

tricúspide etc.). Estos marcadores son orientativos porque por sí mismos no son suficientes para establecer un diagnóstico ya que a veces también se hallan en fetos sanos, y se valoran en la eco de 12 semanas; se computan en un programa informático (el más usado en España es el *Fetaltest*) y se estima un riesgo para el feto (no para la madre como a veces se confunde, ver ref.17). Si el riesgo resulta elevado el diagnóstico deberá ser confirmado con una prueba invasiva (biopsia corial o amniocentesis) y si escapan en la eco-12, volverán a ser valorados en la eco-20. Para el cálculo de riesgo se utiliza un riesgo basal que en el caso de Sd Down se establece en 1/250, que significa que de 250 embarazos en mujeres de 35 años en uno nacerá un Sd de Down. El *Fetaltest* calcula el riesgo de tres cromosomopatías: las trisomías 21,13 y 18.

La búsqueda y hallazgo de estos marcadores no aportan ningún dato en beneficio de los hijos, salvo el supuesto beneficio eugenésico o proporcionar una relativa tranquilidad. Sin embargo, especialmente cuando el riesgo computado resulta elevado, genera una gran angustia evitable en los padres a los que será propuesta una prueba invasiva también con el pretexto de la tranquilidad y que sin embargo genera aun más angustia, corriendo el riesgo de perder a sus hijos como consecuencia de ella o de su resultado.

Para el paciente fetal la prueba invasiva supone un riesgo directo de muerte, mientras que el cribado combinado y la ecografía supone un riesgo indirecto: alguien puede decidir que debe morir

mediante una IVE. Aunque en la eco 12 se pueden diagnosticar otras patologías distintas de las cromosomopatías (anencefalia, holoprosencefalia alobar, gastrosquisis, onfalocele, megavejiga y anomalía body-stalk) su detección no va más allá del 29%²³ y se trata también de patologías sin curación que terminarán casi siempre en aborto. La SEGO considera que hay que dar información para facilitarlo²⁴. A pesar de que la mayoría de las malformaciones graves terminarán en aborto espontáneo²⁵, con los beneficios que ello supone para la mujer frente a un aborto «voluntario», el encarnizamiento diagnóstico promueve un diagnóstico cada vez más precoz que condicionará una innecesaria y lesiva decisión de aborto intencionado en la mayoría de los casos. La obstinación por diagnosticar cromosomopatías lleva a tratar de diseñar sistemas de cribado que con la mínima invasión consiga diagnosticar

23 Borrell A, Robinson JN, «Clinical value of the 11-to13+6 week sonogram detection of congenital malformations: a review. *American Journal of Perinatology*. 2011 Feb; 28(2), pp. 117-124.

«The rate of congenital malformation detection in the 12 week sonogram is up to 29% (95% confidence interval 25 to 33).

24 Martínez, E. Antolín, B., «Cribado de Cromosomopatías en el Primer trimestre de Gestación». *Recomendaciones para la Organización de un Servicio de Ginecología y Obstetricia. Actualización 2011*. SEGO, Ed. Equium SL, Madrid, p. 43. «La información deberá ser adecuada, respetando el deseo de la gestante sobre las posibilidades que el servicio sanitario les ofrece en relación a la continuidad del embarazo de acuerdo en los supuestos que establece la ley. Si la gestante opta por la interrupción del embarazo se le deberá facilitar información al respecto.»

25 *Ibíd.*, p. 41: «Por el contrario cuanto más cerca de la semana 11 se realice, la tasa de detección de cromosomopatías será mayor porque algunas abortan entre la semana 11 y la 12.

un mayor número de casos²⁶ que, aun así, serán abortados en su mayoría. Es de esperar que con las nuevas técnicas de detección de ADN fetal en sangre materna la eugenesia se extienda aun más como consecuencia de una mayor excelencia diagnóstica²⁷. A menudo se argumenta que el objetivo del DPN es *informar* (ver refs. 24 y 49), pero mientras que esa información pueda ser utilizada para destruir al enfermo «acusado» de poder lesionar los intereses de los progenitores, lo que se hace es *delatar* al ser humano cuya intimidad cromosómica o genética es puesta al descubierto. El médico que debería proteger al enfermo se convierte en un «acusador que fiscaliza la salud del paciente» facilitando que otros agentes sanitarios puedan destruirlo llegado el caso.

En Andalucía, en concreto, la estrategia se articula dentro del Plan de Genética de Andalucía mediante el PACAC²⁸ (Programa Andaluz de Cribado de Anomalías Congénitas).

26 *Ibíd.*, p. 32: «proporcionar una prueba de cribado de Sd Down a todas las embarazadas españolas que sea efectivo (capaz de detectar aproximadamente el 90% de los casos), y segura (que minimice los efectos secundarios como falsos positivos inferiores al 5% y pérdidas fetales por realización de pruebas prenatales invasivas como la amniocentesis o la biopsia corial)».

