

II JORNADA DE ÉTICA SANITARIA, UNIVERSIDAD DE SEVILLA. Noviembre 2009.

PONENCIA:

Aplicaciones del Diagnóstico Prenatal: criterios actuales en la detección de taras.

ESTEBAN RODRÍGUEZ MARTÍN

Especialista en Obstetricia y Ginecología

Hospital Punta de Europa de Algeciras

INTRODUCCION:

Las aplicaciones de los actuales programas oficiales de diagnóstico prenatal o de cribados prenatales de malformaciones o enfermedades congénitas están determinadas, no solo por determinados aspectos científicos y técnicos sino, por legislaciones que observan algunos principios ideológicos que se imponen sobre principios estrictamente deontológicos y bioéticos.

El objetivo de esta ponencia será poner de relieve cómo las estrategias actuales de los programas de diagnóstico prenatal, avaladas por las sociedades científicas y las autoridades sanitarias, se han visto influenciadas por las legislaciones no protectoras de la vida del paciente fetal, de marcado carácter ideológico.

INICIO DE LA VIDA DE LA PERSONA (individuo de la especie humana DRAE):

La comunidad científica no tiene dudas de cuando comienza la vida humana. Es la fecundación, de un óvulo humano por un espermatozoide humano, el acontecimiento biológico que da lugar a la generación de una nueva realidad corporal y personal de un nuevo ser humano.

Así lo reconocen todas las instancias científicas y el dictamen del propio Comité Nacional de Bioética en cuya conclusión tercera establece que: "La edad embrionaria toma como día primero el de la fecundación".

El manifiesto de Madrid firmado por más de 2000 personalidades entre las que se incluyen profesores de universidad, investigadores, académicos e intelectuales de diferentes profesiones en sus dos primeros puntos afirmaba que:

a) *Existe sobrada evidencia científica de que la vida empieza en el momento de la fecundación. Los conocimientos más actuales así lo demuestran: la Genética señala que la fecundación es el momento en que se constituye la identidad genética singular; la Biología Celular explica que los seres pluricelulares se constituyen a partir de una única célula inicial, el cigoto, en cuyo núcleo se encuentra la información genética que se conserva en todas las células y es la que determina la diferenciación celular; la Embriología describe el desarrollo y revela cómo se desenvuelve sin solución de continuidad.*

b) *El cigoto es la primera realidad corporal del ser humano. Tras la fusión de los núcleos gaméticos materno y paterno, el núcleo resultante es el centro coordinador del desarrollo, que*

reside en las moléculas de ADN, resultado de la adición de los genes paternos y maternos en una combinación nueva y singular

Las conclusiones del VII congreso de la Asociación Española de Bioética (AEBI), ciencia con-ciencia, celebrado en Madrid en Octubre de 2009 abundan en el mismo sentido

1. Con la fecundación completa de los gametos comienza la existencia de cada ser humano. Durante los cinco primeros días de existencia recorre las trompas de Falopio hasta alcanzar el útero de la mujer convertida en su madre. A lo largo de ese viaje ambos establecen un diálogo molecular con el que inician la convivencia peculiar y única de los meses de gestación. Permanecer vivo exige siempre un continuo intercambio con el medio, y el medio natural, imprescindible de la etapa embrionaria, es el cuerpo de la madre, que se hace inmunológicamente tolerante al hijo.

2. No existe duda acerca de que el cigoto es el viviente humano en estado unicelular, que con la primera división celular, siguiendo el plano determinado en la fecundación, se convierte en embrión de dos células con el eje dorsoventral ya trazado, primer inicio de la forma corporal del feto y adulto. El desarrollo del cigoto totipotente da lugar a las progresivas estructuras corporales formadas por células troncales pluripotentes, multipotentes, progenitoras, etc., siempre organizadas espacialmente según los ejes corporales. Con la anidación se amplía la comunicación maternofiliar con intercambio de células y el establecimiento de la circulación materno-fetal. Con el inicio de la tercera semana las células troncales según su situación comienzan a formar el sistema nervioso, los vasos, la sangre y el esbozo del corazón. Días después, con un calendario propio y preciso, comienzan a estructurarse el resto de los órganos, tejidos y sistemas del cuerpo. En la semana veinte concluye el desarrollo del feto y un par de semanas después es viable fuera de la madre, con los cuidados adecuados.

Por tanto, no hay dudas científicas de cuál es el momento en el comienza la vida de las personas y el momento de la primera aparición de un cuerpo humano. Una persona vive la primera semana de su existencia en las trompas uterinas, tras implantarse en el endometrio uterino vivirá durante unas 39 semanas dentro de la cavidad uterina y tras el parto esa persona vivirá unos 85 años desprendida del seno materno.

Mientras que la esperanza de vida de un ovocito o de un espermatozoide es de unos 3 días, la esperanza de vida del cigoto humano es de unos 85 años, y acabar con su vida supone privar a esa persona de vivir todos esos años.

El cuerpo de la persona va cambiando a lo largo de toda su vida sin dejar de ser persona, y la misma persona, por mucho que su cuerpo sufra modificaciones morfológicas o funcionales ya sean patológicas o fisiológicas.

DEONTOLOGIA MÉDICA

. La medicina es la ciencia que se encarga, básicamente, del hombre sufriente, del hombre en su enfermedad y padecimiento, aplicando los conocimientos que proporciona la biología humana. En la era postmoderna, la medicina ha alcanzado gran desarrollo en los momentos en la que la vida del hombre es más crítica y vulnerable, es decir en sus orígenes y su final. Las aplicaciones de la bioética en estos momentos vitales: inicio de la vida, final de la vida y la

vida amenazada por la enfermedad, son esenciales para preservar la dignidad del hombre.

Aunque dentro de las corrientes bioéticas hay distintos puntos de vista, en mi opinión, debe ser el respeto virtuoso de la dignidad humana lo que debería constituir el punto de encuentro básico.

Los principios de beneficencia-no maleficencia, autonomía, y justicia, deben estar impregnados de virtud, sin perder de vista que estamos tratando a seres trascendentes y como tales dignos en sí mismos, incluso cuando se encuentran en esos momentos críticos de sus vidas. Igualmente y dado que el hombre, en esas circunstancias, queramos o no, se encuentra en una situación de inferioridad ante los agentes de salud, para preservar su dignidad, estos deben actuar conforme a un código de buena conducta y buenas prácticas, esta teoría del deber de actuar ético y conforme a la virtud, por el bien de la persona es lo que conforma la **deontología profesional**.

Actuar conforme a los principios deontológicos no debe ser confundido con el paternalismo médico. Como ejemplo valga la situación que se presenta ante la recomendación de aborto ante un diagnóstico prenatal adverso.

