INFORME SOBRE LA DECLARACIÓN DE LA SEGO (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA) ANTE LA NUEVA LEY DE ABORTO

Por:

COMISION DEONTOLÓGICA DE GINECÓLOGOS DAV

GINECÓLOGOS POR EL DERECHO A VIVIR

Ginecólogos DAV, Comisión Deontológica.

Calle José Rodríguez Pinilla 23, 28016, Madrid

ginedav@derechoavivir.org

GINECÓLOGOS DAV:

Ginecólogos DAV es una plataforma científica y bioética en expansión constituida por cerca de doscientos ginecólogos. En su mayoría socios de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y algunos pertenecientes a sociedades ginecológicas de otros países de habla hispana, tanto de la medicina pública como de la privada.

Este grupo de profesionales e investigadores se ha unido con el propósito de defender y promocionar socialmente la deontología profesional y el *ethos* hipocrático, la dignidad humana y el derecho a la vida de nuestros pacientes embriofetales desde el momento en que comienza y hasta que acaba por sí misma sin discriminación por razones de edad o de salud, la verdadera salud sexual y reproductiva de la mujer y la autonomía moral del agente sanitario y, en especial, el derecho fundamental a la objeción del ginecólogo por razones éticas y científicas.

INTRODUCCIÓN:

El Comité de Bioética de la SEGO ha publicado una declaración sobre algunos aspectos la nueva de ley de aborto que afectan a aquellos abortos que puedan ser justificados tras el diagnóstico prenatal. Se trata de los abortos eugenésicos, aunque en la ley no se denominen así, 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.

La Comisión de Bioética de la SEGO ha criticado la imprecisión de la ley a la hora de definir los diagnósticos de aquellos abortos eugenésicos que quedan legalizados en el 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*

En consecuencia, y de motu propio que se sepa, ha tratado de definir algunos conceptos ambiguos de la ley y ha elaborado un listado de enfermedades para cada grupo, a fin de aclarar la ambigüedad del citado artículo y de facilitar el trabajo de los Comités Clínicos que tienen que dar visos de legalidad al aborto eugenésico. También hace una mención a las "reducciones fetales" en embarazos múltiples. La declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO puede verse en:

http://www.sego.es/Content/pdf/Documento_Final_Bioetica_Aborto_2.pdf

La valoración general que desde la Comisión Deontológica de la plataforma de Ginecólogos defensores del Derecho a la Vida del *"ser humano embriofetal"* (Ginecólogos DAV) hacemos sobre esta declaración puede ser positiva al reconocer el esfuerzo que hace por tratar de aclarar una ley que tanta transcendencia tiene para los profesionales de la obstetricia y la ginecología. Sin embargo, echamos de menos algunos aspectos que consideramos muy importantes desde el punto de vista bioético y deontológico. Animamos a la Comisión de Bioética de la SEGO a que siga trabajando en estas cuestiones y para que **también elabore listados de enfermedades ante las que los comités clínicos y los especialistas individuales nunca deberían facilitar el aborto como opción,** que traten de aplacar el uso de la medicina defensiva y la litigiosidad ante las limitaciones del diagnóstico prenatal. Deseamos motivar a la SEGO, con especial insistencia, en la firme defensa de la objeción profesional del ginecólogo por motivos éticos y científicos, en la defensa de la deontología médica y en el necesario testimonio humanista del valor de la vida en discapacidad.

PUNTOS DE ENCUENTRO:

Coincidimos, como declara el Comité de Bioética de la SEGO, en que "*es necesario poner en el centro de la atención prenatal el interés del nascituro, desde su concepción hasta su parto, en tanto que bien jurídicamente protegido y necesitado de tutela"*. Precisamente esto, pero sin olvidarnos de los padres, es lo que haremos a lo largo de todo este informe.

También coincidimos con el mínimo de que el aborto nunca debe ser la única opción ante un diagnóstico prenatal adverso y que más allá de las 22 semanas la interrupción del embarazo sólo debería tener la intención de procurar cuidados al neonato.

Convergemos en que el **artículo 15.c** de la ley - que regula el aborto por encima de las 22 semanas y sin plazo límite- no deja claro a que se refiere con: *"anomalía fetal incompatible con la vida",* para cuyo aborto legal solo basta el dictamen de un ginecólogo. También coincidimos que tampoco queda aclarado el citado artículo al referirse a: *"enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico*", que requiere la decisión de un comité clínico. Igualmente destacamos que la metodología de trabajo de los comités clínicos no queda definida y que su designación se deja a la arbitrariedad de la administración político sanitaria.

Estamos conformes con que es necesario valorar las repercusiones del diagnóstico y el aborto sobre el feto pero también sobre la salud de la madre y que es conveniente la autopsia y pruebas de biología molecular para estudiar los seres humanos abortados ya sea naturalmente o intencionadamente.

También nos parece positivo que los comités clínicos puedan solicitar la intervención de otros especialistas; en especial de pediatras, cirujanos pediátricos, neurólogos y neurocirujanos y rehabilitadores.

Por último, coincidimos con la necesidad de llegar al "diagnóstico cierto", de evaluar las "posibilidades reales de tratamiento y de las alternativas posibles" y el necesario análisis de las "consecuencias de las alternativas"

CARENCIAS DE LA DECLARACIÓN DE LA COMISION DE BIOETICA

1.) APORTACIONES Y SUGERENCIAS.

1.1) Sería muy importante que la Comisión de Bioética de la SEGO propusiese un grupo de trabajo para evaluar y precisar con rigor cuáles son esas "causas médicas" que hacen creer al legislador, que puede existir "***un grave riesgo para la salud y la vida de la embarazada***" que justifique una interrupción feticida antes de las 22 semanas a las que se refiere el **artículo 15-a** de la ley.

Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

- *Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un*

  dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.(15.a)

1.2) Echamos en falta referencias **al artículo 15-b** de la ley que permite la interrupción feticida de la gestación hasta las 22 semanas cuando se dictamine ***"riesgo de graves anomalías para el feto"***

- *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(15.b)*

En primer lugar, consideramos que ese ***"riesgo"*** no queda precisado y que puede quedar a la subjetividad de cada especialista. Hablar de riesgo es distinto de hablar de diagnóstico cierto. Por ejemplo puede ser que se estime riesgo y se proponga el aborto, como ha ocurrido hasta ahora en la práctica, por haberse realizado una radiografía, por haber ingerido fármacos u otras sustancias, por padecer una diabetes, por positivización de la serología de Toxoplasma u otros agentes infecciosos, por antecedentes familiares o personales de cromosomopatías u otras alteraciones de la normalidad etc., sin que se haya confirmado la presencia real de alteraciones provocadas por esas exposiciones de riesgo.

En segundo lugar, la ley no define las ***"graves anomalías"*** de este grupo ni tampoco lo hace la comisión de Bioética de la SEGO. Hasta ahora, bajo este supuesto en un clarísimo ejercicio de nueva eugenesia, se han venido abortando la mayoría de los fetos con riesgo o con diagnóstico cierto de *Sd Down* debido a la promoción, por parte de la SEGO (1), de los cribados poblacionales de cromosomopatías en un marco legal en que la vida de estas personas no goza de protección penal hasta después de su nacimiento. Si es coherente la Comisión de Bioética cuando declara que es necesario poner en el centro de la atención prenatal el interés del nascituro, tenemos que reconocer que no es a éste a quien le interesa que terceros puedan conocer su secreto genético y cromosómico, en especial cuando descubrirlo será utilizado para decidir sobre su muerte. La Declaración de la UNESCO del Genoma Humano señala que *"ningún ser humano podrá ser discriminado por razón de su código genético*". La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea "*prohíbe las prácticas eugenésicas es especial las que persiguen la selección de la personas"*

---

1) ***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.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 diagnosticas invasivas. Es misión de las autoridades sanitarias, tanto del gobierno central, como de los autonómicos, garantizar esta igualdad en todo el territorio nacional"

Considerar que la mujer gestante es la que tiene el riesgo de cromosomopatía es una utilización fraudulenta del lenguaje que pretende enmascarar el hecho científico de que quien va a ser seleccionada es la persona que se está gestando en su útero.