27 González-Melado FJ, Di Pietro ML. «Non-invasive Prenatal Genetic Diagnosis: a Bioethical Reflection on the Use of Non-invasive Prenatal Diagnosis From the Analysis of Nucleic Acids Present in Maternal Peripheral Blood.» *Cuad Bioet.* 2011 Jan-Apr; 22(74), pp. 49-75.

28 Antñolo Gil G; Sánchez García J; Sainz Bueno JA.; Guerrero Mántavez JM et al. Programa Andaluz de Cribado de Anomalías Congénitas, <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/370/pdf/DocPACAC.pdf>.

La utilidad de los cribados de cromosomopatías, dado que son enfermedades sin tratamiento posible sólo es eugenésica, siendo el objetivo final permitir el aborto tal y como se expresa en el consentimiento informado oficial del programa avalado por la SEGO²⁹. En cambio los cribados de anomalías mediante la eco de la semana 20 tienen una doble utilidad, eugenésica y terapéutica, siendo estas indisolubles dado el marco legal en el que nos encontramos y que convierte al especialista que se preste a participar en ellas sin objeción en *cooperador necesario* de todos los abortos que se ejecuten tras su diagnóstico. La *cooperación necesaria* ha sido definida en el artículo 28 del Código Penal: son autores quienes realizan el hecho por sí solos, conjuntamente o por medio de otro del que se sirven como instrumento. También serán considerados autores: a) Los que inducen directamente a otro u otros a ejecutarlo; b) Los que cooperan a su ejecución con un acto sin el cual no se habría efectuado.

Esta realidad puede ocasionar problemas de conciencia a los especialistas que

29 «Documento de Consentimiento Informado para el Cribado de Cromosomopatías en el Primer Trimestre». En *Estudio Multicéntrico on line sobre el Cribado Prenatal de Aneuploidias. FETALTEST*. (Avalado por la SEGO) [pub. en línea] <http://www.fetaltest.com/cgi-bin/ConsentimientoFetaltest.pdf>. «2. La prueba de cribado se realiza a partir del segundo y tercer mes del embarazo (10-14 semanas), y es una prueba no diagnóstica, cuyo resultado nos orientará a pensar si existe o no una cromosomopatía, es decir, una alteración en los cromosomas de mi hijo que pueda tener graves consecuencias en su desarrollo físico y/o mental. El objetivo final es conocer la integridad cromosómica de mi hijo y, de no ser así, permitirme acogerme a la Ley de la Interrupción Voluntaria del Embarazo».

queriendo hacer sólo un buen uso del diagnóstico prenatal les resulta imposible, viéndose directamente implicados en su mal uso. Mediante la Eco-20 también son abortados niños diagnosticados de cardiopatías, de espinas bífidas, de hernias diafragmáticas, de labio leporino, de agenesia de algún miembro u órgano, etc. Las posibilidades terapéuticas³⁰, a pesar de los avances, siguen siendo escasas y no son el objetivo de este artículo. No obstante, conviene resaltar que los escasos pero positivos éxitos terapéuticos a menudo resultan en acontecimientos mediáticos dada su excepcionalidad y pueden contribuir a la legitimación de una política sanitaria que eminentemente es eugenésica. En este sentido conviene recordar que otros usos de las técnicas eco-guiadas son los feticidios³¹ median-

te cardiopunciones de cloruro-potásico previa a la inducción de parto para la expulsión de fetos o a las «reducciones fetales» en embarazos múltiples cuando los padres lo «deseen».

4. El aborto eugenésico en la nueva legislación española

La LO 2/2010 utiliza el ambiguo concepto de *interrupción voluntaria de embarazo*, sin embargo no lo define, ni tampoco nadie ha definido qué es una IVE, pero sí se ha definido el aborto por la Organización Mundial de la Salud (OMS): *El aborto es la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno*. También lo ha hecho la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO): *El aborto inducido se puede definir como la terminación del embarazo mediante medicamentos o cirugía tras la implantación y antes de que el concepto sea viable independientemente*. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) lo define como *la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto con peso inferior a los 500 gr que se alcanza a las 22 semanas de gestación*.

Cuestión a tener en cuenta es que la «viabilidad» marca el límite a la hora de diferenciar un parto de un aborto. Sin embargo este concepto resulta impreciso desde un punto estrictamente científico, especialmente porque la tecnología ha hecho que los límites sean cambiantes —y lo seguirán siendo en el futuro— y porque

30 Cabero L, Sánchez MA. «Parte General», *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*, Ergón 2008 Madrid, p. 14: «Las posibilidades de tratamiento intrauterino de la patología fetal, se limitan a: Transfusión intrauterina por anemia fetal (por infección o por isoinmunización). Tratamiento farmacológico de la arritmia fetal. Tratamiento intrauterino de la hernia diafragmática congénita, Coagulación láser de anastomosis en el síndrome de transfusión feto-fetal en embarazos múltiples. Colocación de shunts: vesico-amnióticos (en la uropatía obstructiva), tóraco-amnióticos (en los casos de derrame pleural) o meningo-amnióticos (en caso de defectos del cierre del tubo neural), Cardiopunciones en estenosis valvulares.»

