Globethics Repository



Veinticinco años de cribado eugenésico en España [Twenty-five years of screening eugenics in spain]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Mérida Donoso, Salvador
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-09 13:20:27
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/203411

VEINTICINCO AÑOS DE CRIBADO EUGENÉSICO EN ESPAÑA

TWENTY-FIVE YEARS OF SCREENING EUGENICS IN SPAIN

Salvador Mérida Donoso
Universidad CEU Cardenal Herrera – Valencia (España)
salvador.merida@uch.ceu.es

Resumen

Durante los últimos 25 años la incidencia de recién nacidos con defectos congénitos en España ha descendido un 56,7%, debido fundamentalmente a la práctica del aborto «por riesgo fetal», previo diagnóstico prenatal. En algunos casos, como en las personas con síndrome de Down, la estrategia supone la eliminación de un 80-90% de los afectados en el seno materno. Tras presentar las técnicas hoy utilizadas y los datos estadísticos, procederemos a realizar una reflexión acerca de la justificación ética de los programas de diagnóstico prenatal y la praxis del aborto «eugenésico».

Palabras clave: diagnóstico prenatal, aborto, eugenesia, programas de cribado genético prenatal, anomalías congénitas, cromosomopatías.

Abstract

Over the past 25 years, the incidence of newborns with congenital defects in Spain has fallen by 56.7% primarily due to the practice of «fetal risk» abortion, after prenatal diagnosis. In some cases, such as people with Down syndrome, the strategy involves the removal of 80-90% of those affected in pregnancy. After presenting the techniques used today and statistical data, we will make a reflection about the ethical justification for prenatal diagnosis programs and practice of «eugenic» abortion.

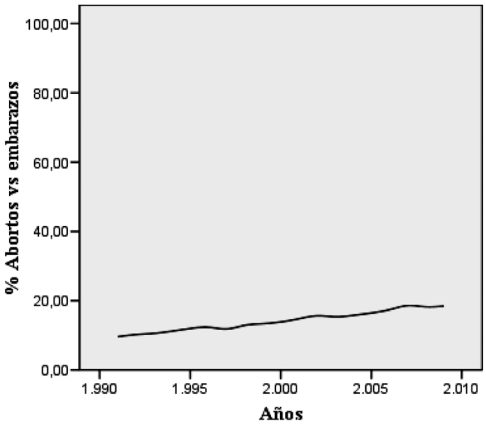
Key words: prenatal diagnosis, abortion, eugenics, prenatal genetic screening programs, congenital anomalies, chromosomal alterations.

1. Introducción

Hoy día, en España y tras algo más de 25 años de despenalización[1], uno de cada seis embarazos concluye en aborto provocado (Gráfica 1). Esta proporción no ha hecho sino crecer a lo largo de las últimas dos décadas de acuerdo con los datos oficiales y ello, pese a la reducción de la natalidad, la generalización de los medios anticonceptivos primero y expansión de los contraceptivos después, de las numerosas campañas de información sexual y planificación familiar, etc., que coloca a España a la cabeza de las tasas más bajas de natalidad a nivel mundial. No es de extrañar que algunos autores hayan considerado la aceptación social del aborto como «sin excepción, lo más grave que ha acontecido en este siglo que se va acercando a su final».[2]

Así, en el periodo estudiado, el número absoluto de abortos realizados en España al año se ha incrementado notablemente desde 41.910 en 1991 hasta los 111.482 registrados en 2009, de modo que la proporción de niños no nacidos abortados frente a embarazos ronda en 2009 el 18,4% como se pone de manifiesto en la siguiente gráfica.

Sin embargo, no todos los no nacidos disponen de las mismas expectativas de vida frente al cribado arbitrario que supone el aborto. Aquéllos que manifiestan —previo diagnóstico— cualquier indicio de anomalía congénita (malformación, alteración, deformación o displasia) corren un riesgo aun mayor de ser abortados.[3] La reciente tramitación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de *Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del embarazo* ha puesto de nuevo de manifiesto que un amplio sector de la sociedad española sigue mostrándose contrario a la práctica del aborto, en algunos o en todos los supuestos, ya sea por cuestiones médicas, científicas, ideológicas, éticas, religiosas, o por una conjunción de las mismas. De hecho, la reciente ley admite la objeción de conciencia del personal sanitario que pueda verse implicado, pero con resignación, como quien tolera una amenaza, y no bajo un prisma posi-



Gráfica 1. Abortos realizados frente a embarazos (%) en España a lo largo de las dos últimas décadas (Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de nacimientos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es) y los datos de IVE publicados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (www.msps.es).