Además de la clamorosa situación de los niños que nacerían con Sd de Down conocida por todo obstetra en ejercicio, también conocemos que han sido abortados bajo este supuesto, con nuestra ayuda o asistencia o selección, fetos con hallazgos ecográficos de *labio leporino, de espina bífida, de focomelias, poli-sindáctilias, cardiopatías tratables, hidrocefalias, ventriculomegalias, pies equinovaros, acondroplasias etc.*

En tercer lugar, **en este supuesto de aborto eugenésico**, según impone la ley, **la *cooperación de al menos tres ginecólogos resulta jurídicamente necesaria:*** dos que participen con sus diagnósticos y sus dictámenes en las fases consultivas o selectivas de cribado y otro que participe en la fase ejecutiva quirúrgica. Pero además otros muchos pueden verse implicados en la fase preparatoria desde el ingreso hasta el alta hospitalaria. **Es un deber ineludible de la SEGO defender con firmeza el derecho a la objeción de todos ellos**, especialmente si son socios de esta sociedad científica.

1.3) Echamos en falta, por parte de la SEGO, un posicionamiento bioético acorde a la deontología médica sobre el ***"aborto a petición"*** antes de la semana 14, sobre la información mediante "*sobre cerrado*" y la suficiencia de los "*tres días de reflexión*" (**artículo 14** de la ley).

1.4) Así mismo se echa muy en falta una contundente declaración frente al **artículo 19.2** que restringe el derecho fundamental a la **objeción de conciencia** al equipo quirúrgico encargado de ejecutar el aborto.

A este respecto, consideramos necesario que nuestra Sociedad Científica, y en especial su Comisión de Bioética, reconozca y defienda con firmeza el **derecho a la objeción** al aborto y el apoyo sin paliativos a los ginecólogos objetores que, por motivos éticos y científicos o de

conciencia, no deseen participar en las fases de selección, preparatorias, consultivas y ejecutorias del proceso que conduce a la muerte intencionada de un ser humano mediante una IVE. Esas fases preparatorias, consultivas y selectivas, en los casos de aborto por malformación fetal, Incluyen la participación en los programas de cribado de anomalías. La objeción por razones éticas y científicas para no cooperar en unos programas de cribado o selección prenatal concebidos para que una de sus utilidades sea facilitar la eugenesia mediante el aborto ante un diagnóstico desfavorable, debe ser defendida con idéntica firmeza. En este sentido puede resultar esclarecedor que la OMS reconozca la posibilidad de objetar al diagnóstico prenatal por motivos de conciencia (2).

1.5) Consideramos imprescindible un pronunciamiento, basado en las evidencias científicas disponibles, sobre las **consecuencias negativas que para la dignidad de la mujer y la salud de la mujer** (3), supone el hecho de que participe, de manera *voluntaria o condicionada*, en la muerte provocada de su hijo, sano o enfermo, antes del parto. Así mismo nos parece oportuna una valoración, a título general, que reconozca que las secuelas para la mujer, incluso ante enfermedades extremadamente graves e incurables, tienen un menor impacto psíquico y físico cuando se produce la muerte fetal espontanea que cuando es provocada.

---

(2) 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).*

(3)Selección de artículos con evidencia científica sobre la lesión de la salud y dignidad de la mujer a la que se le facilita el aborto tras el diagnóstico prenatal

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.

1.6) Por último un aspecto de especial transcendencia serian las directrices de política educativa bajo la "perspectiva de género" (sic) establecidas en el **artículo 8.** y que afectan a los estudiantes de medicina y a los MIR de la especialidad:

Artículo 8. *Formación de profesionales de la salud.*

La formación de profesionales de la salud se abordará ***con perspectiva de género*** *e incluirá:*

a) La incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las ***carreras relacionadas con la medicina*** *y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo.*

b) La formación de profesionales en salud sexual y salud reproductiva, incluida la práctica de la interrupción del embarazo.

c) La salud sexual y reproductiva en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional.

A esta comisión deontológica le parece especialmente urgente una declaración de la SEGO al respecto, pues no cabe duda que adiestrar a los nuevos ginecólogos en teorías y técnicas que no sólo persiguen la evacuación del contenido uterino que todo especialista conoce perfectamente sin necesidad de leyes, sino que se trata de hacer que técnicas cuyo objetivo es causar la muerte de un ser humano formen parte del currículo del obstetra, es claramente contrario a la ética y a la deontología médica. En cualquier caso el derecho a la objeción de estudiantes de medicina durante su paso por las asignaturas de obstetricia y ginecología y el de los médicos residentes de la especialidad debe ser protegido con especial celo por parte de la SEGO.

2.) DISCREPANCIAS:

Con respecto a la definición de lo que son ***"enfermedades incompatibles con la vida"*** (artículo 15-c) establecida por la Comisión de la SEGO y que

se incluyen en el listado de *"circunstancias en las que no es necesario la evaluación por un CC"*, reconocemos como *hechos científicos* difícilmente discutibles:

1. **que lo único incompatible con la vida es la muerte, y**
2. **que los que son mortales son los seres vivos y no las enfermedades o las circunstancias**.

Por ello, 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*. **Precisando que el aborto bajo esta justificación no obedece a causas médicas sino de otro tipo.**

Nos parece poco afortunado para la imagen pública de nuestra sociedad científica que la Declaración del Comité de Bioética pueda trasmitir la impresión de ser un simple *visto bueno* de la SEGO a una lista de indicaciones que son declaradas per se tributarias directas del aborto, sin que sea necesaria para ellas el dictamen del Comité Clínico.

Teniendo en cuenta que también es un *hecho científico* que la evolución natural de la persona afecta de esas enfermedades de la lista es la muerte natural más o menos precoz, el deber del médico debe ser paliar y apoyar ante esas situaciones sin acortar intencionadamente la vida del paciente embriofetal mediante una ILE que afectará negativamente a la salud y al futuro reproductor de la mujer y gravará el trauma por la pérdida de un hijo con la morbilidad de un duelo patológico, como también demuestra la *evidencia científica y la experiencia clínica.*

3.) UNA MENCIÓN ESPECIAL

Llama poderosamente la atención la presencia en la lista de ***"enfermedades extremadamente graves e incurables a tenor del conocimiento científico disponible en el momento del diagnóstico"*,** de la *Esclerosis Tuberosa*, sin más cualificaciones. Entendemos que debe tratarse de un error por parte de esta Comisión de Bioética que debe ser reparado, ya que podría ser interpretado como una ofensa por el cerca del millón de seres humanos con la enfermedad que se calcula que viven hoy en el mundo y que llevan vidas tan dignas como la de cualquiera de nosotros. Una consideración similar hacemos con respecto a la inclusión de las agenesias del cuerpo calloso en las que ha habido importantes avances terapéuticos.

CRÍTICA SOBRE LAS CONCEPCIONES DE LA VIDA HUMANA:

De la declaración de la comisión, en lo que se refiere al siguiente párrafo, se desprenden dos concepciones posibles sobre la vida humana: una biologicista y otra utilitarista.

"Un hecho muy importante es la posición previa de cada CC sobre cómo y qué considera que es la vida humana: si la considera que es un conjunto de procesos metabólicos destinados a mantener el latido cardiaco, es decir, algo exclusivamente biológico, o si la considera que es algo más: un valor básico, fundamental, y que debe incluir una cierta calidad de vida para mantener la obligatoriedad de conservarla, y que el deber de conservarla puede no urgir en condiciones particularmente difíciles. La vida humana no es un bien absoluto sino que está en función de otros valores que pueden conseguirse con ella, y que hacen posible darle un sentido. Como puede comprenderse fácilmente esta valoración intrínseca de cada CC es una condición importante para poder determinar y dilucidar en cada caso lo más oportuno."