31 FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. «Aspectos éticos concernientes a la terminación del embarazo posterior al diagnóstico prenatal» *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. October 2009, pp. 328-332; <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%20-%20Spanish.pdf>. «Cuando la interrupción del embarazo más allá de 22 semanas es legal, la mayoría de las mujeres y los padres preferirían dar a luz un bebé muerto en caso de malformaciones congénitas severas. Es importante ofrecer

asesoría sobre las opciones destinadas a asegurar que el feto nazca muerto.»

la viabilidad antes del parto no tiene otro límite que la muerte natural de la persona en gestación. Todo ser humano sigue siendo viable hasta que muere. En nuestra opinión, distinguir entre viabilidad tras el parto o antes de él sólo tiene el interés de justificar la selección eugenésica y el homicidio prenatal, de la misma manera que distinguir entre vida humana antes o después de la implantación solo tiene el interés de poder justificar la mercantilización de embriones de persona. En rigor a los hechos científicos, que el embarazo comience con la implantación sólo es cierto para los conseguidos artificialmente tras una técnica de transferencia al útero de embriones producidos en laboratorio. Estos embriones, cuando se transfieren, están vivos y son de la especie humana y su gestación se inició en un medio artificial ajeno al organismo materno. Los cambios en el organismo materno y en el embrión durante su gestación comienzan antes de la implantación³².

Con respecto a la «voluntariedad» conviene remarcar que a menudo no es tal ya que la mayoría de las veces se trata de *interrupciones condicionadas del embarazo* por un diagnóstico prenatal, embarazo que en un principio fue deseado y que el diagnóstico convirtió en indeseable.

La nueva ley de aborto (en sus artículos 15.b y 15.c) ha regulado aquellos abortos que puedan ser justificados tras el diagnóstico prenatal. Se trata de

los abortos eugenésicos, aunque la ley *prefiera no denominarlos así*³³, en los que la cooperación directa de los obstetras dedicados al diagnóstico prenatal resulta jurídicamente necesaria, al menos en su fase selectiva, consultiva y preparatoria. Con respecto a la legislación anterior en materia de aborto (Código Penal Art. 417 bis apartado tercero) que limitaba el aborto a las 22 semanas de gestación, la actual ha supuesto una ampliación del aborto eugenésico sin plazo límite ante unas circunstancias que tampoco han sido definidas en la ley.

- CP: Art. 417 bis. Tercero: «*Que se presume que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las 22 primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto*».
- LO 2/2010. Art. 15.b: «*Que no se superen las 22 semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido*

33 Consejo de Estado «Dictamen del Consejo de Estado ante la ley de salud sexual reproductiva y de IVE.» Nº 1384/2009, 17 Sept. 2009, pág. 44. «... según lo establecido en el Consejo de Europa (Comité de ministros N/90 del 13 al 21/6/1990) Comité de Bioética de la UNESCO (Informe 29/08/1994) (...) el diagnóstico prenatal solo puede tener finalidades terapéuticas y nunca eugenésicas. Sería en consecuencia ilógico que un diagnóstico prenatal que no puede lícitamente conducir a una IVE ajena a la salud de la madre fuera la base legitimadora de una IVE eugenésica, aunque el anteproyecto, por razones comprensibles expuestas en el expediente, no prefiera denominarla así (...)»

32 López Moratalla N. «Desde su primer día, el embrión y la madre se envían señales ¿Cómo se desarrolla ese dialogo molecular?». *La comunicación materno-filial en el embarazo*. EUNSA, Navarra, 2008, pp. 27-28.

con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija».

- LO 2/2010. Art. 15.c: «Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

5. La SEGO ante el art. 15 de la nueva ley de aborto (LO 2/2010)

El Comité de Bioética de la SEGO³⁴, sin constancia de que se le haya ordenado, ha entrado a definir los dos supuestos desarrollados en el art. 15.c. En su declaración, el Comité de Bioética de la SEGO ha elaborado listados de enfermedades que justificarían los feticidios en función del artículo 15.c para orientar a los comités clínicos y a los especialistas individuales a los que involucra. Sin embargo no ha hecho lo propio con el 15.b que implica a dos especialistas en diagnóstico prenatal. Supuesto este último equivalente al del anterior art. 417.bis del CP, se ha venido justificando la destrucción de la vida de los seres humanos diagnosticados prenatalmente de Sd de Down, pero también de muchos otros sólo ante el riesgo o la

presunción de poder presentar el más mínimo defecto, muchas veces sin que se hayan confirmado³⁵: por ejemplo ante una exposición de la madre a un radiografía, al consumo de medicamentos en el embarazo, como consecuencia de una diabetes materna, ante la sospecha de un labio leporino en el feto o incluso de malformaciones severas, etcétera.