1 Ley Orgánica 9/1985, (BOE, 12 de Julio).

2 Marías, J., *Sobre el cristianismo*, Planeta, Barcelona, 1997, 107-108.

3 Bermejo, E. «Frecuencias de defectos congénitos al nacimiento en España y su comportamiento temporal y por comunidades autónomas. Causas de las variaciones de las frecuencias» *Semergen*, 36, (2010), 449-455.

tivo que valore y defienda el pluralismo existente en nuestras sociedades multiculturales.[4]

2. Defectos congénitos y discapacidad

Una anomalía o defecto congénito es una anomalía estructural de cualquier tipo que esté presente al nacimiento. Alrededor del 3% de todos los niños nacidos vivos presenta una anomalía congénita importante obvia. En España, la incidencia está establecida en el 2,22% correspondiente al periodo 1980-1985, del que se guardan datos estadísticos y que es previo a la validez legal del aborto y su praxis.[3] Después del nacimiento, se detectan anomalías adicionales; por consiguiente, su incidencia es de aproximadamente un 6% en niños de dos años y del 8% en los de 5 años. Las anomalías mayores son más comunes en embriones tempranos (hasta un 15%) que en recién nacidos (hasta un 3%). Si bien, muchos de los embriones con malformaciones graves sufren generalmente abortos espontáneos durante las primeras seis a ocho semanas.

Los defectos congénitos se pueden sistematizar según el momento en el que se manifiestan, como en el aborto espontáneo, en el recién nacido, durante la infancia o en la edad adulta. O bien, de acuerdo a la naturaleza de la causa que los determina: monogenéticos, multifactoriales, teratogénicos o epigenéticos. Así, los defectos congénitos pueden ser causados por una anomalía cromosómica (síndrome de Down y de Edwards) o por una anomalía monogénica (errores congénitos del metabolismo). Hay un pequeño grupo de defectos congénitos provocados por causas ambientales, es decir, no genéticas, como pueden ser las infecciones fetales o el síndrome alcohólico fetal. Finalmente, la mayoría de malformaciones físicas son de origen multifactorial, es decir, en ellas intervienen factores ambientales y genéticos.

Los defectos congénitos son un problema sanitario de primer orden: suponen una elevada mortalidad perinatal e infantil, contribuyen a los ingresos hospitalarios, provocan discapacidad e implican un elevado coste para el sistema sanitario en cuanto a programas de cribado, diagnóstico y aborto en casos de afectación fetal y consentimiento paterno. Sin embargo, algunos defectos congénitos se pueden prevenir, y su identificación precoz puede contribuir a disminuir el riesgo de discapacidad secundaria.

Los datos clínicos habitualmente recabados y, por tanto, disponibles en torno a un aborto realizado por defectos congénitos son mínimos y resultan claramente incompletos e insuficientes,[5] un hecho que resulta especialmente doloso dado el conflicto ético que despiertan las estrategias de cribado promovidas en el

4 Martínez Otero, J.M. «La objeción de conciencia del personal sanitario en la nueva ley orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo» *Cuadernos de Bioética*, XXI, (2010), 299-312.

5 Bermejo, E., Martínez-Frías, M.L. «Situación actual en España sobre el diagnóstico etiológico en fetos procedentes de abortos por defectos congénitos. Directrices para un protocolo mínimo.» *Boletín del ECEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología,* V(8), (2009), 18-23.

ámbito sanitario y que no es exclusivo de España.[6] Cabría pensar que la información científica es nítida hasta que entra en conflicto con posibles intereses económicos o ideológicos más o menos vedados.

3. Riesgos explícitos e implícitos del Diagnóstico Prenatal

En la actualidad, un número creciente de los defectos congénitos al nacimiento disponen de diagnóstico prenatal. De acuerdo con diversos grupos de trabajo patrocinados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Diagnóstico Prenatal se define como «todas aquellas acciones prenatales que tengan por objeto la detección y/o el diagnóstico de un defecto congénito, entendiendo como tal toda anomalía en el desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presente al nacer (aunque pueda manifestarse más tarde), externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple».[7]

El diagnóstico prenatal de las anomalías cromosómicas, entre las cuales se encuentra el síndrome de Down, sólo se puede realizar mediante un cariotipo en células fetales, que implica un procedimiento invasivo. Todo procedimiento invasivo, tal y como su nombre indica, conlleva una invasión del medio fetal y un riesgo de pérdida fetal secundaria a la técnica, que está cuantificada en un rango del 1-2% para la técnica de la amniocentesis.[8] La posibilidad de un diagnóstico no invasivo mediante células o ADN fetal presente en la circulación materna, si bien ha dado lugar a abundante investigación y literatura científica,[9] es todavía una promesa —tal vez próxima— pero al margen de los actuales programas de diagnóstico prenatal en nuestro país.

Conviene también señalar las limitaciones del diagnóstico prenatal. Si bien su capacidad es real para cerca de un centenar de sistemas genéticos simples —fundamentalmente para la detección de alelos dominantes o recesivos presentes en el genoma del embrión o el feto—, no es aplicable para casos de enfermedades complejas, debidos a sistemas poligénicos, como muchas de las patologías mentales, del comportamiento o incluso físicas (esquizofrenia, fisura palatina, alergias, asma, epilepsia idiopática, diabetes mellitus, etc.).