A menudo se acusa de paternalismo al profesional que recomienda seguir adelante con el embarazo, aun a sabiendas de un mal pronóstico para el niño en desarrollo que terminará en muerte precoz o en graves secuelas. Recomendar el aborto en esta situación parece que sería lo que debería hacer un buen médico en aras de "evitar sufrimientos innecesarios", pero ésta es la actitud verdaderamente paternalista y alejada de la deontología.

Resulta paternalista y anti- deontológico, aconsejar a una madre, ante el diagnóstico de una enfermedad de su hijo durante el embarazo, que lo mejor que puede hacer cuando la medicina "no puede aportar otra solución" es solicitar que alguien acabe, prematura e intencionadamente, con la vida de su hijo.

En mi opinión el buen médico no está para decidir ni recomendar cual es el mejor momento para morir, ni mucho menos para ejecutar al enfermo, -al contrario de lo que postula Engelhardt al considerar al agente de salud como un geógrafo de valores-, puesto que su competencia es curar y si no es posible paliar y acompañar al enfermo para padecer con él, es decir compadecer. Así que el buen médico, en mi opinión, es el que es "compadeciente" con el paciente y no el impaciente con el paciente, que decide con impaciencia y con una falsa ciencia sobre la vida del otro.

Tras estas reflexiones es posible entender que el código de ética y deontología médica en vigor incluya estos dos artículos, que marcan el deber deontológico ante los dilemas éticos que se pueda plantear el diagnóstico prenatal

- *Artículo 27.3 "El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste".*
- *Artículo 24.1 establece que "al ser humano embriofetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que se aplican a los demás pacientes".*

Por tanto ,el ser humano embriofetal enfermo DEBE ser tratado conforme a la dignidad que merece cualquier persona enferma, sin que la petición expresa,

por parte de sus progenitores, de que se acabe con su vida pueda ser una demanda, que lícita y deontológicamente, deba ser satisfecha por un médico. Así lo establece, también nuestro ordenamiento jurídico. El artículo 10 de la Convención de la ONU sobre derechos de las personas con discapacidad, suscrito por España, establece que los discapacitados tienen derecho a la vida.

Por otro lado un principio deontológico del médico es del: **primun non nocere** (primero no hacer daño) o **principio de no maleficencia**. Hoy nadie puede negar los daños que el drama del aborto causa en la salud de la mujer, no solo en la salud psíquica, sino que el futuro reproductor de la mujer y el poder desarrollar una sexualidad saludable se ve seriamente condicionado cuando existe un antecedente de aborto provocado.

Tras el aborto intencionado las mujeres sufren un gran número de cuadros clínicos que abarcan desde depresiones, hasta infertilidad.

El conjunto de padecimientos psicopatológicos se ha conocido con el nombre **de síndrome postaborto**. También se han descrito, en relación con el antecedente de aborto, trastornos del comportamiento sexual (anorgasmia, frigidez, vaginismo, fobias, homosexualidad, promiscuidad, ninfomanía). Trastornos de la conducta alimentaria (bulimia, anorexia). Trastornos por abuso de sustancias (alcoholismo, adicción a drogas). Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas). Trastornos del estado de ánimo y de la afectividad (depresión, ansiedad y angustia, depresión de aniversario, trastorno bipolar, psicosis, alucinaciones, intento de suicidio y suicidio consumado)

La base emocional del Sd. Postaborto quedó establecida con la famosa frase del Profesor Willke: *“es muy fácil sacar el hijo del útero de su madre pero muy difícil sacárselo de su pensamiento* (2). Miles de mujeres en España y en el mundo lo saben porque lo experimentan. Como describió en 1995 el Dr. Hernández Gálvez, al igual que en el stress postraumático, existe una fase de negación donde la emoción que predomina es la emoción colérica [*“En el caso de la mujer que aborta voluntariamente... se asocia siempre con culpa no vivenciada ni reconocida (negada)... ¿Cuál es la dinámica psicológica en la personalidad de la paciente que aborta voluntariamente? Normalmente ante una agresión la respuesta psicológica es de cólera.”*](3). En sintonía con esta apreciación el Dr. Schnake Ferrer afirma: *“Cuando las ideas y los sentimientos depresivos resultan intolerables, se tiende a negarlos y se los sustituye por actitudes contrarias como ira, hiperactividad y una sensación de superioridad frente al problema. Esto tiende a ser considerado socialmente como la “superación de la situación”*(4).

Esta fase de negación, que puede durar años, se manifiesta con ira y conductas agresivas contra sí misma y contra su entorno. Se niega la culpa propia mediante la justificación racional, o se le atribuye a otro. La justificación racional les lleva en ocasiones a recomendar el aborto a otras mujeres o a trabajar en movimientos pro aborto en un intento de minimizar su culpa no

reconocida o no vivenciada. Cuando la culpa se le atribuye a otro se busca un culpable, unas veces es la pareja que la obligó o simplemente no la apoyó ni insistió en seguir adelante con el embarazo, otras veces los psicólogos o asistentes sociales que la aconsejaron o los médicos que le recomendaron pruebas invasivas o le dieron un diagnóstico prenatal adverso, otras los hijos que ya tenía y cuyo bienestar no quería comprometer con la llegada de un nuevo hijo, otras sus padres etc.

En 2005 fue categorizado como un síndrome de stress postraumático, por cumplir los criterios diagnósticos del DSM-IV y CIE-10, con características específicas; tal como avala el trabajo de Gómez Lavín y Zapata García (1). El Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido advirtió del riesgo del aborto voluntario para la salud mental (5), a raíz del suicidio de una artista británica tras un aborto de gemelos según publicó, el 17 de marzo de 2008 en *The Sunday Times*, Sara Kate Templeton (editora de salud). Pero ya se conocía desde 1973 a raíz de un artículo publicado en la revista de la Asociación Médica Nacional de EE.UU. que afirmaba: "hay que alertar a los médicos sobre la necesidad de un seguimiento de todas las pacientes que abortan".

Numerosos estudios ponen en evidencia que este síndrome se produce incluso cuando el aborto es justificado por malformación fetal (8, 9, 10, 11,12). Baste citar la conclusión que publica Korenromp en su artículo: "Estudio prospectivo en parejas tras cuatro meses de la interrupción voluntaria de embarazo por malformación fetal", publicado en 2007 en la revista "Prenatal Diagnosis" que dice: "La terminación del embarazo por anomalía fetal afecta profundamente a los padres. Cuatro meses tras la interrupción, una parte considerable continúa sufriendo síntomas de stress postraumático y sentimientos depresivos. Pacientes considerados en alto riesgo podrían beneficiarse de un soporte intensivo" (13)

1 Gómez Lavín, C. y Zapata, R.: Categorización diagnóstica del síndrome post-aborto. *Actas Esp. Psiquiatría* 2005-(4): 265-272

2Dr. y Dra. J. C. Willke. (1992). *Aborto, preguntas y respuestas*. Cincinnati, Ohio: Ed. Hayes Publishing Company.