A propósito de la creación de listados de enfermedades, la FIGO hace esta consideración³⁶: «No existe una definición médica para lo que constituye la frontera de severidad de una enfermedad fetal y tampoco existe una definición social para lo que constituye una vida normal para un neonato....Además, las anomalías cromosómicas descubiertas por amniocentesis o las malformaciones cerebrales evidenciadas por el cribado ultrasónico rutinario, y confirmado por MRI, pudieran permanecer de (sic) consecuencias clínicas desconocidas e inducir a los padres a solici-

35 Martínez-Frías ML. «Situación actual en España sobre el Diagnóstico Etiológico en fetos procedentes de abortos por defectos congénitos. Directrices para un protocolo mínimo». En *BOLETIN ECEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología serie V* nº 8, 2009, p. 19: «Sin embargo, es relativamente frecuente que los profesionales sanitarios les digan a las mujeres embarazadas (en muchas ocasiones sin que esté presente la pareja) lo que tienen que hacer. Nuestra experiencia diaria es que sigue estando ampliamente difundida la actitud de decirle a la mujer «tienes que abortar» cuando el feto tiene una alteración o lo que es peor, cuando al profesional sanitario le parece que puede tener riesgo por cualquier circunstancia, muchas veces sin más indagaciones al respecto.»

36 FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. «Aspectos éticos concernientes a la terminación del embarazo posterior al diagnóstico prenatal» *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. October 2009, pp. 328-332; <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%20-%20Spanish.pdf>].

34 Cabero Roura JL. Antolín Alvarado E. y cols.[publicación en línea] *Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO sobre la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*.2010. http://www.sego.es/Content/pdf/Documento_Final_Bioetica_Aborto_2.pdf [consulta 24-12-2010]

tar la terminación del embarazo. Debido a la complejidad potencial de sus indicaciones, no existe una lista normativa de enfermedades que sean consideradas justificantes del aborto médico, dejando la decisión a cada caso en particular.»

La Comisión Deontológica de Ginecólogos DAV³⁷ ha contestado ampliamente la declaración de la SEGO reclamando que, al menos, al igual que se crean listados de enfermos susceptibles de ser ejecutados mediante un aborto, «se deberían elaborar listados de enfermos ante los cuales los obstetras nunca deberían ofertar la posibilidad de la muerte prenatal». En su informe declaran que, dado que es un hecho científico que lo único incompatible con la vida es la muerte, «esta Comisión Deontológica no comparte las definiciones que tratan de adaptar el lenguaje político al científico, propuestas por la Comisión de Bioética de la SEGO cuya autoridad para proponerlas como verdades indiscutibles necesariamente asumibles por los asociados puede ser cuestionable. Creemos que, en todo caso, debe ser el lenguaje político el que no renuncie a las verdades científicas y nos parece más apropiado y ajustado a la realidad científica englobar estos diagnósticos bajo el epígrafe de enfermedades con corta esperanza de vida y enfermedades con grados de dependencia. Precizando que el aborto bajo esta justificación no obedece a causas médicas sino de otro tipo.»

37 Rodríguez Martín E. Chiva de Agustín L. y cols. [publicación en línea] Informe sobre la Declaración de la SEGO ante la nueva ley de aborto. Septiembre 2010. http://www.bioeticacs.org/iceb/documentos/A_INFORME_GINE_DAV_ultimo.pdf [consulta 24-12-2010]

6. El diagnóstico prenatal eugenésico

La OMS define el diagnóstico prenatal (DPN) como: *toda aquella acción diagnóstica encaminada a identificar un defecto congénito, entendiendo por tal toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presente al nacimiento (aunque pueda manifestarse más tarde) externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple. El DPN eugenésico sería aquel que se ofrece con la intención de facilitar el aborto eugenésico. En este sentido es como la OMS entiende el DPN, llamando al aborto eugenésico «opción reproductiva»: «Ofrecer el diagnóstico prenatal sin la posibilidad de acceder a un aborto seguro puede condicionar a algunas mujeres a recurrir a un aborto ilegal e inseguro. La prohibición categórica del aborto es contraria a la premisa bajo la cual el diagnóstico prenatal es ofrecido para ofertar opciones reproductivas».*

Para este agente principal facilitar el aborto es una premisa bajo la cual debe ser ofrecido siempre el DPN³⁸, lo cual marca desde una sociedad político-sanitaria internacional la imposibilidad de separar el uso terapéutico del uso eugenésico. Tal separación también es imposible en aquellos países que, como el nuestro, cuentan con leyes en las que la vida antes del parto no goza de la misma

38 Wertz DC, Fletcher JC, Berg K. «Review of ethical issues in Medical Genetics». *Report of consultants to WHO. World Health Organization, 2003, WHO/HGN/ETH/00.4*, p. 76: «Offering prenatal diagnosis without the possibility of safe, affordable abortion may cause some women to have unsafe illegal abortions. Categorical prohibition is contrary to the premise under which prenatal diagnosis is offered, namely, offering people reproductive choices».

protección penal que tras él y legalizan el aborto eugenésico.