Para decidir a qué fetos se somete a la técnica de amniocentesis se realizan una serie de pruebas no exentas de error (falsos positivos) que permitan cribar y seleccionar un grupo de gestantes consideradas de alto riesgo. Para ello, se procede a la aplicación sistemática de métodos capaces de selec-

6 Bower, C.I., Lester-Smith, D., Elliott, E.J. «Cogenital anomalies—why bother?» *The Medical Journal of Australia,* 192(6), 300-301.

7 Carrera, J.M., Kurjak, A. *Ecografía en diagnóstico prenatal*, Elsevier, España, 2008, 5.

8 Mujezinovic, F., Alfirevic, Z. «Procedure-related complications of amniocentesis and chorionic villus sampling: a systematic review». *Obstetrics & Gynecology*, 110(3), (2007), 687-694.

9 Los avances, en cualquier caso, han sido notables, ver por ejemplo: Beaudet, A.L. «Progress toward Noninvasive Prenatal Diagnosis» *Clinical Chemistry*, 57, (2011), 802-804, o también: Chiu, R. *et al*. «Non-invasive prenatal assessment of trisomy 21 by multiplexed maternal plasma DNA sequencing: large scale validity study» *British Medical Journal*, 342, (2011), c7401.

cionar entre los fetos aparentemente sanos. No son procedimientos diagnósticos, sino métodos para cuantificar el grado de incertidumbre o certeza de riesgo y en ellos han de cumplirse una serie de requisitos establecidos por la OMS (inocuidad para la madre y el feto, fácil de realizar, escaso consumo de tiempo, bajo coste y fácil acceso). De este modo, se elaboran protocolos que tienen por objetivo la detección prenatal de las anomalías congénitas más frecuentes, como por ejemplo, el síndrome de Down, el síndrome de Edwards y los defectos del túbulo neural.

A priori, se consideran embarazos de alto riesgo los que cumplen alguna de estas características: edad de la madre superior a los 35 años, hijo previo con cromosomopatía documentada, progenitor portador de una anomalía cromosómica, historia familiar con posibles enfermedades hereditarias, etc. Si no se sospecha ningún defecto congénito porque es una pareja sana sin antecedentes y la madre tiene menos de 35 años se aplican protocolos de cribado que combinan técnicas de detección de marcadores bioquímicos y técnicas de ecografía como la translucidez nucal. En cualquier caso y como queda dicho, la sensibilidad (tasa de detección) y especificidad (ausencia de falsos positivos) de estos métodos no es del 100%. Hasta hace bien pocos años, las técnicas aplicadas podían detectar trisomía en fetos afectados con una sensibilidad del 75% y un 14,9% de falsos positivos.[10] Los nuevos protocolos contemplan un conjunto de recomendaciones efectivas tanto si la mujer visita el centro antes de la semana gestacional 14: cribado de primer trimestre donde se combinan dos marcadores bioquímicos con la translucidez nucal ecográfica; como si lo hace después: cribado de segundo trimestre, actualizado con cuatro marcadores bioquímicos. En ambos casos, la tasa de detección puede conseguir niveles superiores al 80-90% para una tasa de falsos positivos inferior al 5%.[11] El screening combinado del primer trimestre para seleccionar pruebas invasivas, tiene ya un alto grado de implantación en las distintas comunidades autónomas así como las tres ecografías durante la gestación, que se han consolidado en todo el territorio nacional.[12]

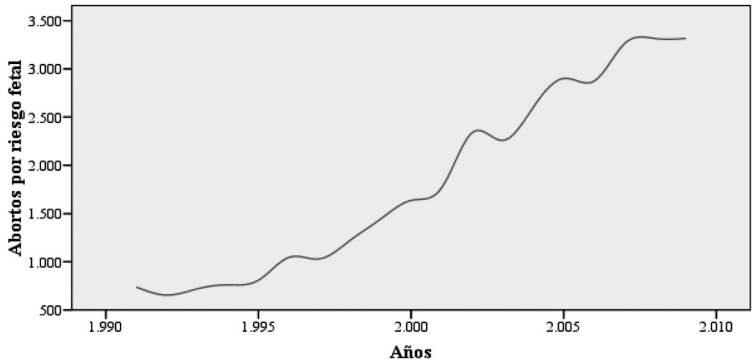
Para hacernos cargo de la relevancia de estos valores, hagamos un ejercicio teórico tomando como referencia el año 2009: dicho año se contabilizan 492.931 nacimientos,[13] de los cuales, 105.823 correspondían a embarazos de madres mayores de 35 años. Omitimos los 111.482 abortos que se dieron ese año y trabajamos sólo con los nacidos. Durante el periodo de gestación de estos niños, aplicando los criterios de cribado comentados más arriba, a estas 105.823 madres con edad superior a los 35 años les recomendaríamos encarecidamente que se hicieran una prueba de amniocentesis. Si todas dieran su consentimiento y

10 Fortuny A., *et al.* «Cribado bioquímico y ecográfico de aneuploidía en el segundo trimestre de la gestación» *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 47(6), (2004), 257-63.