Ante estas dos visiones extremas de la vida humana:

1. Una; referida a la vida del ser humano fetal como un pintoresco "*conjunto de procesos metabólicos destinados al mantenimiento del*

latido cardiaco," que podría caer en el encarnizamiento terapéutico para prolongarla a toda costa.

2. Y la otra; un tanto dogmática, que considera:

   i) que la vida no es un valor absoluto sino que requiere de subjetivas impresiones de lo que es una vida de calidad para que "*se pueda mantener la obligatoriedad de no acabar con ella"* por parte del médico, ejemplo de mentalidad eugenésica, y

   ii) que "*precisa de otros valores que se puedan conseguir con ella para darle sentido,"* cayendo en una mentalidad utilitarista.

Sostenemos, que hay otra visión que considera el valor fundamental de la vida del ser humano por el hecho de serlo y que goza de una dignidad intrínseca, no otorgable ni restringible, incluso en la enfermedad, la discapacidad, o la merma de bienestar físico o psíquico, o incluso si es dependiente. La vida del ser humano merece respeto por joven que sea y mientras dure por corta que pueda ser su esperanza de vida. **Dicho respeto ennoblece y da sentido al papel del médico y especialmente al del ginecólogo y a la medicina fetal**.

Animar y apoyar a la madre y al padre en situaciones de especial dramatismo para que permitan vivir a su hijo hasta su muerte natural si llega, tiene **importantes beneficios desde un punto de vista psicológico para la mujer que deben ser tenidos en cuenta por el médico**. **Fortalecer el vínculo materno filial mientras viva el hijo en su vientre, es un acto de gran dignidad humana y médica** que suele dejar un recuerdo positivo en la mujer en medio del infortunio y elimina un frecuente sentimiento de culpa que agrava la reacción de duelo.

Nos parece conforme a una ética que respete el pluralismo social y el interés del nascituro, que la concepción personalista de la vida humana no quede excluida de los comités clínicos y que la Comisión de Bioética de la SEGO debería ser sensible también con esta realidad. De no hacerlo así, la declaración da la impresión de querer imponer la tiranía ideológica de la calidad de vida en la que el destino de unos seres humanos extremadamente débiles queda a merced de las decisiones y juicios discrecionales de los llamados Comités Clínicos. Al tratar de la posición previa de cada CC sobre cómo y qué considera que es la vida humana, se decide que hay vidas tan carentes de calidad que no son dignas de ser vividas, y, por tanto, dispensables.

La SEGO a, través de su Comisión de Bioética, podría estar dando una impresión ante la sociedad de un prejuicio anti-discapacidad pues requiere que

la vida de un ser humano incluya *"una cierta calidad para mantener la obligatoriedad de conservarla, y que el deber de conservarla puede no urgir en condiciones particularmente difíciles"* y da a entender que quien no comparte esa visión asume el extremo biologicista, quedando marcado de ser partidario de un encarnizamiento "*destinado al mantenimiento del latido cardiaco*"

LLAMAMIENTO A LA REFLEXION ÉTICA

La Comisión Deontológica de Ginecólogos DAV hace un **llamamiento para huir de todo tipo de encarnizamiento sobre el ser humano embriofetal, ya sea terapéutico o diagnóstico**. La obstinación por el diagnóstico cada vez más precoz de enfermedades fetales incurables (4) cuyo diagnóstico carece de beneficio para el ser humano embriofetal, como las cromosomopatías por ejemplo, algunas de ellas con corta esperanza de vida y otras con larga esperanza de vida, en momentos en que la vida humana carece de protección legal, está suponiendo una deriva eugenésica de la especialidad altamente preocupante (5). Ceder a la impostura de la calidad de vida desde una perspectiva materialista como requisito para cumplir con el deber de preservar la vida humana en gestación, podría influir en la sociedad para llevarnos a una lógica cada vez más permisiva que legitimara la muerte intencionada de todos aquellos recién nacidos, o incluso en etapas posteriores, cuyas anomalías no hubiesen sido detectadas prenatalmente. Y a que, como ya ocurre, los ginecólogos sean denunciados cuando no se consigue el diagnóstico prenatal por privar a los padres de ejercer el poder legalizado para acabar con la vida de su hijo enfermo. (*Wrongfull life*)

---

(4) Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO sobre la interrupción legal del embarazo. L. Cabero Roura. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2009; Vol. 52(1) pág: 67-68 ISSN:0304-5013

"*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 diagnostico de la mayoría de las alteraciones y malformaciones fetales mayores e incompatibles con la vida antes de la semana 22 de gestación."*

(5) 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

"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"

Los ginecólogos debemos preguntarnos si es realmente imprescindible cribar cromosomopatías u otras anomalías incurables para el correcto control de un embarazo. También debemos preguntarnos y tratar de cuantificar, en términos absolutos, si los programas de cribado no están consiguiendo en realidad más muertes que curaciones.

Una pregunta trascendental que debemos responder es; si seriamos capaces, nosotros mismos, de acabar con la vida de los pacientes fetales a los que diagnosticamos y consideramos que tendrán una vida corta o dependiente. Si no fuésemos capaces de hacerlo es porque sabemos que no es bueno ni ético, entonces ¿por qué considerar que lo que no es bueno ni ético para nosotros lo es para la dignidad y la salud de la mujer? Si somos capaces, entonces es que hemos alcanzado un grado de deshumanización que ha desnaturalizado nuestra vocación médica como servidores de la vida convirtiéndonos en tecnócratas o mercaderes. (6)

Y por último, ¿seriamos capaces de facilitar o causar la muerte del niño con Sd Down que escapa del diagnóstico prenatal?, entonces ¿por qué sí lo hacemos, al margen de que sea legal o no, cuando los diagnosticamos prenatalmente? (7)

---

(6) Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción de la SEGO Ed. Panamericana, Madrid 2003, capítulo 131,pagina 1083. Santiago Barambio Bermúdez,

*"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…"*

(7) **Estudio Multicentrico on line sobre el Cribado Prenatal de Aneuploidias. FETALTEST. Documento de Consentimiento Informado. Avalado por la SEGO.**

"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**"*

http://www.**fetaltest**.com/cgi-bin/ConsentimientoFetaltest.pdf

Invitamos a reflexionar sobre una cuestión final; ¿es la sociedad la que pide técnicas, o somos los médicos los que las concebimos primero y después las ofertamos? ¿Nos pedirá alguien que quiere tener seis dedos si no sacamos al mercado una técnica que lo permita? ¿Nos pediría una paciente voluntariamente que le amputemos el clítoris a su hija si sabe que ningún ginecólogo se prestará a ello? ¿Deberíamos hacerlo para evitar que lo hiciera de manera clandestina y sin condiciones sanitarias?. Nuestra responsabilidad como ginecólogos con la sociedad y la historia de la humanidad, querámoslo o no, es tremenda e ineludible por cuanto que somos las personas destinadas a cuidar de la vida de las demás personas en sus inicios.