Por tanto, el DPN eugenésico podría definirse como aquella estrategia o programa de DPN concebido con la intención de ofrecer como *opción de la progenitora* la posibilidad de causar la muerte prematura del ser humano embriofetal diagnosticado de algún defecto congénito y, a su vez, establecer la *obligación del agente sanitario* de facilitar, tanto el aborto como el diagnóstico que lo justifique, a fin de «prevenir» el nacimiento de niños con defectos congénitos y disminuir su prevalencia. Bajo esta premisa de política sanitaria, el diagnóstico prenatal es concebido con una doble intención y aunque el DPN también pueda tener una utilidad terapéutica o incluso la de preparar la asistencia de un neonato que nacerá con problemas de salud, esta utilidad queda indefectiblemente vinculada a la eugenésica, de manera que el especialista que se preste voluntariamente a cooperar en esa estrategia es consciente de que se convierte en un instrumento del agente principal. Tanto es así que la OMS reconoce el derecho a no participar en el diagnóstico prenatal a los médicos que se opongan al aborto a pesar de recomendar su extensión a todos los países³⁹.

Como todo aborto provocado, el eugenésico consta de varias fases; la primera de ellas es la *fase de selección o cribado*. Como ya se ha expuesto, esta

fase no consiste en seleccionar mujeres o pruebas, sino en seleccionar aquellos fetos que podrían ser candidatos a ser abortados si no tienen curación o los padres lo «desean». La fase de selección puede ir seguida o no, de una fase de confirmación que normalmente se hará en las llamadas unidades de diagnóstico prenatal o de medicina fetal y es aquí donde generalmente se efectúa la fase ejecutiva final en estos casos⁴⁰. Es importante decir que este tipo de abortos con frecuencia son tardíos, cercanos a las 22 semanas, lo cual aumenta la morbilidad materna del procedimiento —incluso si se realizan en un medio hospitalario— y el dolor que sufre el feto⁴¹. Son además los que más afectan a los ginecólogos de los sistemas públicos de salud.

40 Sánchez Durán. M.A. Unidad de Diagnóstico Prenatal. Hospital Materno-Infantil Valle Hebrón. Barcelona. «Interrupción voluntaria del embarazo: técnicas, resultados y complicaciones». *JANO EMC La medicina hoy*. (09 Junio 2000). Volumen 59, Número 1349 pp. 47-50: «Es importante, pues, que cualquier unidad de diagnóstico prenatal tenga integrado un programa de interrupción de la gestación que pueda ofrecer la técnica de terminación más adecuada para cada caso individual y que a su vez cumpla una serie de objetivos fundamentales».

41 FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. «Aspectos éticos concernientes a la terminación del embarazo posterior al diagnóstico prenatal» *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. October 2009, pp. 328-332; <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%20-%20Spanish.pdf>: «Neonatos muy prematuros, así como fetos de la misma edad gestacional, muestran anatómicamente receptores nerviosos de dolor. Los bebés prematuros expresan reacciones al dolor y se presta gran atención para prevenir o aliviar sufrimiento, utilizando precauciones adecuadas o medicamentos. Se acepta que los fetos experimentan el mismo nivel de dolor y que responden a éste, y por lo tanto tienen derecho a recibir el mismo tipo de medicamentos».

39 Ibid. p. 38: «Although a full range of genetics services, including prenatal diagnosis, should be available in every nation, individual physicians may choose not to perform prenatal diagnosis for reasons of conscience, if they oppose abortion».

Hay corrientes que a este tipo de eugenesia prefieren llamarla eutanasia fetal alegando motivos falsamente compasivos en cada feto individual⁴², aunque reconocen que esa es la única indicación. Si la técnica médica no tiene más alternativas⁴³ se ofrece una técnica destructiva como servicio oficial. Pero aun siendo así en cada caso particular, lo cierto es que la intención de las políticas sanitarias con la extensión de los diagnósticos prenatales, es la disminución global de la incidencia al nacimiento y la prevalencia de personas con defectos congénitos⁴⁴ a través

42 Ibid.: «La interrupción del embarazo tras el diagnóstico prenatal no debe presentarse como aborto, sino como un parto prematuro inducido por medios farmacológicos, con alivio total del dolor materno y asistencia maternal profesional, indicado únicamente porque el feto, digno de toda compasión, se ve afectado por una enfermedad o malformación severa e incurable.»