11 Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, «Protocolo de diagnóstico prenatal de anomalías congénitas fetales» (2008), 13.

12 Bajo, J.M. «Carta del Presidente: Crisantemos» *Gaceta electrónica SEGO*, 57, (2010), 2.

13 Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es)



Gráfica 2. Abortos realizados por riesgo fetal en España desde 1991 a 2009 (**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de IVE publicados en informes anuales por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (www.msps.es)).

considerando un 1-2% de pérdida fetal, tendríamos entre 1.058 y 2.116 abortos provocados como consecuencia de los límites de la técnica. El resto de gestantes, es decir, 387.108 pasarían al protocolo de cribado que incluye pruebas con marcadores bioquímicos y ecografías diversas. Como hemos comentado, estas técnicas tienen, en el mejor de los casos, una sensibilidad en torno al 80-90% y un 5% de falsos positivos. Interesa aquí resaltar este 5%, corresponde a fetos sanos que el cribado considera enfermos, en nuestro caso estaríamos hablando de 19.355. De nuevo, aleccionaríamos a las madres para que se sometieran a la técnica de amniocentesis, lo que en este caso implicaría la pérdida de entre 193 y 387 fetos. Por lo tanto, los límites intrínsecos de la aplicación de las técnicas de cribado en las condiciones citadas, habría conllevado la muerte de entre 1251 y 2503 no nacidos. Frente a esta realidad son varias las preguntas que cabe preguntarse, en primer lugar y desde un punto de vista estrictamente técnico, ¿es una estrategia aceptable?, es decir, ¿cuántos abortos se han venido realizando en España al año por riesgo fetal en contraste con el esfuerzo técnico, económico y sobre todo con las «bajas colaterales» que dicha estrategia comporta? Desde un punto de vista ético, ¿podemos arrogarnos la autoridad de decidir acerca de la vida y muerte de estas criaturas, de estos seres humanos en tempranos estadios de su vida?

4. Cribado eugenésico: eficacia técnica y carencias éticas

El porcentaje de recién nacidos con defectos congénitos viene disminuyendo progresivamente desde la despenalización del aborto. Es frecuente tomar como referencia el periodo 1980-1985, en el que el porcentaje de recién nacidos con defectos congénitos se situaba en el 2,22%. En 2009, su valor se sitúa

en 0,98%, es decir la frecuencia se ha reducido a menos de la mitad desde el período basal.[14]

De modo análogo, el número de abortos realizados en nuestro país acogiéndose al supuesto de «riesgo fetal» se ha incrementado notablemente a lo largo de las dos últimas décadas, alcanzando la cifra de 3.317 en el año 2009. La evolución de la incidencia de abortos por riesgo fetal en nuestro país se representa en la siguiente gráfica realizada con los datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en los informes anuales acerca de las IVE realizadas.

Desde un punto de vista estrictamente técnico, no parece justificado, ni ponderado, desarrollar estrategias que permiten eliminar 3.317 fetos debido a los defectos congénitos que presentan, a la par que las limitaciones del proceso puedan implicar la pérdida no deseada de entre 1.251 y 2.503, como se ha señalado más arriba. Esta desmesurada proporción entre IVEs debidas a riesgo fetal y posibles pérdidas fetales como consecuencia de las técnicas de diagnóstico empleadas, parece confirmarse por algunos estudios realizados, como el llevado a cabo en el complejo hospitalario de Jaén durante 6 años en el que los autores constatan que el 2,16% de amniocentesis condujeron al diagnóstico de una cromosomopatía, con una tasa de complicaciones asociadas a la técnica del 1,02%.[15]

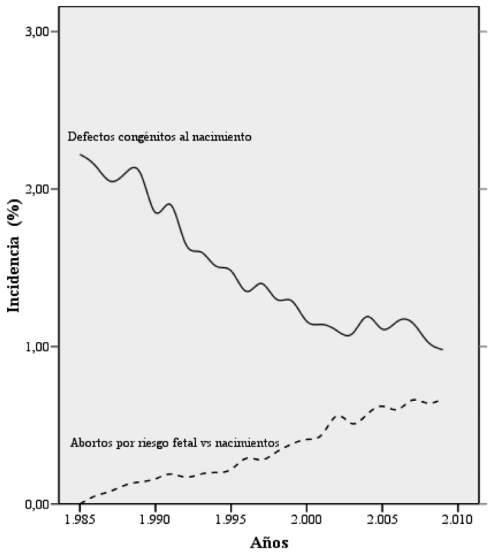
Obviamente, el debate ético va más allá y es previo a las limitaciones técnicas que pueda presentar una determinada praxis, sin embargo, estas «bajas colaterales» son consecuencia directa de las estrategias y protocolos diseñados que no sólo las asumen sino de las que no hay datos oficiales publicados y que han de deducirse teóricamente como aquí hemos hecho. En realidad, este modo de proceder es ya indicativo de las carencias éticas que presenta el aborto por riesgo fetal.