8 Di Giusto, M., R. Lazzari, et al. (1991). "Psychological aspects of therapeutic abortion after early prenatal diagnosis." *Clin Exp Obstet Gynecol* **18**(3): 169-73

9 Dallaire, L., G. Lortie, et al. (1995). "Parental reaction and adaptability to the prenatal diagnosis of fetal defect or genetic disease leading to pregnancy interruption." *Prenat Diagn* **15**(3): 249-59.

10 Iles, S. and D. Gath (1993). "Psychiatric outcome of termination of pregnancy for foetal abnormality." *Psychol Med* **23**(2): 407-13.

11 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

12 Zeanah, C. H., J. V. Dailey, et al. (1993). "Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation." *Obstet Gynecol* **82**(2): 270-5.

13 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.

En este sentido, las conclusiones quinta, sexta y séptima del último congreso de de la AEBI, también resulta concluyente:

5. El embarazo en sí mismo tiene un efecto beneficioso para la salud psíquica de la mujer. Si durante un embarazo se produce un problema psíquico debe ser tratado y el aborto no es nunca el medio terapéutico. No hay ninguna evidencia de que abortar reduzca los riesgos en salud mental de mujeres con embarazos no deseados. Por el contrario, la ruptura violenta del vínculo natural, que se produce con la interrupción del embarazo, hace que este tenga un efecto negativo para la salud psíquica de la embarazada. El aborto voluntario, a diferencia del espontáneo, se relaciona con el aumento del riesgo de una gama de alteraciones de la ansiedad, del ánimo, y la conducta. Se ha confirmado por estudio de neuroimagen el Trastorno de Estrés Posttraumático, uno de los catorce trastornos de los que aumenta el riesgo con el aborto. 6. En ocasiones el aborto inducido genera en la madre una espiral de violencia contra sí misma. Toda mujer que se someta a un aborto debe recibir un adecuado soporte psicológico con el fin de minimizar el impacto negativo del mismo, con independencia de haber sido convenientemente informada con anterioridad de los riesgos potenciales de la intervención abortiva.

7. Al daño psíquico de la madre, se suman los daños que afectan a su salud física y reproductiva. Se han descrito también alteraciones en las relaciones sexuales cuando uno, o los dos miembros de la pareja, han estado involucrados en un aborto. La salud reproductiva es aquella que se consigue en el ser humano que es sano para la reproducción y que hace de la reproducción un acto de salud y no de enfermedad. Por todo ello el supuesto derecho a la interrupción del embarazo no forma parte del supuesto derecho a su salud reproductiva. Salvar su salud reproductiva es aportarle soluciones al hijo no deseado distintas a la interrupción del embarazo. El aborto lesiona gravemente el derecho a la igualdad de la mujer embarazada: es una violencia de género que anula todo derecho a la igualdad.

El aborto lesiona la salud reproductiva y sexual de la mujer sin embargo es curioso como muchos profesionales de la ginecología ignoran su influencia. Como no son capaces de relacionar el antecedente de interrupción de embarazo con síntomas somáticos y psicosomáticos que después desarrollan las pacientes como: anorgasmia, vaginismo, falta de deseo sexual, o rechazo del sexo, tendencia a la promiscuidad o a la homosexualidad, reacción exagerada ante una exploración ginecológica de rutina...

Cuando se extrae un feto muerto como consecuencia de un aborto espontaneo pueden aparecer numerosas complicaciones, (además de la reacción de duelo) pero éstas son más frecuentes y graves cuando la naturaleza no había previsto el fin de la gestación, es decir; cuando el feto todavía estaba vivo y bien arraigado en el útero materno. Tras un aborto provocado aumentan los riesgos de infertilidad, abortos de repetición espontáneos o voluntarios, partos prematuros, sinequias uterinas, perforación y hemorragias, endometritis y septicemia, coagulopatías, necesidad de histerectomía urgente e incluso muerte.

El duelo en caso de aborto intencionado no desarrolla de manera saludable, pues el componente culposo lo dificulta.

Todos estos síntomas tienen repercusión en la salud de la mujer, sobre todo en la salud sexual y reproductiva y el ginecólogo, al menos, tiene el deber de conocerlos, especialmente los psicosomáticos que a menudo se desprecian.

IDEOLOGIA FRENTE A DEONTOLOGIA

La deontología profesional marca pues, cual debe ser comportamiento ético del médico. Es deber del médico custodiar la vida y la salud del paciente y acompañarlo durante su enfermedad tratando de aliviar, en lo posible, su sufrimiento pero respetando su vida hasta su fin natural sin poder terminar con ella prematuramente ni siquiera ante la petición expresa de éste o sus tutores legales, sin discriminarlo por motivos de edad, salud, sexo, ideología o religión

Ciertos sectores sociales que abarcan el mundo de la política, de los medios de comunicación, profesionales de la salud y corrientes bioéticas, son defensores de una ideología contraria a esta deontología profesional. En base a ella, se considera en un mismo plano ético la decisión de acabar con la vida del ser humano al que se le detecta una enfermedad antes de su nacimiento, que la decisión de respetar el curso del embarazo y la vida humana que alberga hasta su fin natural. Esto es lo que se denominado **ideología prochoice o pro- decisión.**

Los defensores del derecho a decidir nunca precisan que es lo que pretenden tener derecho a decidir, lo que hace que muchas personas ante esta verdad a medias sean seducidas por ese planteamiento ideológico pero no deontológico. Para no engañar se debe decir que lo que se pretende es el derecho a decidir acabar con la vida del ser humano al que se le ha diagnosticado, antes de nacer, una enfermedad, una discapacidad, una alteración de su morfología humana o de su fisiología.

El aborto, no solo no cura la enfermedad del hijo, sino produce una patología en los padres. El aborto no es medicina, no es deontología, es ideología y, medicamente, solo contribuye a generar otros problemas porque nunca es la solución.

Deontológicamente, el aborto intencionado no es lícito. Ante la excepcional situación de riesgo para la vida de la madre, la función del médico debe ser luchar por salvar la vida de ambos: madre e hijo. Será lícito llevar a cabo todas las actuaciones necesarias para salvar la vida de la madre aun a riesgo de que se produzcan efectos secundarios que puedan provocar el aborto, pero no se actuará conforme a la ética y la deontología si el aborto es buscado intencionadamente como medio o como fin.

Ante situaciones dramáticas se debe respetar la decisión de la madre de continuar el embarazo incluso si eso supusiese dar la vida por su hijo sin que nadie la pueda presionar e incluso obligar a abortar. Tampoco se pueden exigir actos heroicos, pero en este caso, como en todos, el médico tiene derecho a la objeción de ciencia y conciencia.