43 A. Fortuny, M.L. Gómez. «Propuesta de screening combinado de cromosopatía en el primer trimestre de la gestación para todo el territorio nacional» En: *Recomendaciones para la organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología*. Documento SEGO 2005, p. 21: «El cribado de todos los embarazos debería identificar a las mujeres con un aumento de riesgo en una anomalía. El diagnóstico prenatal posibilita el tratamiento fetal y la terminación electiva de la gestación cuando la ciencia médica no puede ofrecer soluciones más adecuadas.

44 Martínez, O. Antolín E. «Cribado de Cromosopatías en el Primer trimestre de Gestación». *Recomendaciones para la Organización de un Servicio de Ginecología y Obstetricia*. Actualización 2011. SEGO, Ed. Equium SL, Madrid, p. 31: «Uno de los grandes avances en la atención obstétrica en nuestro país ha sido el desarrollo en los últimos 20 años de una política de cribado de malformaciones que basándose en la ecografía de la semana 20 se extendió rápidamente por nuestra geografía. Si hubo diversos factores que influyeron en su rápida implantación hemos de destacar al menos... Un desarrollo de publicaciones y cuerpo de evidencias que sostenía el beneficio de la ecografía poblacional en la reducción de las malformaciones al nacimiento»

de la ecografía y por medio del aborto. Por este motivo seguimos considerando adecuado el término de eugenesia. En nuestro parecer, considerar desde una institución sanitaria que es ético destruir por «compasión» a un feto enfermo con corta esperanza de vida, portador de discapacidad severa, o que dará lugar a una vida dependiente, es una forma de inducir al diagnóstico eugenésico -y justificar su existencia- que estigmatiza a los padres que deciden respetar la vida de sus hijos y amarlos hasta el final, considerándolos crueles e inmisericordes por no aceptar el homicidio prenatal de sus hijos «únicamente porque el feto, digno de toda compasión, se ve afectado por una enfermedad o malformación severa e incurable» (ref. 42). Comprobamos que esta presión institucional, unida a la dramática situación que viven, empuja a los padres a una decisión irreversible que generará secuelas que habrían sido evitadas de haberse evitado el DPN eugenésico.

Al mismo tiempo el riesgo para la salud de la madre puede afectar a su futuro reproductor⁴⁵ y también a su salud men-

45 Bánhidý F, Acs N, Puhó EH, Czeizel AE. «Association of very high Hungarian rate of preterm births with cervical incompetence in pregnant women». *Central European Journal of Public Health*. 2010 Mar; 18(1):8-15. «CIP is very frequent in Hungary probably due the extremely high number of previous induced abortion performed by dilatation and curettage method. CIP associates with an increased risk for preterm births; however, this increased risk was reduced by bed rest alone and mainly by therapeutic cerclage».

tal⁴⁶ y física.⁴⁷ «La IVE por anomalía fetal afecta a los padres profundamente. Cuatro meses tras el aborto, una parte considerable continúan sufriendo los síntomas de un stress post traumático y sentimientos depresivos. Los pacientes de alto riesgo pueden beneficiarse de un soporte intensivo»⁴⁸. Fomentar este tipos de programas de utilidad abortiva que daña la salud de la mujer supone una violación del principio de no maleficencia (*non nocere*). Consideramos más útil y ético no hacer participar en pruebas que pongan en riesgo la salud de hijos y padres y en caso de ocasional hallazgo adverso en los controles habituales del embarazo recomendamos hacer una labor de acompañamiento y refuerzo a los padres animándolos a que permitan que viva su hijo hasta su muerte natural, si llega. Con el aval que nuestra experiencia clínica nos proporciona comprobamos que la aceptación y la superación de este acontecimiento dramático se realiza de manera más positiva y con menos secuelas cuando no se opta por la destrucción intencionada del hijo enfermo.

Destruir la vida del paciente en el seno de su madre como medio de «curar» una enfermedad es contrario a los principios deontológicos de la profesión médica. La

única intervención legítima en el feto, ya sea diagnóstica o terapéutica, es aquella encaminada a causarle un beneficio⁴⁹ en contra de lo que supone el intento diagnóstico de patologías sin terapia posible que pueden conducir a su ejecución. Estas prácticas, además, suponen una violación del principio de no discriminación porque los cribados o *screening* de utilidad eugénica discriminan a los seres humanos por razones de edad y de salud y son contrarias a la Convención de Naciones Unidas de Personas con Discapacidad.⁵⁰

7. La extensión de la eugenesia a través de los programas de cribado

Las mismas premisas eugenésicas que hemos visto en la OMS han sido adoptadas por la FIGO⁵¹ y por la SEGO a la

49 Conclusiones del VII Congreso Nacional de Bioética «Bioética y conciencia». Cuadernos de Bioética XX, nº 70 2009/3ª p. 503-506: «La posibilidad de actuar en su beneficio es el principio terapéutico que determina la legitimidad de los procedimientos de diagnóstico prenatal e intervención en el feto...»

50 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Naciones Unidas. Art. 10: Derecho a la Vida: «Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás».