Pero, ¿hasta qué punto es eficaz y, por tanto, relevante esta práctica, así como los conflictos morales que suscita? Dicho de otro modo, ¿hasta qué punto la reducción en la incidencia de defectos congénitos en recién nacidos en España desde un 2,22% hasta el 0,98% actual, se debe a la praxis del aborto por riesgo fetal? Para responder a esta pregunta y en una primera aproximación acudimos a los datos oficiales de nacimientos, abortos por riesgo fetal e incidencia de malformaciones al nacimientos publicados por el Instituto Nacional de Estadística, el Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad y el Instituto de Salud Carlos III. Los datos así recopilados y expresados en relación con los nacimientos habidos cada año durante los últimos 25 años, se recogen en la siguiente gráfica.

Queda patente la relación temporal directa entre el incremento de la práctica de

14 Bermejo, E., Cuevas, L., Grupo periférico del ECEMC, Martínez Frías, M.L. «Informe de Vigilancia Epidemiológica de anomalías congénitas en España: Datos registrados por el ECEMC en el período 1980-2009» *Boletín del ECEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología,* serie V, 9, (2010), 68-100.

15 Hijona, J.J. *et al.* «Amniocentesis genéticas durante los últimos 6 años en nuestro hospital» *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 38(2), (2011), 38-43.



Gráfica 3. Incidencia (%) de los defectos congénitos al nacimiento y abortos realizados por riesgo fetal frente a los nacimientos (%) durante los últimos 25 años en España (Fuente: elaboración propia a partir de datos oficiales)

aborto y la disminución de la incidencia de defectos congénitos al nacimiento. De hecho, la frecuencia de defectos congénitos se ha reducido a menos de la mitad desde el período basal (1980-1985), y se considera que ese descenso es debido, fundamentalmente, al impacto de las IVEs (Interrupciones Voluntarias del Embarazo) tras la detección de alteraciones en el feto.[14] No obstante, aunque en mucha menor medida, también podría tener cierta influencia la progresiva mejora en el cuidado de la gestación, debido a los avances en el área de Obstetricia, y al incremento en la cultura sanitaria de la población, que favorecen la aplicación de las pocas medidas preventivas que hoy se conocen en relación con los defectos congénitos, si bien es cierto que aún se podría mejorar mucho en esa aplicación, y siguen siendo necesarias campañas.[14]

5. Síndrome de Down: ejemplo paradigmático de eugenesia sanitaria

De entre los defectos congénitos destaca el síndrome de Down por ser la causa más frecuente de retraso mental y por ser un síndrome perfectamente identificable para las personas no expertas. Los afectados sufren una alteración genética producida por la presencia de un cromosoma extra (o una parte de él) en la pareja cromosómica 21, de tal forma que las células de estas personas tienen tres cromosomas en dicho par (de ahí el nombre de trisomía 21), cuando lo habitual es que sólo existan dos. Uno de los factores etiológicos asociados a cualquier desorden genético humano más importante es la edad de la madre. Así, el riesgo de incidencia de trisomía en embarazos de mujeres veinteañeras es del 2-3%, pero para embarazos de mujeres con edades comprendidas entre los 40-50 años el riesgo se eleva hasta un 30% o más.[16]

Durante el cribado prenatal, algunos tests permiten unos índices de detección de síndrome de Down del 93-95% para un 5% de falsos positivos. Así, hay dos grandes estudios multicéntricos que han comparado los resultados que habrían obtenido diferentes estrategias aplicadas

16 Hassold, T., Hunt, P. «Maternal age and chromosomally abnormal pregnancies: what we know and what we wish we knew» *Current Opinions in Pediatric*, 21(6), (2009), 703–708.

a una misma población estudiada en diferentes momentos de la gestación. En el estudio europeo, el SURUSS Trial, para un 5% de falsos positivos, los valores de la tasa de detección del síndrome de Down eran del 60% mediante la translucidez nucal, del 83% mediante el Test combinado y del 93% mediante el Test integrado.[17] En el estudio americano, el FASTER trial, las mismas estrategias de cribado obtenían unos índices de detección similares: 68% (tanslucidez nucal), 85% (Combinado) y 95% (Integrado).[18]