Como denuncia el Dr. Hans Thomas, director del Lindenthal Institut de Colonia conocido médico alemán por sus publicaciones bioéticas:

"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 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." (Nueva Revista nº 117 mayo-junio 2008. Cuando la Política somete a los médicos: Hipócrates Fuera de Juego, por Hans Thomas, http://nuevarevista.net/)

Otro alemán relevante en la historia de la medicina, Christoph Wilfhen Hufeland (1762-1836) mucho antes de la creación del programa T4 de "eliminación de la vida sin valor" advertía con un sorprendente sentido profético y plenamente vigente en nuestros días:

"*Todo médico ha jurado no hacer nada para acortar la vida del hombre. Que la vida humana sea feliz o desgraciada, que tenga valor o carezca de él, eso no va con él. Si opta alguna vez por admitir eso en su trabajo las consecuencias serán imprevisibles. Y el médico se convertirá en el hombre más peligroso dentro del Estado*" (ibídem)

POSICIONAMIENTO DE GINECOLOGOS DAV: ADHESIÓN A LA DEONTOLOGÍA MÉDICA

Resulta de interés público dar a conocer que el posicionamiento por parte de los ginecólogos miembros de esta plataforma supone una total fidelidad y adhesión vocacional al Código de Ética y Deontología Médica en vigor, en los siguientes artículos directamente relacionados con el tema que nos ocupa:

- *La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia,* ***respetar la vida humana, la dignidad de la persona*** *y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad,* ***son los deberes primordiales del médico*** *(Art.4.1)*

- *El médico* ***tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre*** *que sea posible. Y* ***cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo****, aún cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida. En tal caso el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo (Art 27.1)*

- *El médico* ***no deberá emprender*** *o continuar* ***acciones diagnósticas o terapéuticas*** *sin esperanza****, inútiles u obstinadas****…(Art.27.2)*

- *El médico* ***nunca*** *provocará intencionadamente* ***la muerte*** *de* ***ningún paciente****,* ***ni siquiera*** *en caso de* ***petición expresa*** *de este.(Art. 27.3)*

- *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*** *(Art. 24.1)*

Por tanto, esta Comisión Deontológica no puede dejar de ser consciente y de percibir que no se ajusta a los principios deontológicos citados, diseñar, promover o participar en programas de diagnóstico y cribado vinculados al aborto como solución. Especialmente en enfermedades poco frecuentes y sin tratamiento posible tal que las aneuploidias (8)

---

(8) CRITERIOS DE WILSON Y JUNGERS (1968) PARA APLICAR UN PROGRAMA DE CRIBADO A UNA POBLACIÓN

- Debe conocerse correctamente la historia natural de la enfermedad.
- La enfermedad que se pretenda cribar debe suponer un **problema de salud importante y frecuente**
- 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

Las estrategias de diagnósticos prenatales poblacionales que consideran la muerte intencionada mediante un a aborto como opción posible ante la petición expresa, aun informada y consentida de los progenitores, con independencia de que tenga o no sanción penal o disciplinaria, no respetan la vida y la dignidad humana del paciente embriofetal, que debe ser tratado bajo las mismas directrices éticas que cualquier otro sin encarnizamientos terapéuticos ni diagnósticos y al que ,por supuesto, tampoco se puede matar ni aunque fuese el interesado quién lo pidiese expresamente.

Así, los actuales programas de cribado de anomalías congénitas promovidos por la SEGO prevén la posibilidad de abdicar- en condiciones particularmente difíciles- del deber de intentar siempre la curación o mejoría, y cuando no es posible, contemplan facilitar o proponer la muerte intencionada a través de una ILE. (9)

Bajo estas premisas estratégicas orientadas, en parte, a facilitar el aborto eugenésico tras el diagnóstico (10), estos programas de cribado estarían exponiendo al paciente embriofetal a dos tipos de *riesgos* mortales:

- *Directos:* derivados de las técnicas invasivas.
- *Indirectos:* en caso de diagnóstico adverso - invasivo o ecográfico-, derivados de la recomendación, oferta, o decisión abortiva de terceros: un especialista que dictamine, un comité clínico que autorice, o los progenitores que lo exijan del médico.

Estos riesgos serán *desproporcionados* cuando el cribado no tenga ningún beneficio para la salud del ser humano embriofetal, lo cual ocurre cuando se trata de cribar las enfermedades o anomalías incurables (cuyo paradigma es el *Sd de Down* y otras cromosompatias como los *Sd de Klinelfeleter* o de *Turner*) y las de corta esperanza de vida y dependientes.

---

(9) Propuesta de screening combinado de cromosomopatía 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*

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

***10*) 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*

- *" 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"*

El cribado diagnóstico, en este escenario inevitable de ausencia de terapia prenatal y aborto legalizado, supone, por tanto, una forma de *encarnizamiento u obstinación diagnóstica frente a una categoría de seres humanos* inútil para preservar la salud del hijo y la de la madre, **salvo si la intención del diagnóstico** excluye la posibilidad u opción de causar la muerte del paciente y **se orienta siempre hacia la terapia fetal cuando fuese posible, al apoyo emocional a los padres cuando no lo fuese y a finalizar la gestación en el momento y lugar más adecuado para proporcionar los cuidados postnatales que necesitará el niño recién nacido**.

Frente a esto puede dar luz la conclusión novena del VII Congreso Nacional de Bioética de la Asociación Española de Bioética:(www.aebioetica.org/rtf/conclucongr.pdf)

"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…"*

Tratar de mantener la vida del ser humano fetal enfermo a toda costa sin respetar su muerte natural si tiene que llegar, sería una forma *encarnizamiento terapéutico* y también nos debemos cuestionar si no lo es causar la muerte anticipada de un gemelo aunque sea con la pretensión de salvar al hermano. ¿Lo haríamos en condiciones equivalentes en la vida postnatal?, algunos puede que sí, pero habrían traicionado su vocación y desnaturalizado su profesión. Efectivamente, citando la declaración de SEGO; "el *deber de conservar la vida puede no urgir en condiciones particularmente difíciles",* **pero hay una diferencia ética y deontológica sustancial entre dejar morir en esas condiciones particularmente difíciles o matar deliberadamente**.

Por otro lado, nadie discute- ni siquiera los partidarios y seguidores de la ideología de las "opciones reproductivas"- que **el aborto es un drama para la mujer** y una decisión difícil **que le causa un daño** -también cuando el aborto es por malformación- no exento de perjudiciales secuelas que se evitarían evitando el aborto. No tiene la misma repercusión para la salud de la madre que se le muera un hijo o cuidar de un enfermo que participar en su muerte.

Causar un daño a sabiendas también es contrario a la deontología médica por transgredir el principio de no maleficencia; *primun non nocere.*

- *El médico nunca perjudicara intencionadamente al paciente ni le atenderá con negligencia.* (Art 4.4)

Por lo que invocando las razones éticas y científicas expuestas, también nos adherimos al artículo 9.3 de nuestro código deontológico que reconoce el **derecho a la objeción ética y científica** de TODO médico:

- *Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste**, por razones científicas o éticas,** juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar (Art . 9.3)*

Todo ello lo hacemos en cumplimiento de la legalidad nacional. La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, en su Capítulo IV (Derechos y deberes) artículo 19 (deberes) letra b establece el ***deber*** de:

- *b) Ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y **con observancia de los principios** técnicos, científicos, **éticos y deontológicos que sean aplicables.***

Sobre este artículo de la ley haremos dos consideraciones deontológicas:

a) Resulta evidente que los médicos no forman parte de los Cuerpos de Seguridad del Estado, por lo que participar en estrategias que conducen a la muerte intencionada de seres humanos no forma parte de las funciones que corresponden a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo. A no ser que nosotros, obstetras, también pretendamos negar la evidencia científica de que los embriones y fetos que se desarrollan en el útero de una hembra humana son seres vivos de la especie humana que son matados en una IVE y que el embrión humano es el embrión de una persona.

b) Entendemos que los principios éticos y deontológicos aplicables en nuestro país son los que impone el Código de Ética y Deontología vigente en los artículos citados, en tanto que sancionados por una Entidad de Derecho Público, que también obliga a las Sociedades Científicas como la SEGO y todas sus secciones y delegaciones comunitarias y a la Administración Sanitaria por estar constituidas por médicos.