LEYES IDEOLÓGICAS CONTRARIAS A LA DEONTOLOGÍA

Las leyes abortistas tratan de imponer que sean los médicos, actuando contrariamente a su deber profesional, los que satisfagan ese falso derecho a decidir acabar con la vida de ser humano antes de que nazca, lesionando conscientemente, la salud de la mujer.

Las autoridades sanitarias, además, pretenden que los médicos deban identificar, antes del nacimiento, las alteraciones morfológicas o funcionales, de una categoría de seres humanos de manera que pueda ser legitimada su muerte precoz, intencionada y violenta, por medio de una interrupción voluntaria de embarazo.

En España, desde que el gobierno, en el año 85, impusiera su mayoría absoluta, el aborto eugenésico quedó despenalizado, la vida de las personas con discapacidad quedó sin protección jurídica, la salud de las mujeres puesta en riesgo y los médicos convertidos en cooperantes necesarios de un delito despenalizado y obligados a actuar en contra de la deontología profesional.

El artículo 417 bis del código penal que despenaliza el aborto eugenésico señala en el tercer supuesto : "No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes: () 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 **veintidós 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**".

No se precisa una demostración cierta, simplemente basta con presumir. No se especifican cuáles son esas graves taras que pueden justificar el aborto. Se pone un límite antes de la viabilidad del niño fuera del útero materno fijándose en las 22 semanas,(a las 24 semanas ya puede ser viable) y se requieren tres ginecólogos: dos que hagan el diagnóstico y un tercero que ejecute el aborto poniendo fin a la vida del ser humano embriofetal enfermo. Los tres resultan cooperadores necesarios para que ese aborto pueda ser justificado bajo este supuesto, lo cual convierte a los especialistas, en "policías", jueces" y, en algunos casos, en "verdugos".

En el nuevo proyecto de ley abortista, legaliza y convierte en derecho el aborto eugenésico que quedará articulado en los apartados b y c del artículo 15 de la siguiente manera:

b) Que no se superen las **veintidós semanas** de gestación y siempre que exista **riesgo** de **graves anomalías** en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por **dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija**.

c) Cuando se detecten anomalías fetales **incompatibles con la vida** y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por **dos médicos especialistas, distintos 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**.

El supuesto b) es exactamente el mismo que el tercero de la 417 bis,. Otro coladero en el que cabe todo. Se habla de riesgo y no de certeza. Si una mujer se toma un antibiótico o se hace una radiografía podrá abortar antes de las 22 solo porque *pueda tener riesgo* de que al niño le pase algo, no porque se demuestre que efectivamente le pase algo.

En la práctica real, estos abortos se han venido practicando sin los dos dictámenes pertinentes. Muchas veces porque estos abortos no son notificados. Otra porque ante la solicitud de la madre por el miedo de que el hijo pudiera ser afectado, cosa que ningún médico se atreve a garantizar que no pueda ocurrir, éste en aras de una medicina defensiva, motivada por sentencias contra los médicos (sentencias tipo *wrongfull birth*, (Tribunal Supremo Sala de lo Civil Sentencia 6/6/1997), por no haber diagnosticado problemas que podrían haber hecho que la madre pudiera haber tenido la opción de abortar, se lava las manos y se presta a la tramitación o la delega. De esos dictámenes se suelen encargar los servicios administrativos de los hospitales o médicos partidarios de ideología pro aborto.

El supuesto c) es la ampliación del anterior *sine die*, que queda englobado en éste y convierte al otro en innecesario por reiterativo. Siguen sin especificarse cuáles son esas enfermedades extremadamente graves e incurables que pueden justificar la ejecución de feto enfermo quedando a la valoración subjetiva de un comité clínico del que la ley excluye a los médicos que se hayan manifestado abiertamente como objetores al aborto, dejando sin abogado al niño y privando a los padres de otro punto de vista mucho más humanitario y deontológico.

Los médicos que osan decir que la mejor salida para un feto enfermo es que se le aborte causándole la muerte antes de que se muera solo, generalmente se niegan a ser ellos los ejecutores. ¿Cómo un comité puede decir a una madre, lo mejor es abortar pero que lo haga otro? ¿Cómo puedo recomendar abortar, cuando yo no sería capaz de hacerlo si además sé que sería violar los principios éticos de la profesión médica?

Un Sd de Down puede ser considerado una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico, y podrá ser ejecutado impunemente si el dictaminante (o el comité) es un médico de ideología prochoice hasta un día antes de nacer. Si el que lo diagnostica se ajusta a su código ético y deontológico, da igual, se podrán encontrar otros dos que estén dispuesto a contradecir al primero en aras de que la madre pueda decidir que quiere que otro médico acabe con la vida del hijo con síndrome de Down del que está embarazada. Hasta ahora, a los síndromes de Down o a los cardiopatas solo se les podía abortar hasta las 22 semanas, pero con este

nuevo supuesto se les podrá abortar hasta un día antes del parto, violando los derechos de las personas con discapacidad y la deontología profesional, que impide acabar con la vida de un paciente, aunque éste lo solicite y que debe considerar al ser humano embriofetal con las mismas directrices éticas que a cualquier otro paciente.

Mientras no se hagan listados objetivos de enfermedades en que sea lícito ejecutar al enfermo y los que no sea lícito, esto **seguirá siendo un coladero silenciado** que obliga a los ginecólogos a violar su código deontológico al convertirlos en jueces y verdugos de sus pacientes fetales, ante el simple requerimiento de los padres y a lesionar la salud de la mujer. No queda establecida ninguna auditoria sobre los cadáveres para confirmar si el diagnóstico fue acertado. Tampoco se hará seguimiento para comprobar si el aborto, en realidad, perjudicó más aun la salud de la mujer. No se establece ningún tipo de asistencia reglada a la mujer tras su aborto. Los comités clínicos, ideológicamente sesgados, solo se contemplan para los casos de enfermedad fetal de diagnóstico tardío.

El principio de autonomía del paciente debe tener unos límites éticos y ese límite debe impedir que el médico, cuando dispone de evidencias científicas que le hacen conocer que lo que demanda paciente lesione su vida y su salud, acceda a ello por suponer una violación del código deontológico. Por ejemplo, si alguien pidiera que le corten la mano porque no puede soportar el picor que tiene en las uñas por tener psoriasis, el médico debería imponer su autonomía profesional frente a la autonomía del paciente y negarse a practicar la amputación.

APLICACIONES DE LOS PROGRAMAS DE DIAGNOSTICO PRENATAL: LA EUGENESIA

Muchos ginecólogos hablan de las aplicaciones terapéuticas del diagnóstico prenatal, pero la mayoría suelen callar sus aplicaciones eugenésicas. Las técnicas de diagnóstico prenatal, sin duda, han supuesto un avance científico, y han permitido abrir una nueva subespecialidad médica cual es la **medicina fetal** que considera al feto como paciente.

