

APLICACIONES DE LOS PROGRAMAS DE CRIBADO PRENATAL: LA NUEVA EUGENESIA-MAL USO DEL DPN.

Esteban Rodríguez Martín. Esp. Ginecología y Obstetricia -Hospital Punta de Europa.
Portavoz Ginecólogos DAV - Consejero Red Madre Cádiz.

Los denominados programas de cribado prenatales, especialmente los destinados a cribar enfermedades incurables como las cromosomopatías, que, tanto las sociedades científicas como las autoridades políticas sanitarias, promueven de forma sistemática a toda la población gestante (0), están impregnados de una ideología que se obliga a asumir como justa y necesaria y que, sin embargo, es contraria a la deontología médica. En Andalucía ese programa de se denomina PACAC (Programa Andaluz de Cribado de Anomalías Congénitas) incluido en el Plan de Genética de Andalucía.

El marco legal hace que los ginecólogos nos movamos en un contexto en el que el buen uso (terapéutico) del diagnóstico prenatal y el mal uso (eugenésico) son inseparables. Probablemente la implementación de estos programas de selección que discriminan a los seres humanos por motivos de salud en las etapas más precoces de la vida de las personas está consiguiendo salvar menos vidas que las que favorecen destruir mediante el aborto y está desnaturalizando el papel social del médico como custodio de la vida y la salud.

Puede suceder que el cumplimiento de algunas acciones en sí mismas indiferentes, o incluso positivas, previstas en el articulado de legislaciones globalmente injustas, permita la salvaguarda de vidas humanas amenazadas.” Por otra parte, sin embargo, se puede temer justamente que la disponibilidad a cumplir tales acciones [positivas o indiferentes] favorezca el debilitamiento de la necesaria oposición a los atentados contra la vida, sino que lleve insensiblemente a ir cediendo cada vez más a una lógica permisiva.”.(EV-74)
Desde el punto de vista ético, nunca es lícito cooperar formalmente en el mal. *Esta cooperación se produce cuando la acción realizada, o por su misma naturaleza o por la configuración que asume en un contexto concreto, se califica como colaboración directa en un acto contra la vida humana inocente o como participación en la intención inmoral del agente principal. Esta cooperación nunca puede justificarse invocando el respeto de la libertad de los demás, ni apoyarse en el hecho de que la ley civil la prevea y exija.* (EV-74)

Más de 3000 abortos al año en España se producen como fruto de estos programas de diagnóstico prenatal, siendo el diagnóstico prenatal que con mayor frecuencia se utiliza para justificar el aborto eugenésico el de Sd.Down, seguido de la Espina Bífida. Desde el año 85 más de 40500 abortos se han realizado tras del diagnóstico prenatal realizado por un ginecólogo al amparo del tercer supuesto de despenalización. (*Ministerio de Sanidad. Informe anual IVE*)

La SEGO (Soc. Esp. Ginecol. Y Obst) y el PACAC establecen un cribado de riesgo de cromosomopatía en la semana 12 a todas las embarazadas, para permitir, favorecer, o promover la concatenación entre diagnóstico prenatal y aborto: “El cribado de todos los embarazos con 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” (1). El documento de consentimiento informado, avalado por la SEGO, para someterse a estos programas establece en el punto 2: “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** (2) Entre las semanas 12 a 16 se realizaran las pruebas invasivas en los casos de alto riesgo con el interés de diagnosticar la incurable cromosomopatía, que exponen a los fetos a los pacientes embriofetales a riesgos directos e indirectos. En la semana 20 se hará la ecografía de detección de anomalías, que expone al feto al riesgo indirecto de que alguien pueda decidir que no merece seguir vivo. La SEGO dice a este respecto: “Es una ecografía de no retorno cronológico, esto quiere 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” (3)

Con estos programas se convierte a los ginecólogos en cooperantes necesarios de los abortos eugenésicos ya que para que el aborto por ese motivo se pueda llevar a cabo legalmente se necesitan dos ginecólogos que emitan un dictamen y un tercero que lo ejecute.

La ideología que subyace en esos programas institucionales es la ideología proelección de decidir acabar con la vida del paciente fetal cuando se le diagnostica algún defecto antes del parto (vida prenatal)

Considera en un mismo plano ético la decisión abortiva que daña a la mujer y supone la muerte del hijo y la decisión de respetar la vida del paciente fetal hasta su fin natural y la salud materna.