- *. Los deberes que impone este Código, en tanto que sancionados por una Entidad de Derecho Público**, obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión**, **cualquiera que sea la modalidad en que la practiquen.** (Art. 2.1)*

Desde estas consideraciones podremos llegar a entender que la ley de aborto, pero también los programas oficiales de cribado prenatal eugenésico, por ser contrarios a la deontología médica, no solo generan un conflicto de conciencia profesional por motivos éticos y científicos sino que nos están dejando en una gravísima ***inseguridad jurídica***, más aun cuando no se respeta el derecho a objetar, ya que se plantea el dilema de si cumplir con la deontología y la ley que obliga ello o cumplir con leyes y programas institucionales que la violan.

Como consideración final merece recordar el artículo 23.1 del Código Deontológico de 1999 vigente:

- *El médico es un servidor de la vida humana. No obstante, cuando la conducta del médico respecto al aborto se lleve a cabo en los supuestos legalmente despenalizados, no será sancionada estatutariamente.*

De este artículo se desprende que si bien resultó una eliminación de la sanción estatutaria del código de 1990 en adaptación a la ley despenalización del 85 (11), no significó que el aborto fuese reconocido como acto médico (12) ajustado a la deontología sino que remarca el carácter de servidor de la vida humana que tiene el médico.

La pretensión de la nueva ley de aborto de convertirlo en un derecho reproductivo conlleva el riesgo ilegitimo que desde la política se pretenda regular la deontología profesional, de manera que el aborto sea establecido como acto médico de obligada prestación que estigmatice a todo facultativo, que queriendo seguir permaneciendo fiel a la deontología, se oponga a poner sus conocimientos científicos y técnicos al servicio de una prestación que conlleva la selección y muerte intencionada de un ser humano.

---

(11) Consejo General de Colegios Médicos de España. *Código de Ética y Deontología Médica*. Madrid; 1990: artículos 25.1 y 25.2. *"No es deontológico admitir la existencia de un período en que la vida humana carece de valor. En consecuencia, el médico está obligado a respetarla desde su comienzo (...) Al* ***ser humano embriofetal*** *enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que inspiran el diagnóstico, la prevención, la terapéutica y la investigación aplicadas a los demás pacientes".*

(12) (Organización Médica Colegial). En: "La interrupción voluntaria no es un acto médico". Diario Médico, 1998 (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"*

CONSIDERACION ESPECIAL SOBRE EL EMBARAZO Y SU INTERRUPCIÓN (LA IVE O ILE):

1. EL EMBARAZO

Pese a que algunas definiciones de la gestación o embarazo elaboradas por sociedades científicas- como la FIGO-SEGO-, o político sanitarias,-como la OMS- definen que el embarazo comienza con la implantación y termina con el parto o el aborto, no cabe duda de que ya hay vida humana en el embrión humano que vive en una trompa o en una placa de Petri antes de la implantación.

Es un hecho biológico que la vida de toda persona adulta comenzó con la fusión de los núcleos de los gametos femenino y masculino, prosiguió durante los días siguientes en el medio natural tubárico -o artificial in vitro- y continuó durante meses en la cavidad uterina hasta el parto. Incluso cuando esa fusión ha sido artificial, no se transfieren embriones no humanos o muertos al útero de las mujeres.

Así que, aunque se diga que el embarazo comience con la implantación, es un hecho científico demostrado por la embriología que la vida humana comenzó varios días antes. Pero, aun admitiendo que el cuerpo uterino quede "establemente" grávido cuando el embrión de una persona se implante en el endometrio de su progenitora, la gestación es un proceso que afecta a todo el organismo femenino y no sólo a una porción de uno de los órganos de su aparato reproductor como es el endometrio del útero. Desde la fecundación natural, tanto en el organismo de las personas en su fase de vida embrionaria como en el de la madre que lo gesta, comienzan la serie de procesos y cambios biológicos que caracterizan a la gestación humana y al desarrollo embrionario-fetal que generalmente darán lugar al nacimiento de al menos un ser humano único, irrepetible y personal. Tanto es así que, como hemos visto, nuestro código deontológico (art.24.1) habla de *seres humanos embriofetales* cuando exige para ellos el mismo trato que para cualquier otra persona enferma o paciente.

En resumen, lo que una madre gesta es un hijo; una persona. Lo que queda encinta es la mujer en todo su ser; no sólo su útero. La gravidez uterina natural comienza, coincidiendo con el momento originario de la vida de uno o varios seres humanos, con la fecundación natural, y la artificial con la implantación tras la transferencia embrionaria.

En un embarazo normal el embrión humano no está muerto durante los días en que mora en la región tubárica del útero y cobra vida cuando se implanta establemente en la región endometrial. Por ello, no se ajusta a los hechos científicos, a pesar de la SEGO, la FIGO o la OMS, definir el inicio del embarazo natural de una mujer, y mucho menos el inicio de la vida humana, en el momento de la implantación. Esa definición, siendo fieles a la ciencia, solo es cierta para el embarazo que ha sido conseguido tras la producción artificial de varios embriones humanos si han conseguido sobrevivir en un medio no natural, una vez seleccionados han sido inyectados en el útero, y han logrado arraigar en el endometrio materno.

2. LA INTERUPCIÓN DEL EMBARAZO

Cuando un obstetra interrumpe -o más apropiadamente finaliza- voluntariamente un embarazo, lo puede hacer con una doble intención; para obtener un feto muerto como medio de terminar la gestación de ese ser humano o para obtener un niño vivo y proporcionarle cuidados. Resulta muy importante remarcar que no son las mujeres las que interrumpen sus embarazos sino ginecólogos que se prestan a ello y que las mujeres solo adoptan un papel pasivo del que a menudo se arrepienten quedando convertidas en la segunda víctima sufriente de éstos. Esta afirmación no la hacen ideólogos sino ginecólogos que dedican buena parte de su tiempo a asistir a mujeres que sufren un stress traumático periaborto.

Con respecto a voluntariedad de la interrupción tampoco podemos dejar ser conscientes de que esa supuesta decisión autónoma y voluntaria en demasiadas ocasiones es en realidad condicionada. Podríamos hablar de *interrupción condicionada del embarazo*. Los condicionantes suelen ser económicos, sociales, ideológicos, familiares, políticos, sanitarios etc. En este sentido , y en el caso concreto que nos ocupa de aborto eugenésico tras DPN, también resulta revelador lo publicado (13) en la Revista de Dismorfología y Epidemiología del Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC) del Instituto de Salud Carlos III.

---

(13) Situación actual en España sobre el Diagnóstico Etiológico en fetos procedentes de abortos por defectos congénitos. Directrices para un protocolo mínimo. Martinez-Frias ML. BOLETIN ECEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología serie V nº8,2009, ISSN 0210 -3893.(pág 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."

La finalización o la "reducción" del embarazo con la intención de que muera el ser humano embriofetal sano o enfermo (intención homicida) no es un acto único. Es un **proceso** en el que, al igual que en un parto, se ven implicados numerosos profesionales y que consta de diversas fases; (preparatoria, selectiva, consultiva y ejecutiva) especialmente en los casos en que esa intervención se lleve a cabo al amparo de la justificación que proporciona un diagnóstico prenatal adverso ya sea una gestación que contenga uno o varios seres humanos embriofetales. Pero tampoco constituye un verdadero acto médico ni sanitario puesto que no va orientado a preservar la vida ni la salud de los pacientes. Se trata más bien de un proceso "**paramédico**" realizado en un ambiente clínico u hospitalario por licenciados en medicina al amparo de indicaciones sociales, políticas, ideológicas, utilitaristas, estéticas, económicas, estratégicas, compasivas etc. al margen de la deontología médica y permitidas por leyes positivas de nuevo cuño.