El diagnóstico prenatal puede tener un buen uso, si se utiliza para curar, paliar, o para prever los cuidados que requerirá un recién nacido aquejado de una enfermedad. Pero también tiene un mal uso cuando es utilizado para permitir, facilitar, aconsejar o conectar, de cualquier modo, el diagnóstico prenatal con el aborto.

Por otro lado, abortar al ser humano enfermo frena el desarrollo de la medicina fetal ya que al eliminar al paciente perdemos la ocasión de seguir estudiándolo, se pierde la ocasión de asistir a una curación espontánea o a un error diagnóstico, se lesiona la salud de la mujer que también sufrirá las consecuencias del aborto aunque sea por este motivo, impide que la mujer pueda conocer a su hijo y acompañarlo, como madre, durante su enfermedad o el tiempo de vida que tenga, e incluso enterrarlo y hacer un duelo sano en el caso de que fallezca pronto tras el parto.

En términos absolutos, se podría decir, a día de hoy, que dadas las escasas posibilidades terapéuticas prenatales, el diagnóstico prenatal está consiguiendo un mayor número de víctimas, especialmente de niños con Sd de Down, que de curaciones, debido a leyes que permiten la eugenesia indiscriminada incluso de enfermedades leves como el labio leporino o potencialmente tratables como las cardiopatías congénitas, ya que las sociedades científicas y las autoridades sanitarias, han asumido los postulados ideológicos anti deontológicos de estas leyes injustas y discriminatorias a la hora de establecer los criterios actuales en la detección de “taras” o estrategias de diagnóstico y cribados de enfermedades congénitas.

Por ello y para salir en defensa de todos estos seres humanos débiles e indefensos y de sus madres a las que no se les informa adecuadamente de las consecuencias de la decisión abortiva, pacientes nuestros, que sufren, sin alternativa, el drama del aborto bajo la justificación de un falso humanitarismo que esconde un egoísmo de una sociedad y una clase médica que ha decidido dar la espalda a los más necesitados de amor y cuidados y a la deontología, yo me centraré en este mal uso del diagnóstico prenatal del que pocos quieren hablar. Sencillamente porque, desde mi punto de vista, el aborto eugenésico es el más inhumano y anti- deontológico de todos, por atentar contra el miembro más débil de toda la familia humana, ya que a su condición de feto indefenso se le añade su condición de enfermo.

Por regla general el embarazo que es sometido a pruebas de cribado prenatal de enfermedades congénitas, y especialmente de cromosomopatías, suele ser un embarazo deseado pero deja de serlo ante un diagnóstico desfavorable. Hay que decir que ante esa situación de miedo e incertidumbre la mujer sufre presiones para optar por el aborto y que las sociedades científicas, en concreto la SEGO (sociedad española de ginecología y obstetricia), elabora los programas para permitir el aborto como opción “ terapéutica” como luego veremos.

Someter a estos cribados a toda la población es una aspiración de las sociedades científicas.

“...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 CROMOSOMICAS son candidatas a pruebas diagnosticas invasivas...”
(Propuesta de Screening combinado de cromosomopatías en el primer trimestre de la gestación para todo el territorio nacional. A Fortuny. Recomendaciones para la organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología. Documento SEGO 2005.pag. 25,ISBN 84689-0753-)

Se trata pues de empezar a seleccionar a los seres humanos en función del riesgo de tener una enfermedad cromosómica, discriminando a los seres humanos, desde sus primeras semanas de vida, en 2 categorías, al objeto de detectar precozmente a los discapacitados, a fin de que puedan ser abortados en un plazo determinado por ley.

Las cromosomopatías (Sd. Down) son incurables por muy pronto que se haga el diagnóstico, la única utilidad de ofrecer un diagnóstico precoz es poder ofrecer un aborto precoz. Lo mismo ocurre con las enfermedades genéticas, hasta hoy ninguna de ellas tiene tratamiento prenatal posible. Algunas sí lo tienen postnatal. Adelantar el diagnóstico antes del nacimiento, no solo no tiene interés terapéutico sino que, además somete a riesgos al ser humano.

- Los **requisitos para considerar si un programa de cribado** es útil y aplicable a la población fueron expuestos **por Wilson y Jungers en el año 1968** y han sido aceptados desde entonces. Enumerados en la tabla 1. Al analizar teóricamente cada uno de los puntos, parece evidente que son procedentes, pero al estudiar su aplicación en la práctica son pocos los programas que los cumplen en su totalidad, especialmente en lo que se refiere a enfermedades incurables como las cromosomopatías como el Sd de Down, y que justifican, no solo una objeción de conciencia a estos cribados ideológicos sino una objeción de ciencia. Desde el punto de vista de la salud pública, un programa de cribado debe instaurarse analizando las necesidades sanitarias y la evidencia científica que concurren en cada caso, por lo que sería deseable el consenso entre todos los profesionales sanitarios implicados en la toma de decisiones. Otro requisito fundamental a tener en cuenta, es la disponibilidad de medios para hacerlo extensivo a la población general. El proceso que se pretende diagnosticar tiene que ser un problema sanitario importante y sin duda, dada la incidencia de la cromosomopatías, no suponen un problema sanitario importante, al contrario que el imparable aumento de abortos eugenésicos o voluntarios.

Tabla 1

- Debe conocerse correctamente la historia natural de la enfermedad.
- Debe existir un estadio precoz de la enfermedad en el que ésta sea detectable.
- **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.**
- Debe existir una prueba de cribado eficaz de la enfermedad y ser aceptable para la población.
- **Deben existir recursos adecuados para el diagnóstico y tratamiento correcto de las anomalías detectadas.**
- La posibilidad de daño físico o psicológico en aquellos en que se practica el cribado debe ser menor que la posibilidad de beneficio.
- El programa de cribado tiene que ser coste-efectivo.

Para que estos abortos se lleven a efecto se requiere el trabajo conjunto de una cadena de profesionales de la salud en la que se ven implicados: matronas, médicos de familia, anesthesiólogos, analistas, genetistas, ginecólogos y abortistas. Aunque la responsabilidad recae principalmente en los especialistas encargados del diagnóstico y de la ejecución del aborto, que son mayoritariamente los ginecólogos.

Generalmente los ginecólogos que participan en el diagnóstico no quieren verse ejecutando el aborto que facilitan y permiten con su diagnóstico y, los

casos son derivados a centros con acreditación para practicar abortos donde los realizan los ginecólogos abortistas. Sin embargo con la creación en los hospitales públicos de las denominadas **Unidades de Medicina Fetal**, los especialistas implicados en el diagnóstico se ven obligados a ofrecer el aborto dentro de sus carteras de servicios, donde los llaman **fetolisis**, en un eufemístico intento de dulcificar paternalistamente la realidad de acabar prematura e intencionadamente con la vida de un paciente y de un hijo, con el fin de atenuar inútilmente las conciencias tanto de profesionales como de padres.