Desde 1985 la incidencia al nacimiento de casos de síndrome de Down ha disminuido en torno a un 60%. Así, en el periodo 1980-1985, de cada 10.000 recién nacidos 17,48 presentaban el síndrome de Down, en tanto que en 2009 el número de afectados se ha reducido a 7,24 por cada 10.000 nacidos.[14] Sin embargo, la tasa de prevalencia de Down en embarazos ha ido aumentando paulatinamente durante los últimos años, posiblemente a causa del aumento de la edad materna. En efecto, si en el año 1985 el número de madres mayores de 35 años fue de 41.710 (un 9,1% de los nacimientos habidos aquel año), en 1993 fue de 56.149 (14,1%) y en 2009 de 105.823 (21,4%).[13] Es decir, desde 1985 y a la par que iban disminuyendo el número de niños Down nacidos a menos de la mitad, el número y proporción de madres mayores de 35 años iba incrementándose hasta doblar su número.

Una vez más, la reducción de la incidencia de nuevos individuos con síndrome de Down al nacimiento, se debe de modo prácticamente exclusivo a la práctica del aborto eugenésico post diagnóstico prenatal. Como sabemos hay una relación directa entre la edad de la madre y la probabilidad de que el niño presente síndrome de Down, probabilidad que se dispara a partir de 35 años o más. Así, en este caso particular, el aborto practicado es más eugenésico que nunca ya que, si tenemos en cuenta el número cada vez mayor de madres con edad superior a los 35 años, nos encontramos con unos datos reales de muerte por aborto provocado del 80-90% de los fetos que presentan síndrome de Down en nuestro país, dato que viene avalado por algunos estudios de campo.[19]

Como vemos, la maquinaria clínica-abortiva dispone de una elevada eficacia a la hora de diagnosticar prenatalmente e inducir a la interrupción de la gestación cuando se trata de un feto con síndrome de Down. En estas circunstancias, la última barrera es el consentimiento paterno. Cabe por tanto preguntarse por la decisión que usualmente toman padres y si disponen de la información necesaria para poder emitir el juicio. Diversos estudios realizados muestran que tras una prueba positiva de síndrome de Down, en el 90-95 % de los casos los padres consien-

17 Wald, N.J., Huttly, W.J., Hackshaw, A.K. «Antenatal screening for Down's Syndrome with the quadruple test.» *The Lancet*, 361, (2003), 835-36.

18 Malone, F.D., Canick, J.A., Ball, R.H., Nyberg, D.A., Comstock, C.H., Bukowski, R. *et al*. «First-trimester or second-trimester screening or both for Down's Syndrome.» *The New English Journal of Medicine*, 353, (2005), 2001-11.

19 Prats, R., Armelles, M., Salleras, L., Fortuny, A. «The effect of the screening and prenatal diagnosis program on Down's syndrome trends» *Down's Syndrome Screening News*, 9, (2002), 32-33.

ten y los fetos afectados son abortados.[20] Sin embargo, la información recibida y el modo en que se ha realizado la comunicación puede dejar bastante que desear y así, 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 y esto no sólo en los síndrome de Down: «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»[21].

6. Terminología equívoca del aborto

En las ciencias experimentales en general y en las ciencias de la salud en particular el uso de una terminología clara e inequívoca constituye la base del saber científico, facilitando el entendimiento entre investigadores y especialistas de distintas ramas de la ciencia. Así, términos que en el lenguaje coloquial es frecuente utilizar indistintamente, en ciencia presentan significados diferentes e inequívocos. Es el caso de vocablos como precisión y exactitud o incidencia y prevalencia, por ejemplo. El porqué resulta obvio, sólo si nos valemos de términos y conceptos nítidos podemos servirnos de ellos para investigar y avanzar en el conocimiento científico. Si hay algo que, en principio, rehúye todo científico es la ambigüedad y así, en todas las ramas de la ciencia se exige rigor: rigor en los términos, rigor en el método y rigor al exponer los nuevos trabajos y descubrimientos realizados.

Por eso, sorprende que en los textos científicos y oficiales que se refieren al aborto en general y al aborto por riesgo fetal en particular, este axioma parece perder validez, cuando menos parcialmente. Y así, uno es testigo del uso de términos cuyo cometido aparentemente sirve al propósito de desviar la atención acerca de lo que realmente significan, yendo incluso más allá del concepto de eufemismo. Ejemplos de estos términos son: «IVE», acrónimo de Interrupción Voluntaria del Embarazo y que omite el hecho esencial de que se está produciendo la pérdida de una vida humana, «cuando se provoca el aborto o se ahorca no se interrumpe el embarazo o la respiración; en ambos casos se mata a alguien»;[22] «aborto por riesgo fetal», que significa que dado que el feto presenta riesgos de poseer algún tipo de enfermedad se procede a abortarlo, lo que no es sino una paradoja ya que, se eliminan los riesgos a cambio de la certeza de la muerte; «amniocentesis innecesarias», cuando las limitaciones de la técnica conllevan la muerte del feto;

20 De la Fuente, C. «Diagnósticos prenatales: información a los padres». *Cuadernos de bioética*, XX, (2009), 423-440.

21 Bermejo, E., Martínez-Frías, M.L. «Situación actual en España sobre el diagnóstico etiológico en fetos procedentes de abortos por defectos congénitos. Directrices para un protocolo mínimo». *Boletín del ECEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología*, V(8), (2009), 18-23.