El aborto eugenésico producido como fruto de los programas de diagnóstico prenatal , además de contrario a la ética y la deontología profesional, es contrario al ordenamiento jurídico internacional, tal y como recordó en la página 44 el Informe del Consejo de Estado (14) ante el anteproyecto de la nueva ley finalmente vigente, que establecía que "*la finalidad del diagnóstico prenatal solo podía ser terapéutica y nunca eugenésica"* o abortiva e invocaba para ello las declaraciones del Consejo de Europa (Comité de ministros N/90 del 13al 21/6/1990) y del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (Informe 29/08/1994)

Desde esta perspectiva, *indicar, proponer o siquiera informar de la posibilidad* de facilitar la muerte del paciente embriofetal mediante una ILE ante un diagnóstico prenatal adverso puede hacerse por dos motivaciones; bien porque el especialista –o una sociedad científicopolítica- piense o consensue que es lo mejor que una madre puede hacer con su hijo en esas circunstancias, lo cual sería un ejemplo de paternalismo médico ideológicamente sesgado que renuncia a la evidencia científica y al ethos médico condicionando y dañando a la mujer alegando un falso humanitarismo compasivo. O bien porque el médico tema ser denunciado si no lo ofrece para que la mujer decida con autonomía en un marco legal que permite utilizar el poder para destruir la vida humana, en cuyo caso cae en la medicina defensiva, que también es contraria a la deontología:

- *El médico no debe indicar exploraciones o tratamientos que no tienen otro fin que su protección. La Medicina defensiva es contraria a la ética médica.(Art.18.2)*

Por tanto, los programas o directrices sanitarias de diagnóstico prenatal que ofrecen la IVE o ILE con intención homicida como un "derecho u opción reproductiva" están inspirados en una ideología eugenésica pro aborto denominada *"pro-choice"*. Que es contraria a la deontología médica, considerando al feto enfermo o malformado como un "desecho reproductivo" o como un "hijo indeseable" a cuya madre se condiciona dándole la opción de abortar de manera "segura" (15). De forma que ejercer el poder para matar al enfermo antes del parto es una "terapia" a la que se tiene "derecho" y que por tanto es exigible a los obstetras encargados del diagnóstico prenatal (16) que resultan cooperadores necesarios a modo de tecnócratas, a veces inconscientes, al servicio de esa ideología de la selección ya consagrada por la costumbre, la convención, las normativas, o las leyes eugenésicas que atenta contra el derecho fundamental a la vida.

---

(14) Dictamen del Consejo de Estado ante la ley de salud sexual reproductiva y de IVE. *Nº 1384/2009, 17 Sept.2009, pág. 44. "…Consejo de Europa (Comité de ministros N/90 del 13al 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 (…)"*

(15) Report of consultants to WHO. Wertz DC, Fletcher JC, Berg K. World Health Organization, 2003, WHO/HGN/ETH/00.4 *"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". (pág. 76)*

(16) 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 – 50 La medicina hoy. "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:"*

FRUTOS DEL DIAGNOSTICO PRENATAL EUGENESICO

(Extracto de la Ponencia: Aplicaciones del Diagnóstico Prenatal; Criterios actuales en la detección de taras. II Jornada de Ética Médica Universidad de Sevilla, Noviembre 2009 por Dr. Esteban Rodríguez Martín. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Punta de Europa de Algeciras.)
http://www.andoc.es/admin/archivo/Aplicaciones%20del%20%20Diagnostico%20Prenatal.pdf

Desde la instauración de los programas de cribado o selección 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 de que la naturaleza produzca un feto con alguna malformación es precisamente de ese mismo 2-3% (17). El 98% de los hijos nacerá sano, es la propia naturaleza la que proporciona a las madres la tranquilidad que demandan sin necesidad de someter a sus hijos a pruebas que presentan dos riesgos principales para ellos.

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- especialmente la de la semana 20-. Ya que tras el diagnóstico alguien podría decidir que ese hijo no merece nacer.

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 en 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.

Como recordaba el ECEMC, no se está ejerciendo la prevención primaria que es la que evita la patología sino que el descenso de niños afectos se debe al aumento de IVEs tras diagnostico prenatal. (5) y (13)

---

(17)Programa Andaluz de Cribado de Anomalías Congénitas. Plan de Genética de Andalucía. Pág 7.“*La posibilidad de que un recién nacido presente algún tipo de Defecto Congénito es de un 2-3% al nacimiento, de éstos un 1-1,5% se deben a Malformaciones (un 60% del total) y un 0,6 % (un 12-15 %del total) se deben a Cromosomopatías”. En España se ha reducido la tasa de defectos congénitos de un 2,2 % en la década de los 80 a un 1,1%,en la actualidad. Este descenso se debe al diagnóstico prenatal; en concreto a la instauración de cribado prenatal de malformaciones (Eco de 20 semanas) y al cribado de cromosomopatías (ECEMC)*
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../publicaciones/datos/370/pdf/DocPACAC.pdf

No son los cribados de malformaciones los que están bajando la frecuencia de niños con defectos congénitos, sino el hecho de destruirlos antes de nacer, dato que interesadamente omiten los responsables de la elaboración del PACAC. Incluso ante diagnósticos de enfermedades potencialmente curables, como las *cardiopatías congénitas o las hidrocefalias*, pero que requerirán esfuerzos y cuidados especiales. Como señala el ECEMC, 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, es el caso de las personas con *Sd de Down, Sd de Turner, de Klinelfelter, espina bífida, fisuras palatinas ,labio leporino 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 un ser humano. Este es uno de los riegos en los que incurre la SEGO (4) 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 1222 abortos.
- En el año 2006, de 101.592 abortos se cometieron 2844 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 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	58.389	63.756	69.857	77.125	79.788	84.985	91.664	101.592	112.138	115.812
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

Fuente: Ministerio de Salud y Consumo

Año tras año crecen las cifras de abortos eugenésicos gracias a la extensión de los cribados. 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 cada vez más extendido? 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 oculta sistemáticamente. Solo hemos podido encontrar, a parte del ECEMC, un informe oficial del año 2006 del Servicio Vasco de Salud en los que se especifican, muy genéricamente, algunas de las causas. Nos servirá de referencia.
http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20737/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/INFORME%20IVE%202006.pdf

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 Nº**		**%**
• 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.

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%**

Nótese como el grupo más numeroso de seres humanos muertos mediante el proceso de IVE por "riesgo fetal" es el de "Anomalías Congénitas" (78%). Y de ellas, las cromosomopatías, siendo los niños con Sd Down el 65% de este grupo. Es esta categoría de seres humanos la que está sufriendo lo que cabria ser calificado de genocidio (18.)

En Andalucía por ejemplo, el Servicio Andaluz de Salud ha creado un sistema de selección de humanos mediante el cribado de estas anomalías con la intención de identificar a los enfermos y facilitar la destrucción parcial o total de este *grupo humano*. El programa se llama PACAC -Programa Andaluz de Cribado de Anomalías Congénitas-(19).

Con el PACAC, el grupo de seres humanos que todavía no han superado su parto, *son sometidos-[también internacionalmente (20, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, FIGO) (21)]- a unas condiciones particulares de existencia entre las semanas 12 y 20 de sus vidas,* que incluyen el sometimiento a una serie de pruebas técnicas, con la complicidad de políticos, médicos y progenitores, que permiten su identificación y selección, que nunca tiene por objeto la imposible curación de la

---

(18)Convección para la prevención y sanción del Genocidio. Asamblea General de Naciones Unidas. 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.

(19)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.
http://www2.iavante.es/node/1285

cromosomopatía, sino facilitar su ejecución a través de una interrupción del embarazo en caso de que se demandada. (*Matanza de los miembros del grupo.*)

Sólo unos pocos, de esa población del 2-3% que tendrán alguna anomalía aunque se criben el 100% de los seres humanos en gestación, sobrevivirán a los programas de cribado. La mayoría de los fetos con cromosomopatías, (y muchos con otro tipo de anomalías por el *efecto arrastre* de la selección) y por tanto la mayoría con Sd Down, serán total o parcialmente exterminados.