51 FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. «Aspectos éticos concernientes a la terminación del embarazo posterior al diagnóstico prenatal» *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. October 2009 (p 328-332) <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%20-%20Spanish.pdf>: «En países donde estas técnicas se encuentran disponibles, el principal objetivo del diagnóstico prenatal es informar a los padres de la presencia de enfermedades congénitas que puedan o no conducir a terapia pre- o posnatal, o puedan llevar a la terminación del embarazo».

46 Korenromp, M. J., G. C. Christiaens, et al. (2005). «Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study.» *Prenat Diagn* 25(3): 253-60.

47 Camargo RS, Santana DS. «Severe maternal morbidity and factors associated with abortion in Brazil» *International Journal of Gynaecol Obstet*. 2010 December 112(2):88-92. Epub 2010 Dec 4.

48 Korenromp, M. J., G. C. Page-Christiaens, et al. (2007). «A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies.» *Prenat Diagn* 27(8): 709-16.

hora de diseñar las estrategias de DPN. Igualmente, en Andalucía, y formando parte del Plan de Genética de Andalucía, se ha desarrollado el PACAC (Programa Andaluz de Cribado de Anomalías Congénitas). En Andalucía la doctrina de este programa se trata de extender mediante la instrucción del personal sanitario⁵². Programas similares existen en algunas comunidades autónomas (Asturias, Cataluña, Vascongadas, y La Rioja) y en otras son variables en cada área de gestión sanitaria.

Desde la instauración de los programas oficiales de diagnóstico prenatal y su extensión a toda población de embarazadas las cifras de abortos no han parado de aumentar año tras año⁵³. Según nuestra

investigación, tomando como fuente las cifras oficiales del Ministerio de Sanidad, el número de abortos acumulados por «riesgo fetal» en los cinco últimos años computados es de 15.350 (2005-09), cifra que asciende a 41.833 si se computan a partir del año 85 en que se despenalizó este tipo de abortos. Cabe preguntarse cuántos han sido realmente salvados gracias al buen uso del diagnóstico prenatal. La razón de este incremento es debida a la extensión de estos programas de cribado promovidas por la SEGO⁵⁴ que hace «llamamientos» para que las autoridades

52 Proyecto de formación del Programa Andaluz para el Cribado de Anomalías Congénitas» Fundación IAVANTE, Plan de Genética. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.: [pub. en línea] <http://www2.iavante.es/node/1285>: «El proyecto de formación del Programa Andaluz para el Cribado de Anomalías Congénitas pretende apoyar la implementación del Programa Andaluz para el Cribado de Anomalías Congénitas (PACAC) en todas las áreas hospitalarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Esta iniciativa formativa contempla el Cribado de Malformaciones Estructurales mediante Exploración Ecográfica Normalizada en la Semana 18-20 (Eco 20) y el Cribado Combinado de Cromosomopatías en el 1er Trimestre (CC1T) con el fin último de favorecer la extensión de la formación en el Cribado de Anomalías Fetales de una manera rápida y eficiente entre la población diana. La Fundación Iavante imparte este proyecto en colaboración con el Plan de Genética, y está subvencionado por la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud».

53 Bermejo E. Cuevas L. Mendioroz J. Martínez Frías ML» Vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas en España en los últimos 23 años (periodo 1980-2002)» En: *BOLETÍN DEL ECEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología*. Serie V. nº 2, 2003, p. 60. http://bvs.isciii.es/mono/pdf/CIAC_02.pdf: «Es

un hecho comprobado que cada vez nacen menos niños con defectos congénitos en España, como ya se ha venido comentando en Boletines anteriores [Rodríguez-Pinilla y cols., 2002]. En principio, esto podría valorarse como algo positivo. Sin embargo, es necesario profundizar en las razones de ese descenso para conocer su auténtico significado. Tal disminución en el número de niños con anomalías es atribuible, fundamentalmente, al impacto de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs) en los casos en que se detectan alteraciones en el feto. Esto indica que la patología no se evitó, ya que se produjo la alteración del desarrollo embrionario. Lógicamente, con los avances que se están produciendo en el campo del diagnóstico prenatal, cada vez es posible detectar más anomalías y más precozmente, incluso con técnicas no invasivas. Como consecuencia de esos progresos, está aumentando el número de IVEs, no sólo en nuestro país, sino también en el resto del mundo desarrollado [ICBDMS, 2002; EUROCAT, 2002]. Por consiguiente, no se está ejerciendo la prevención primaria (que es la que evita que se produzca la patología)».

54 Cabero Roura. L. «Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO sobre la interrupción legal del embarazo». En: *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2009; Vol. 52(1) pp. 67-68: «La comisión de bioética de la SEGO hace un llamamiento a los responsables sanitarios para que habiliten los recursos adecuados con el fin de realizar un diagnóstico prenatal de anomalías lo más precozmente posible, dado que en la actualidad es factible el diagnóstico de la mayoría de las alteraciones y malformaciones fetales mayores e incompatibles con la vida antes de la semana 22 de gestación.

sanitarias inviertan partidas presupuestarias para fomentar los diagnósticos antes de la semana 22⁵⁵.