22 Marías, J., «Las palabras más enérgicas», en *El curso del tiempo 2*, Alianza Editorial, Madrid, 1998, 16.

o, en fin, «diagnóstico prenatal» ya que tradicionalmente diagnóstico implica definir un posible mal o enfermedad en el paciente con el objeto de curarlo o paliar su dolor, aquí sin embargo supone, frecuentemente, la garantía de que se va a procurar activamente la muerte del paciente.

Este modo de proceder es ya significativo. Ante todo juego de ocultación cabe preguntarse por las causas que lo originan, así como por la rectitud de intención de las personas que lo avalan o participan del mismo. Es un claro indicio de que no sólo el aborto provocado es un acto inmoral, sino también de que cuando menos, la duda persiste en muchos de los que entran al juego.

Y es que, el lenguaje científico en comunicación ha sido frecuentemente criticado por ser meramente estratégico. Así, Hauskeller en un análisis sobre la influencia de la cultura en el vocabulario de la Biomedicina, se plantea los influjos que recibe este tipo de discurso y afirma que «la terminología biomédica está altamente influenciada por el diferente bagaje legal, cultural y ético en las diferentes sociedades.» Propone la existencia de una retórica externa —no científica— en las regulaciones, los discursos sociales y la tradición cultural que influye en la ciencia biomédica y en algunas de sus problemáticas prácticas.[23]

7. Ciencia y ética del aborto

Desde un punto de vista estrictamente científico, el desarrollo humano constituye un proceso continuo que comienza cuando un ovocito (óvulo) de una mujer es fecundado por un espermatozoide de un varón. La división, migración, muerte programada, diferenciación, crecimiento y reorganización celulares transforman al ovocito fecundado, una célula muy especializada y totipotencial —un cigoto— en un ser humano multicelular. A pesar de que la mayoría de los cambios del desarrollo suceden durante los periodos embrionario y fetal, se producen modificaciones importantes en los períodos posteriores de desarrollo: lactancia, infancia, adolescencia e inicio de la vida adulta.[24]

El desarrollo no se interrumpe tras el nacimiento. Después de él tienen lugar cambios importantes además del crecimiento (p. ej., desarrollo de la dentición y de las mamas femeninas). El peso del cerebro se triplica entre el nacimiento y los 16 años de edad; la mayoría de las modificaciones del desarrollo han finalizado al alcanzar los 25 años de edad.

Por tanto, toda vida humana se inicia con la fecundación, esto es un hecho científico incontestable. Con la fecundación se inicia también un largo proceso de desarrollo del nuevo ser humano que no concluye hasta al menos los 25 años de edad. Es por ello que toda argumentación que pretenda justificar la implementación de un aborto provocado desde supuestos

23 Hauskeller, C. «Science in touch: functions of biomedical terminology.» *Biology and Philosophy*, 20, (2005), 815-835.

24 Moore, K.L., Persaud, T.V.N. *Embriología clínica.* Elsevier, 8ª Ed, 2008, 2.

criterios científicos (nivel de desarrollo de un determinado órgano o sistema, p. ej.), resulta falaz ya que pretende dar validez a la eliminación de una vida humana basándose en criterios que hemos de considerar absolutamente arbitrarios y al cabo utilitaristas. Los argumentos de tipo científico que se puedan aducir para justificar un aborto de un feto de tres o cuatro meses, son tan arbitrarios como los que se podrían aducir para justificar la eliminación de un niño de 8 años (un cerebro con un tamaño considerablemente inferior al de un adulto, p. ej.). Si en general calificamos este tipo de argumentos como arbitrarios y por tanto, falaces. En el caso del aborto provocado debido a «riesgo fetal», éstos habrían de ser calificados a priori como eugenésicos, ya que la justificación de la eliminación de un ser humano por la enfermedad que presenta o puede presentar, es al cabo la afirmación de que un ser humano enfermo es ontológicamente menos digno que uno sano, lo que no es sólo una afirmación falsa, sino también cruel y notoriamente deshumanizadora.