Sin en embargo, la **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea** (2000/C 364/01)en el Capítulo I (Dignidad), Artículo 3.2,dispone que:"*En el marco de la medicina y la biología se respetarán : la prohibición de las prácticas eugenésicas, y en particular las que tienen por finalidad la selección de las personas." (22)* http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf Y la **Declaración de la UNESCO del Genoma Humano** señala que *"ningún ser humano podrá ser discriminado por razón de su código genético*"

---

(20) ETHICAL ISSUES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health OCTOBER 2009.pag 59 "Equity requires that these important diagnostic services are made as widely available as possible."

(21)Review of Ethical Issues in Medical Genetics, Report of consultants to WHO. Wertz DC, Fletcher JC, Berg K. World Health Organization, 2003, WHO/HGN/ETH/00.4 (pág. 76) "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".

(22)Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01) *Artículo 3 Derecho a la integridad de la persona*

1. Toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica. 2. En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular: el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas en la ley, la prohibición de las prácticas eugenésicas, y en particular las que tienen por finalidad la selección de las personas, la prohibición de que el cuerpo humano o partes del mismo en cuanto tales se conviertan en objeto de lucro, la prohibición de la clonación reproductora de seres humanos.

La pregunta que cabe hacerse pues, es si ¿estas asociaciones científicas, federaciones internacionales y organismos de política sanitaria pueden elaborar reglamentos, o consensos basados en costumbres, o convenir que hay que cribar y seleccionar al ser humano durante su gestación para eliminar los no aptos? ¿El hecho de que aleguen una reducción del número de niños con enfermedades congénitas tras la selección, o que alguno pueda ser curado, puede ser utilizado para restringir o menoscabar el derecho a seguir vivo con el pretexto de que ese derecho no esté explícitamente reconocido o alegando subjetivas impresiones de lo que es la vida humana?

Si atendiéramos al Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos (23)) comprobaremos la ausencia de legitimidad para ello ya que; el derecho a la vida no puede restringirse por convenio, costumbre o reglamentos como los de la SEGO o el PACAC con el pretexto de que el derecho fundamental a la vida de los seres humanos antes del parto- enfermos o sanos- no sea reconocido o lo sea en menor grado. Tampoco es legítimo emprender actividades de selección o cribado encaminado a facilitar de destrucción del derecho a la vida. Así lo constata también el artículo 10 de la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de la personas con discapacidad.(24) que establece para éstas los mismos derechos fundamentales recocidos en el Pacto de Derechos Civiles y Políticos.

El gran reto de los obstetras del siglo XXI es abogar por el pleno desarrollo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos(26) para nuestros pacientes fetales, de manera que *"a todo ser humano le sea reconocida, en todas partes, su personalidad"* es decir; su cualidad de persona.

---

(23)Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (23 de marzo de 1976) Art.5, 2" *No podrá admitirse restricción o menoscabo de ninguno de los derechos humanos fundamentales reconocidos o vigentes en un Estado Parte* ***en virtud de leyes, convenciones, reglamentos o costumbres****, so pretexto de que el presente Pacto no los reconoce o los reconoce en menor grado". **Art 5,1** "Ninguna disposición del presente Pacto podrá ser interpretada en el sentido de conceder derecho alguno a un Estado, grupo o individuo para emprender actividades o realizar actos encaminados a la destrucción de cualquiera de los derechos y libertades reconocidos en el Pacto o a su limitación en mayor medida que la prevista en él"*

(24)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"* http://www.sidar.org/recur/direc/legis/convencion.php

(26) Declaración Universal de Derechos Humanos: Artículo 6:" *Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica"* Artículo 3*: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.*

UNA RECOMENDACION FINAL AL COMITÉ DE BIOETICA DE LA SEGO.

La declaración, de no ser matizada, podría estar introduciendo un precedente de poder abusivo de los expertos. Sería necesario estudiar la legitimidad de la SEGO y de su Comisión de Bioética para difundir entre sus asociados – no se dice si a título de decisión o de consulta – una iniciativa , con rango de declaración institucional, que ofrece pautas de actuación profesional sesgadas y en cierto modo dogmáticas o paternalistas, pues no discuten las alternativas posibles y subvierten la deontología médica tratando de condicionar el comportamiento moral de un colectivo profesional. Una sociedad científica debe permanecer abierta al debate, no presentar sus documentos como indiscutibles, ni como conclusión sólida de un comité de expertos. El respaldo institucional de un documento influye grandemente en la opinión de los asociados y en la opinión pública.

Que se sepa, la Declaración no ha sido debatida públicamente y sí ha sido difundida a los medios de comunicación públicos. Es un documento privado, aunque difundido como expresión de opinión experta y de política institucional. Eso conlleva el riesgo ilegítimo de entenderlo como parte añadida a la normativa ética, como práctica preferida u obligatoria, de la que no podrá excluirse ningún socio de la SEGO, o, incluso, ningún obstetra en ejercicio.

Ello provoca y da sentido al informe de esta plataforma de ginecólogos y obstetras que discrepan de las soluciones éticas de la sociedad científica que nos vincula como socios o por ejercer la misma profesión, por lo que recomendamos que la Comisión de Bioética aclare que el carácter de la declaración es meramente orientativo y no obligatorio ni preferente, de manera que se haga una profilaxis que evite que los propios socios de la SEGO se sientan agredidos por la sociedad profesional a la que pertenecen.

Finalmente insistimos en el mínimo de que sea reconocida y respetada de manera expresa, mediante una declaración institucional, la autonomía moral y ética, la libertad de conciencia ,de pensamiento y de cátedra y la legitimidad de objetar a colaborar en cualquier modo tanto en el aborto como en los programas de diagnóstico concebidos para facilitarlo llegado el caso y a cualquier otro medio técnico –actual o futuro- que pueda estar relacionado con la muerte de los embriones y fetos humanos y su selección o manipulación o con mutilaciones no terapéuticas del aparato reproductor de la mujer aun consentidas o voluntarias, más aun cuando nuestros argumentos no están

basados en ideologías sectarias ni en creencias pintorescas o en impresiones u opiniones caprichosas sino en nuestro código deontológico y en la evidencia científica, como hemos demostrado.

CONCLUSIONES:

Como socios de la SEGO y Obstetras en ejercicio, valoramos el intento que hace la Comisión Deontológica de la SEGO con esta declaración para; tratar de delimitar las causas de aborto legal por razón eugenésica y, tratar de orientar la línea de actuación de los Comités Clínicos, pero consideramos que es muy insuficiente por cuanto que:

- No se posiciona sobre el aborto a petición antes de las 14 semanas ni sobre el aborto por "riesgo" de graves anomalías, ni hace el esfuerzo por definir esas anomalías que han sido un coladero para abortar por el más mínimo defecto en el feto.
- No se hace mención alguna a las causas médicas que supuestamente ponen en riesgo la vida y la salud de la madre y que han sido el tradicional coladero para justificar abortos.
- No aprovecha la ocasión para hacer una firme defensa del derecho fundamental a la objeción por razones éticas y científicas ante el diagnóstico prenatal eugenésico y ante la cooperación necesaria e implicación directa en las distintas fases del proceso paramédico de una interrupción feticida del embarazo.
- Fomenta la eugenesia a través de los programas de diagnóstico prenatal que contemplan el aborto como opción, aunque declare que siempre se debe buscar el interés del nascituro, y tolera infracciones deontológicas mediante la sacralización de la autonomía del paciente infravalorando la autonomía del médico.
- Pretende establecer un cuerpo doctrinal sobre lo que es la vida humana, la calidad de vida y, la visión ética que todo ginecólogo debe aceptar, y que

viene en, cierto modo, a interferir en la intimidad de la relación de confianza entre cada médico y cada paciente que queda condicionada por una política corporativa marcada desde una sociedad científica que da pautas morales a sus asociados.