Pero, en última instancia, no es la madre la que acaba con la vida del hijo, la cual adopta una actitud pasiva, sino el médico que activamente y en contra de la deontología se presta a satisfacer la solicitud de acabar con la vida de su paciente fetal y lesionando la salud de la mujer.

Resulta curioso que las unidades de medicina fetal y de diagnóstico prenatal no hagan públicos los datos de los abortos eugenésicos que facilitan o ejecutan. En el último informe IVE 2008 del ministerio de sanidad ninguna de estas unidades de los hospitales públicos aparecen reflejados en los listados de centros que han notificados abortos (anexo 3 del último informe iVE del ministerio de sanidad)

CRITERIOS DE DETECCION DE TARAS. ESTRATEGIAS DE DIAGNOSTICO PRENATAL. PROGRAMAS DE CRIBADOS DE DEFECTOS CONGENITOS.

En el denominado Consenso de Santander, del año 2000, la SESEGO (sección de ecografía de la SEGO), la sección de medicina perinatal y la AEDP (asoc. Española de diagnóstico prenatal) se establecieron los tipos de exploraciones ecográficas que deberían realizarse durante el embarazo en base a sus distintos grados de complejidad, de manera que se recomendaba hacer dos ecografías de tipo básico en el primer y tercer trimestre y una ecografía especializada en el segundo trimestre que sería la de diagnóstico prenatal de malformaciones o ecografía de alta resolución en la semana 20 (cfr. J. Troyano. M. Usandizaga. Organización de la ecografía obstétrico-ginecológica. *Recomendaciones para la organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología. Documento SEGO 2005.PAG31,ISBN: 84-689-0753-7*

En el capítulo 131 del **Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción de la SEGO** (Ed. Panamericana, Madrid 2003, página 1083, que versa sobre el aborto provocado el autor; Dr. Barambio Bermúdez, afirma literalmente:

*“La generalización del **diagnóstico antenatal** y el derecho legal de la mujer a que se impidan embarazos no deseados ha introducido el **aborto provocado** en la ginecología reglada, pero aún de manera poco generalizada...”*

Desgraciadamente la SEGO avala estas premisas al incluirlas en un tratado oficial. **El Dr. S. Barambio, Presidente de ACAI (asociación de centros autorizados para la IVE)** y por tanto parte interesada y parcial, afirma que; la mujer tiene derecho a que se le impida el embarazo no deseado, pero, hoy por hoy, el aborto es un delito, y no un derecho, aunque no tenga pena en tres supuestos. Esta ideología pro abortista ha entrado en la SEGO, y es una de las

finalidades del diagnóstico prenatal.

Con la publicación en 2005 del Documento SEGO 2005 sobre Recomendaciones para la organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología, se sientan las bases de las estrategias de de cribados prenatales para todo el territorio nacional, que han sido progresivamente implantadas en todo el territorio andaluz y nacional.

Se proponen dos momentos claves para el cribado prenatal de anomalías, malformaciones, o enfermedades prenatales:

- Cribados de cromosomopatías en el primer trimestre, ecografía de la semana 12
- Cribados de malformaciones en el segundo trimestre, ecografía de la semana 20

Las pruebas invasivas se harán en la semana 12 (Biopsia Corial) o en la semana 16(amniocentesis) con la intención de confirmar la presencia de enfermedades compatibles con la vida (al menos intrauterina) pero incurables, cuyo paradigma es el Sd de Down.

En el citado volumen de la SEGO (sociedad española de ginecología y obstetricia) pág. 21, se dice del **screening del primer trimestre** semana 12

“El cribado de todos los embarazos debería identificar individualmente a las mujeres con un aumento de riesgo de una anomalía .El diagnóstico antenatal posibilita el tratamiento fetal y la terminación electiva de la gestación cuando la ciencia médica no puede ofrecer soluciones más adecuadas”

Y en la pág. 35, se aclara la verdadera intención de establecer la **ecografía del segundo trimestre en la semana 20:**

“La ecografía de la semana 20 tiene unas peculiaridades que no se dan, por su transcendencia, en otras edades gestacionales:

a) Es una ecografía de no retorno cronológico, 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.”

En resumen, en la semana 12 los cribamos, en la 16 los confirmamos con la amniocentesis, y se escapan todavía queda la última oportunidad de “cazarlos,” para permitir el aborto, en la semana 20.

Estos postulados resumen claramente que la SEGO ha adoptado criterios ideológicos anti- deontológicos, a la hora de establecer los criterios de detección de taras para ofrecer el aborto eugenésico como uno de los objetivos y finalidades del diagnóstico prenatal.

La SEGO avala el programa Fetaltest, (www.fetaltest.com) que se utiliza en el territorio nacional para los cribados de cromosomopatías, entre otras utilidades. En su web se dispone de un documento de consentimiento informado, que

además de transmitir una información sesgada y alarmista de lo que supone una cromosomopatía (la más frecuente la trisomía 21 o Sd Down), deja claro cuál es el OBJETIVO FINAL de estos cribados:

<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**”

La vinculación entre diagnóstico prenatal y aborto es más que clara. La documentación que lo demuestra es amplísima. La propia OMS no solo lo reconoce sino que promueve el aborto como una de las utilidades de los programas de diagnóstico prenatal e incluso llega a reconocer el derecho a la objeción de conciencia a los médicos contrarios al aborto que no deseen cooperar con el diagnóstico prenatal eugenésico.

En un informe oficial sobre “Medicina Genética”, publicado en la **Review of Ethical Issues in Medical Genetics, la Organización Mundial de Salud**, además de expresar la relación directa entre diagnóstico prenatal y aborto, reconoce el derecho a la objeción de conciencia de los médicos implicados en esas prácticas. Dicho informe señala que:

“aunque todos los países deberían tener disponible un completo abanico de servicios genéticos, incluido el diagnóstico prenatal, los médicos individuales pueden elegir no practicar el diagnóstico prenatal por motivos de conciencia, si se oponen al aborto” [1].

En el mismo documento, la OMS reconoce la ideología proelección que subyace a los sistemas de diagnóstico prenatal al afirmar:

“Las naciones que prohíben la terminación de embarazos con un feto afectado tienen la obligación de examinar las condiciones bajo las cuales se ofrece el diagnóstico prenatal. Ofrecer el diagnóstico prenatal sin la posibilidad de un aborto seguro y accesible puede hacer que algunas mujeres recurran a un aborto ilegal e inseguro. La prohibición categórica es contraria a la premisa bajo la que el diagnóstico prenatal es ofrecido proporcionando a la gente opciones reproductivas” [2].

Es decir, no tiene sentido ofrecer el diagnóstico prenatal, si no es con la opción de proponer el aborto.