Este tipo de programas ha conseguido implantarse prácticamente en todo el territorio nacional tal y como afirmaba el anterior Presidente de SEGO, José Bajo Arenas, aunque no se seleccionan pruebas sino que son seres humanos los que son seleccionados a través de las pruebas: «*El screening combinado del primer trimestre para seleccionar pruebas invasivas, (biopsia corion, amniocentesis) tiene un grado alto de implantación en las distintas comunidades autónomas y las tres ecografías durante la gestación se han consolidado en todo el territorio nacional. La ecografía de las 20 semanas para el diagnóstico prenatal de malformaciones ya ha quedado refrendada por las sentencias de los jueces como algo obligatorio y convertida casi en ley*»⁵⁶. Las demandas judiciales relacionadas con los errores o limitaciones del diagnóstico prenatal son cada vez más frecuentes, lo cual estimula un desarrollo de la medicina defensiva y contribuye a la expansión de las estrategias de cribados eugenésicos en un nuevo concepto de la Medicina a la que se le atribuye el papel social de satisfacer deseos.

8. Conclusiones

Con la extensión del diagnóstico prenatal concebido bajo la ideología de proporcionar «opciones reproductivas», en un marco legal que no protege la vida antes del parto, se está aumentando la destrucción de personas que deberían nacer con alguna discapacidad y se está desnaturalizando la esencia de la Medicina Fetal que considera al feto como paciente. La nueva legislación española amplía sin plazo límite la eugenesia a través del diagnóstico prenatal y el aborto por lo que es de esperar una expansión de la eugenesia prenatal. Este tipo de prácticas son contrarias a los principios deontológicos de la profesión médica y a algunas normativas internacionales. Los especialistas que sin oposición colaboran en este tipo de programas, incluso mediante actos neutros o positivos, se ven convertidos en instrumentos de los agentes principales responsables de los diseños de estrategias de cribados prenatales de cromosomopatías y anomalías congénitas. Resultan ser cooperadores necesarios de los abortos eugenésicos que se ejecuten al tener una implicación directa en su fase de selección. Con ello se contribuye a debilitar la necesaria oposición de los atentados contra la vida corriéndose el riesgo de ir cediendo insensiblemente a una lógica cada vez más permisiva que en algunos países ha derivado hacia una eugenesia postnatal. Oponerse a facilitar la selección de seres humanos que serán discriminados por motivos de edad o salud para hacer posible su destrucción que, además, daña la salud de los padres,

55 Valero de Bernabé, J. «Medicina Perinatal y Diagnóstico Prenatal» en *Cuadernos de Bioética* XX 2009/3ª (p 441-450): «El establecimiento de ésta ecografía en la semana 20 está condicionada por la actual ley española de interrupción de la gestación, cuyo límite se encuentra fijado en la semana 22.»

56 Bajo Arenas. «Carta del Presidente: Crisantemos» *Gaceta electrónica de la SEGO*. Año V Nov.2010.Nº57 [pub. en línea] <http://www.sego.es/Content/gacetas/Gaceta-57.pdf>.

justifica una objeción de ciencia a estos programas de diagnóstico prenatal, que si no es atendida origina un nuevo tipo de objeción de conciencia. Es necesaria una reflexión ética sobre el uso que se le está dando al diagnóstico prenatal que sólo debería servir para curar o paliar y nunca para destruir al paciente. Posponer algunos tipos de cribado hasta después

del parto salvaría la vida de muchos seres humanos en países con legislaciones restrictivas con el derecho a la vida antes del parto⁵⁷.

Una nueva Medicina sujeta a «la ley del deseo» puede convertirse en lesiva para la dignidad humana, especialmente cuando los deseos afectan a la procreación y suponen la destrucción de ciertas vidas.

Recibido: 17.10.2011

Aceptado: 13.12.2011

57 Nota del autor: *Es muy importante no confundir los controles realmente necesarios sobre un embarazo con los programas de cribado de utilidad eugenésica.* Valorar por ecografía el crecimiento fetal y su bienestar mediante la realización de perfiles biofísicos; valorando la movilidad fetal, el volumen de líquido amniótico, la biometría fetal, cefálica, abdominal y femoral la estimación del peso fetal, la perfusión fetal y cerebral, la longitud cervical, la localización placentaria, los registros cardiotocográficos y la frecuencia cardíaca fetal, el control de la tensión arterial materna y ganancia de peso, los controles hematológicos y pruebas del laboratorio de bioquímica o de microbiología no tienen nada que ver con los cribados de utilidad eugenésica que no aporten beneficios para el paciente fetal o lo sometan a riesgos desproporcionados ya sean directos o indirectos.