- Propone listados de enfermedades que, a su juicio, pueden convertir un acto que no es médico ni deontológico en médico. Corriéndose el riesgo, en adelante, de que cualquier ginecólogo o comité que evalúe pacientes diagnosticados de alguna enfermedad o "circunstancia" incluidas en las listas creadas por los miembros de la Comisión de Bioética se excusen en la Declaración de ésta para recomendar o decidir la muerte de un ser humano.
- No hace una defensa general de la salud de la mujer al no aclarar ante la opinión pública que el aborto intencionado, incluso el eugenésico, supone una agresión física para la mujer que daña su salud sexual, reproductiva y psicológica, ni sobre los beneficios de sufrir una perdida fetal espontanea frente a sufrirla intencionada.
- Trata al feto y al embrión humano como un "producto" impersonal, como una entidad diagnóstica, o como una "circunstancia", cuyo mayor interés, una vez decidida su muerte, es que sea examinado por un patólogo.
- No aclara a la opinión pública que acabar con la vida de un ser humano fetal gravemente enfermo - o incluso terminal- mediante una IVE no obedece a una "indicación médica" sino de otro tipo.

Creemos que entrar a fondo en el análisis de una ley que tanta repercusión tiene para los profesionales de la obstetricia y la ginecología es un deber moral que la SEGO, le guste o no, no puede eludir.

Por ello invitamos a que la SEGO y su Comisión de Bioética, sigan profundizando y a que sientan el respaldo de una plataforma de ginecólogos que apostamos por animar a nuestra sociedad científica a la defensa sin paliativos de la deontología médica y del derecho a la vida de nuestros pequeños pacientes, frente a unas leyes que tratan de desnaturalizar la esencia de nuestra profesión mediante la cosificación de la persona, la mercantilización de la vida y la instrumentalización del ginecólogo al que se pretende coartar su autonomía moral.

OTRAS REFERENCIAS:

Declaración Universal de Derechos Humanos: Artículo 6:" *Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica"* Artículo 3*: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.*

Declaración de la UNESCO del Genoma Humano señala que *"ningún ser humano podrá ser discriminado por razón de su código genético*"

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" http://www.sidar.org/recur/direc/legis/convencion.php.*

Declaración de la Asamblea Médica Mundial, Tokio (1975): *"aliviar el sufrimiento de sus pacientes y mantener el máximo respeto por la vida humana aún bajo amenaza, sin hacer jamás uso de sus conocimientos médicos de manera contraria a las leyes de la humanidad".*

Declaración de Ginebra, (1948): 3. *"Practicaré mi profesión con conciencia y dignidad"* y **9.** *Guardaré el máximo respeto hacia la vida humana desde el momento de la concepción; e incluso bajo amenaza no utilizaré mis conocimientos médicos para fines contrarios a las leyes universales humanas".*

Declaración de Helsinki (1974): *"La función social y natural del médico es velar por la salud del ser humano".*

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (23 de marzo de 1976) ***Art.5, 2****" No podrá admitirse restricción o menoscabo de ninguno de los derechos humanos fundamentales reconocidos o vigentes en un Estado Parte* ***en virtud de leyes, convenciones, reglamentos o costumbres****, so pretexto de que el presente Pacto no los reconoce o los reconoce en menor grado". **Art 5,1** "Ninguna disposición del presente Pacto podrá ser interpretada en el sentido de conceder derecho alguno a un Estado, grupo o individuo para emprender actividades o realizar actos encaminados a la destrucción de cualquiera de los derechos y libertades reconocidos en el Pacto o a su limitación en mayor medida que la prevista en él" **Art.16** Todo* ***ser humano*** *tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su* ***personalidad*** *jurídica. **Art.6**:"El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente" **Art.18.1**. Toda persona tiene derecho a la* ***libertad de pensamiento, de conciencia*** *y de religión; este derecho incluye la libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección, así como la libertad de manifestar su religión o sus creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado, mediante el culto, la celebración de los ritos, las prácticas y la enseñanza. **Art. 4,1.** En situaciones excepcionales…los Estados Partes de este tratado podrán adoptar disposiciones que, en la medida estrictamente limitada a las exigencias de la situación, suspendan las obligaciones contraídas en virtud de este Pacto…" **Art 4,2**La disposición precedente no autoriza suspensión alguna de los artículos **6,** 7, 8 (párrafos 1 y 2), 11, 15, **16 y 18.***

Carta de los Derechos Fundamentales de Unión Europea (2000/C 364/01). Capítulo I (Dignidad) Artículo 3.2:"*En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular: la* ***prohibición de las prácticas eugenésicas****, y en particularlas que tienen por finalidad la selección de las personas. http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf*

Review of Ethical Issues in Medical Genetics, Organización Mundial de Salud*, "aunque todos los países deberían tener disponible un completo abanico de servicios genéticos, incluido el diagnóstico prenatal, los médicos pueden elegir no practicar el diagnóstico prenatal por motivos de conciencia, si se oponen al aborto"[(Report of consultants to WHO. Wertz DC, Fletcher JC, Berg K. World Health Organization, 2003, WHO/HGN/ETH/00.4: pág. 38)*

Consejo de Europa, resolución 1763, de 7 de octubre 2010: El Derecho Objeción de Conciencia en la atención médica legal *1. Ninguna persona, hospital o institución será coaccionada, considerada civilmente responsable o discriminada debido a su rechazo a realizar, autorizar, participar o asistir en la práctica de un aborto, la realización de un aborto involuntario o de emergencia, eutanasia o cualquier otro acto que pudiera causar la muerte de un feto humano o un embrión, por cualquier razón. …4.- A la luz de las obligaciones de los Estados miembros de asegurar el acceso a los servicios y prestaciones sanitarias admitidas por la ley y de proteger el derecho a la protección de la salud, así como su obligación de asegurar el respeto al derecho a la libertad*

ideológica, de conciencia y religión de los profesionales sanitarios, la Asamblea invita a los Estados miembros del Consejo de Europa a desarrollar marcos legales claros y completos que definan y regulen la objeción de conciencia en relación con los servicios médicos y de salud, los cuales: 4.1. garanticen el derecho a la objeción de conciencia en relación con la participación en el procedimiento en cuestión. 4.2. aseguren que los pacientes son informados de cualquier objeción, en un plazo adecuado, así como que son derivados a otro profesional sanitario"

Instrucción Donum Vitae: I El Respeto de los Embriones Humanos, 1. ¿Qué respeto se debe al embrión humano en virtud de su naturaleza e identidad? "*El ser humano ha de ser respetado —como persona— desde el primer instante de su existencia*." **2 ¿Es moralmente lícito el diagnóstico prenatal?** *"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"*

Carta Evangelium Vitae n 74. *. Esta cooperación [formal con el mal] 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". "…se puede temer justamente que la disponibilidad a cumplir tales acciones [en sí mismas indiferentes o incluso positivas] no sólo conlleve escándalo y 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." El rechazo a participar en la ejecución de una injusticia no sólo es un deber moral, sino también un derecho humano fundamental. Si no fuera así, se obligaría a la persona humana a realizar una acción intrínsecamente incompatible con su dignidad…"*

COMISION DEONTOLOGICA DE GINECOLOGOS DAV:

- Esteban Rodríguez Martín (Presidente Comisión Deontológica, Portavoz Andalucía)
- Luis Chiva de Agustín. (Vicepresidente Comisión Deontológica, Portavoz Nacional Ginecólogos DAV)
- José I. Sánchez Méndez.(Vocal)
- Luis Granados .(Vocal)
- Clara Marín Palomo .Vocal)
- Sonsoles Alonso.(Vocal, Portavoz Madrid)
- Daniel Vázquez.(Vocal)
- Carlos A. Gómez Fajardo.(Miembro Honorífico)

Dirección social: Ginecólogos DAV, Comisión Deontológica Calle José Rodríguez Pinilla 23, 28016, Madrid ginedav@derechoavivir.org