• [1] “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” ((Report of consultants to WHO. Wertz DC, Fletcher JC, Berg K. World Health Organization, 2003, WHO/HGN/ETH/00.4: pág. 38).

[2] “Nations that have laws forbidding termination of pregnancies with an affected fetus have the obligation to examine the conditions under which prenatal diagnosis is offered. 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". (Ibidem, pág. 76)

Esta relación directa entre diagnóstico prenatal y aborto eugenésico también queda demostrada en el **boletín del ECEMC** (estudio colaborativo español de malformaciones congénitas) La realidad es que **cuanto más se extiende el diagnóstico prenatal, más abortos se producen.**

*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).*

BOLETÍN DEL ECEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología. Serie V. nº 2, 2003. ISSN: 0210-3893, pág. 60.
Texto completo en: http://bvs.isciii.es/mono/pdf/CIAC_02.pdf

Resulta sorprendente y alarmante comprobar cómo la SEGO no sólo no denuncia esta vinculación directa del diagnóstico prenatal con la eugenesia, sino hace un llamamiento a las autoridades sanitarias para que promuevan, en toda la población, unos servicios de diagnóstico prenatal cada vez más precoces, con la intención de poder ofrecer un aborto lo más precoz posible. La declaración de **Comisión de Bioética de la SEGO sobre la interrupción "legal" del embarazo** publicada en la revista oficial de la SEGO "Progresos en Obstetricia y Ginecología" lo deja claro cuando afirma:

"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."

L.Cabero Roura. Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO sobre la interrupción legal del embarazo. Prog Obst Ginecol.2009, 52(1):67-8 ISSN: 0304-5013

Frente a esto cabe recordar los artículos citados del Código de Ética y Deontología Médica y la conclusión novena del congreso **VII congreso nacional de de la AEBl:**

*"...El diagnóstico de que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas no puede dejarse a la arbitrariedad de criterios tales como calidad de vida, coste económico y social, o de incomodidad o esfuerzo en sus cuidados y crianza. 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...**"*

Al respecto, y con independencia de creencias particulares, la instrucción **Donum Vitae**, que trata sobre el respeto que merece la vida naciente, supone

un valioso documento bioético que pone luz en estas cuestiones, y así el punto 2 del capítulo primero que habla sobre la ética del diagnóstico prenatal, en su tercer párrafo, proclama:

*“Por último, se debe condenar, como violación del derecho a la vida de quien ha de nacer y como trasgresión de los prioritarios derechos y deberes de los cónyuges, **una directriz o un programa de las autoridades civiles y sanitarias, o de organizaciones científicas, que favoreciese de cualquier modo la conexión entre diagnóstico prenatal y aborto, o que incluso indujese a las mujeres gestantes a someterse al diagnóstico prenatal planificado, con objeto de eliminar los fetos afectados o portadores de malformaciones o enfermedades hereditarias.**”*

http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_sp.html

En sintonía con ello, el **informe del Consejo de Estado** frente al anteproyecto de la nueva ley de aborto del gobierno y haciéndose eco, de las conclusiones del Consejo de Europa (Comité de ministros N/90 del 13al 21/6/1990) y del comité de bioética de la UNESCO (Informe 29/08/1994)., establece, en la pág. 44, que no es lícito el aborto justificado tras un diagnóstico prenatal, por constituir una discriminación por motivos de salud, recomendando adaptar el art 15 de la nueva ley a la legislación internacional :

*“(...) 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 (...)”*

Por tanto, frente a estos programas de la autoridades científicas y sanitarias diseñados para conectar el diagnóstico prenatal con el aborto eugenésico, con independencia de quién ejecute el aborto, está más que justificada una objeción de ciencia y de conciencia, que llame la atención sobre la injusticia intrínseca a este tipo de medicina impregnada de la ideología de la denominada “cultura de la muerte”.

FRUTOS DEL DIAGNOSTICO PRENATAL EUGENESICO

Desde la instauración de los programas de cribado prenatal de cromosomopatías y malformaciones los abortos eugenésicos han sufrido un incremento constante en números absolutos. Sin embargo, el porcentaje con respecto al total de abortos se ha venido manteniendo constante a lo largo de todos estos años en torno al 2-3%

Una de las razones de ello es; que la probabilidad que la naturaleza produzca un feto con alguna malformación es precisamente del 2-3%. El 98% de los hijos nacerá sano, es la propia naturaleza la que debe proporcionar a las madres la tranquilidad que demandan sin someter a sus hijos a pruebas que presentan dos riesgos principales para sus hijos.

Un riesgo directo de muerte cuando son sometidos a pruebas invasivas, riesgo que será desproporcionado cuando se trate de diagnosticar enfermedades incurables como el Sd Down. Y un riesgo indirecto en las pruebas no invasivas, la ecografía. Ya que tras el diagnóstico alguien podría decidir que ese hijo no merece nacer.

Para el paciente fetal no representa ningún interés que alguien pueda conocer su secreto genético o cromosómico.

En la práctica real, la teoría de la aceptación serena no se cumple y a menudo, los padres en el temor, la incertidumbre y las presiones de un sistema sanitario ideologizado y de una sociedad eugenésica, les lleva, precipitadamente y corto plazo de tiempo, a tener que tomar una decisión abortiva, no exenta de secuelas, que acabará intencionadamente con la vida de sus hijos enfermos. Incluso ante diagnóstico de enfermedades potencialmente curables, como las cardiopatías congénitas o las hidrocefalias, que requerirán esfuerzos y cuidados especiales. También se toma con frecuencia la decisión abortiva ante enfermedades incurables pero que son perfectamente compatibles con la vida y la dignidad de la persona, como ocurre con los Sd de Down, las espinas bífidas, las fisuras palatinas, o los pies zambos, por poner solo algunos ejemplos.

La decisión abortiva será más frecuente cuanto más precozmente se realice el diagnóstico, incluso si se trata de enfermedades menos graves como el labio leporino o el pie zambo, ya que existe la falsa percepción de que si se aborta de poco tiempo no se aborta a una persona. Este es uno de los riesgos en los que incurre la SEGO al promover un diagnóstico prenatal cada vez más precoz.

En el año 1998 se ejecutaron 53.847 abortos, de ellos el 2,27% fueron justificados por el supuesto eugenésico de riesgo fetal, con un total de 1800 abortos.

En el año 2006 de 101.592 abortos se cometieron 2800 abortos eugenésicos, lo que representa un 2,8%.