Las Unidades de Medicina Fetal han ampliado sus carteras de servicios para aplicar la finalización de la gestación con intención feticida, llamada eufemísticamente fetolisis, considerando que matar al paciente es una forma de terapia. (4)

El presidente de la patronal abortista (ACAI) Santiago Barambio y su ideología han entrado oficialmente en la SEGO. Suya es la autoría del capítulo 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, donde dice: *“La generalización del **diagnóstico prenatal** 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”*

Estos programas son contrarios a los artículos del código deontológico que impiden matar a un paciente incluso ante la petición expresa de éste (art.27, 3) y que obligan a considerar a ser humano embriofetal enfermo con las mismas directrices éticas que a cualquier otro paciente (art, 24,1). Son contrarios al principio de no maleficencia al favorecer que la mujer vea dañada su salud mental, sexual y reproductiva. Publicaciones de reputado prestigio internacional como Prenatal Diagnosis o Obste. & Ginecol. avalan que el SD post aborto también se sufre como consecuencia de un aborto ejecutado tras un diagnóstico prenatal de enfermedad fetal.(4b) También son contrarios a los criterios de Wilson y Jungers que establecen cuándo un programa de cribado aplicado a una población está justificado. Legalmente son contrarios a varios tratados internacionales suscritos por España, que establecen que el diagnóstico prenatal nunca puede ser utilizado para justificar un aborto eugenésico, según reconoce el Consejo de Estado en el informe emitido a propósito de la nueva ley de aborto en su pág. 44. *“el diagnóstico prenatal solo puede tener finalidades terapéuticas y nunca eugenésicas”* (5)

La propia OMS reconoce el derecho de los médicos contrarios al aborto a objetar al diagnóstico prenatal que se ofrece bajo estas premisas eugenésicas. (6)

El empeño de diagnosticar antes del nacimiento enfermedades incurables como las cromosopatías es una forma de encarnizamiento diagnóstico que expone a riesgos desproporcionados (directos e indirectos) a los pacientes fetales que se cobra, cada año, un número creciente de víctimas. El aborto por enfermedad fetal es el más inhumano y contrario a lex artis de todos, ya que; además de suponer la muerte intencionada de un ser humano inocente e indefenso se le añade su condición de débil y enfermo.

*“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 (7)*

REFERENCIAS:

- (0) *Propuesta de Screening combinado de cromosopatías 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.PAG25,ISBN84-689-0753-7*
"...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 diagnósticas invasivas. Es misión de las autoridades sanitarias, tanto del gobierno central, como de los autonómicos, garantizar esta igualdad en todo el territorio nacional"
- (1) *Propuesta de screening combinado de cromosopatía en el primer trimestre de la gestación para todo el territorio nacional A.Fortuny. . M.L.Gómez. Recomendaciones para la organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología. Documento SEGO 2005.PAG21,ISBN:84-689-0753-7*
- (2) <http://www.fetaltest.com/cgi-bin/ConsentimientoFetaltest.pdf>
- (3) *Organización de la ecografía obstétrico-ginecológica. J. Troyano. M. Usandizaga. Recomendaciones para organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología. Documento SEGO 2005.PAG35,ISBN:84-689-0753-7*
- (4) *Interrupción voluntaria del embarazo: técnicas, resultados y complicaciones.*
M.A. Sánchez Durán Unidad de Diagnóstico Prenatal. Hospital Materno-Infantil Valle Hebrón. Barcelona. JANO EMC Viernes 09 Junio 2000. Volumen 59 - Número 1349 p. 47 - 50La medicina hoy
- (4b)
- I) 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
 - II) 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
 - III) Iles, S. and D. Gath (1993). "Psychiatric outcome of termination of pregnancy for foetal abnormality." *Psychol Med* **23**(2): 407-13.
 - IV) 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
 - V) 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
 - VI) 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.
- (5) *Dictamen del Consejo de Estado ante ley de salud sexual reproductiva y de IVE. N° 1384/2009, 17 Sept.2009, pág. 44.*
- (6) **Report of consultants to WHO. Wertz DC, Fletcher JC, Berg K. World Health Organization, 2003, WHO/HGN/ETH/00.4**
[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": 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)
- (7) **Vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas en España en los últimos 23 años (periodo 1980-2002)** E, Bermejo, L. Cuevas, J. Mendioroz, M.L. Martínez Frías. BOLETÍN DEL ECEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología. Serie V. nº 2, 2003. ISSN: 0210-3893, pág. 60. http://bvs.isciii.es/mono/pdf/CIAC_02.pdf