En 2007 de 112.138 abortos el 2,9% fueron eugenésicos con un total de 3263

El último informe del ministerio de sanidad sobre IVE en 2008 cifra el número total de abortos 115.812, de los que 3312 fueron eugenésicos, lo que supone el 2,86%

TABLA EV.4. I.V.E. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE CENTRO, SEMANAS DE GESTACIÓN, MOTIVO DE LA INTERRUPCIÓN. 1999-2008. TOTAL NACIONAL.										
	Año de intervención									
1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
TOTAL I.V.E	58.39	63.75	69.85	77.12	79.78	84.98	91.66	101.59	112.13	115.81
	9	6	7	5	8	5	4	2	8	2
Tipo de centro										
HOSPITALARIO	10,03	10,45	11,01	10,96	12,54	13,28	12,79	11,62	12,63	12,77
Público	2,24	2,11	2,16	2,09	2,41	3,56	2,91	2,51	2,08	1,91
Privado	7,78	8,34	8,85	8,87	10,13	9,71	9,88	9,11	10,55	10,86
EXTRAHOSPITALARIO	89,97	89,55	88,99	89,04	87,46	86,72	87,21	88,38	87,37	87,23
Público	0,29	0,26	0,28	0,38	0,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Privado	89,68	89,29	88,72	88,66	87,01	86,72	87,21	88,38	87,36	87,23
Semanas de gestación										
8 ó menos semanas	64,66	65,03	64,29	62,69	63,52	61,43	62,09	62,23	62,84	62,90
9-12 semanas	25,83	25,68	25,05	26,54	25,36	26,50	25,84	25,71	25,31	25,80
13-16 semanas	4,51	4,47	5,25	5,36	5,57	6,33	5,98	6,14	6,20	6,11
17-20 semanas	3,28	3,30	3,68	3,53	3,62	3,69	4,05	3,87	3,69	3,49
21 ó más semanas	1,41	1,45	1,67	1,85	1,92	2,02	1,98	1,97	1,93	1,67
No consta	0,31	0,06	0,07	0,03	0,01	0,03	0,07	0,08	0,04	0,02
Motivo de la interrupción										
Salud materna	97,22	97,16	97,16	96,81	96,89	96,70	96,68	96,98	96,93	96,96
Riesgo fetal	2,47	2,57	2,53	3,03	2,83	3,06	3,16	2,83	2,91	2,86
Violación	0,04	0,05	0,09	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,02
Varios motivos	0,19	0,14	0,22	0,13	0,26	0,22	0,15	0,18	0,15	0,16
No consta	0,09	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

La tasa de aborto eugenésico se mantiene constante entre el 2y3%. Esta tasa coincide con la proporción en las que los defectos congénitos se dan en la naturaleza (ECEMC)

En los tres últimos años cerca de 10.000 niños han dejado de nacer, víctimas del diagnóstico prenatal eugenésico. ¿Cuántos habrán sido realmente salvados gracias al diagnóstico prenatal? Esta debería ser la reflexión que los responsables de las unidades de medicina prenatal y de la SEGO deberían hacer.

Por otro lado la estratificación de las causas de esos abortos se ocultan sistemáticamente. Solo hemos podido encontrar un informe del año 2006 del servicio vasco de salud en los que se especifican algunas de las causas.

TABLA: Causas de interrupción cuando el motivo ha sido "Presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras" en mujeres residentes de la CAPV. Año 2006.

GRUPO CIE 9-MC N° %		
I (0-139) Enfermedades infecciosas	3	1,7%
II (140-239) Neoplasias	3	1,7%
III (240-279) Enf endocrinas y trast.de la inmunidad	1	0,6%
V (290-319) Trastornos mentales	2	1,2%
VI (320-389) Enfermedades del sistema nervioso	3	1,7%
VII (390-459) Enfermedades del aparato circulatorio	2	1,2%
IX (520-579) Enfermedades del aparato digestivo	4	2,3%
X (580-629) Enfermedades del aparato genitourinario	3	1,7%
XIII (710-739) Enfermedades sist. osteo-muscular	1	0,6%
XIV (740-759) Anomalías congénitas	138	79,8 %
(740-742) Malf. Congénitas del sistema Nervioso	30	
(745-747) Malf. Congénitas del aparato Circulatorio	6	
-749 Fisura del paladar y labio leporino	1	
-753 Malf. Congénitas del Sistema Urinario	7	
(754-756) Malf. Congénitas del Sist Osteomuscular	3	
-758 Anomalías Cromosómicas	90	
(757-759) Otras malformaciones congénitas	1	
XV (760-779) Afecciones perinatales	5	2,9%
-761 Oligoamnios con o sin RPM	5	
XVI (780-799) Causas mal definidas	3	1,7%
XVII (800-999) Lesiones y envenenamientos	5	2,9%
Total	173	

Los 173 diagnósticos corresponden a 163 casos ya que a cada IVE le puede corresponder más de una anomalía o malformación.

TABLA: Frecuencia de las anomalías cromosómicas en las interrupciones realizadas en mujeres residentes en la CAPV por "presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras". CAPV 2006.

(758.0) Síndrome de Down	59	65,6%
(758.2) Síndrome de Edwards	15	16,7%
(758.6) Disgenesia gonadal o Síndrome de Turner	7	7,8%
(758.7) Síndrome de Klinefelter	3	3,3%
(758.1) Síndrome de Patau	3	3,3
(758.8) Otras afecciones por anomalías de cromosomas	2	2,2
(758.5) Otras afecciones por anomalías autosómicas	1	1,1
Total	90	100%

Son los niños con Sd Down las principales víctimas de estos sistemas de diagnóstico que extienden a toda la población gestante. Más del 85% de los niños Down diagnosticados antes de nacer son abortados.

"Of 145 cases of trisomy 21, 19 (13.1%) of women chose continuation of pregnancy, while 126 (86.9%) chose termination".

CONCLUSIONES:

- DPN sí para curar,(buen uso) nunca para acabar con la vida del paciente
- Los cribados de enfermedades sin beneficio diagnóstico para el feto son una forma de obstinación diagnóstica
- La vinculación entre los programas de DPN y aborto es clara e inevitable debido la legislación y genera la aparición de casos de objeciones de ciencia y de conciencia.
- Las mujeres tienen derecho a ser informadas con veracidad sobre la verdadera naturaleza de lo que significa un hijo Sd Down. Y a recibir ayuda institucional tanto para cuidar a sus hijos como recuperarse de las secuelas si fueron víctimas del drama del aborto de un hijo con discapacidad.
- Bajo el pretexto del DPN se ampara la ejecución de todo tipo de patologías(curables o incurables, leves o graves, ciertas o presumidas), que convierte al tercer supuesto en otro coladero y a los médicos en colaboradores necesarios
- La futura ley no tiene en cuenta la propuesta del Consejo de Estado en materia de DPN y Aborto, ni el ordenamiento jurídico internacional sobre aborto eugenésico que vincula al Estado español
- La objeción de ciencia y conciencia a los programas de diagnóstico prenatal que contemplan como una de sus utilidades acabar con la vida del paciente antes de su nacimiento goza le legitimación deontológica y jurídica mientras que el aborto eugenésico sea contemplado por la legislación española que contraviene el ordenamiento jurídico que vincula al Estado español.