Pretender hacer una distinción temporal entre ser humano y persona, como si pudiera simultáneamente darse un ser humano que no fuera persona, parece que sólo lleva a introducir confusión en este debate ético. Así, podemos afirmar con Robert Spaemann que «si tratamos de fijar temporalmente un momento para definir cuándo tenemos una persona, siempre el momento elegido será arbitrario. El único modo de representar temporalmente la condición inmemorial del comienzo de la persona creada consiste en hacer que coincida con el de la existencia orgánica de un ser humano, es decir, con el momento de la concepción».[25]

Frente a estas aseveraciones, cabría esperar argumentaciones de peso, hondamente fundamentadas, en los programas oficiales y documentos científicos en general, que avalan el diagnóstico prenatal y el consecuente aborto de los fetos con determinadas enfermedades. Nada más lejos de la realidad, así y a modo de ejemplo, en el Protocolo de Diagnóstico Prenatal de la Generalitat de Catalunya[26] los argumentos resultan bastante coyunturales: «Uno de los cambios más importantes que se ha producido en las últimas décadas en los países denominados industrializados es la disminución de la natalidad (…) El comportamiento reproductivo de las parejas europeas ha cambiado en el sentido que pueden decidir libremente tener menos hijos y que pueden tener estos hijos, uno o dos, más tarde. A partir de estos cambios surge una necesidad sentida y expresada que los hijos nazcan tan sanos como sea posible y que no sufran minusvalías que puedan comprometer su futuro (…) Este deseo, al pasar del ámbito personal al comunitario, se convierte en un derecho y, como tal, se recoge y se expresa en las leyes que se ocupan de los ciudadanos.»

25 Spaemann, R. «La inviolabilidad de la vida humana». Este trabajo fue publicado originariamente en Alemania como comentario a la Instrucción de la Congregación para la Doctrina de la Fe *Die Unantastbarkeit des menschliehen Lebens. Zu ethischen Fragen der Biomedizin,* Herder, Freiburg, Basel, Wien, 1987.

26 Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, «Protocolo de diagnóstico prenatal de anomalías congénitas fetales» (2008), 17.

Resulta paradójico que la disminución de la natalidad sea una coyuntura favorable a la promoción del aborto y, fuera de lugar, que la comodidad y el deseo de los padres prevalezcan sobre la vida del hijo. De hecho, la argumentación resultaría igualmente «válida» para justificar la muerte provocada de un hijo de 4 o de 10 años, que adquiriera una determinada enfermedad. Como vemos, al carecer de argumentos de peso, se recurre a referencias sentimentalistas y se establecen relaciones directas entre deseos y derechos, no exentas de crítica. La argumentación se mantiene conscientemente en la superficie del problema no entrando a la realidad de lo que se propone —la eliminación de vidas humanas que no cumplan determinados requisitos de salud— desenfocando la atención hacia teóricas pretensiones y actitudes sentimentales de los padres. El vocabulario empleado no es baladí, ¿han de «decidir libremente» de acuerdo a una «necesidad sentida»?, las mágicas palabras de libertad y sentimiento introducen la garantía de ausencia de reflexión acerca de la «verdad» de lo que se propone y de su «rectitud moral».

8. Conclusiones

La incidencia de los defectos congénitos en España ha disminuido de 2,2% (1980-85) a 0,98% (2009). Un descenso del 54% que se debe fundamentalmente al efecto del aborto por riesgo fetal. Es probable que este descenso en cifras absolutas sea mayor (el número de madres con más de 35 años se ha duplicado). El dato no concuerda completamente con los datos oficiales publicados de abortos por riesgo fetal (0,67%) que son teóricamente la causa de esta disminución. Así mismo, la incidencia al nacimiento del Síndrome de Down ha caído un mínimo de 63% debido, fundamentalmente, al aborto de los afectados. Si corregimos este dato con el incremento de casos durante la gestación (el número de madres con más de 35 años se ha duplicado), el valor real de fetos abortados estaría en torno al 80-90% de los afectados. La estrategia se sostiene sobre una cultura o ideario ajeno a la cultura de la vida y de la dignidad de la persona en todas las fases de su vida.

En la bibliografía consultada, frecuentemente se subraya la disminución de la incidencia de defectos congénitos a la par que se omiten los valores reales de abortos realizados. También se omiten los abortos debidos a las limitaciones de la técnica de la amniocentesis, entre 1.250 y 2.500 fetos en el año 2009 según nuestros cálculos (frente a 3.317 abortos realizados por riesgo fetal el mismo año). Igualmente, es frecuente el uso de términos cuyo cometido parece servir más bien al propósito de desviar la atención acerca de lo que realmente significan, práctica totalmente ajena al método y rigor científico y que es acorde a las notables carencias que manifiesta el discurso tipo de justificación ética de la estrategia.

Toda vida humana se inicia con la fecundación, esto es un hecho científico incontestable. Con ella arranca también un largo proceso de desarrollo del nuevo ser humano que no concluye hasta al menos los 25 años de edad. Pretender justificar la práctica de un aborto provocado des-

de supuestos criterios científicos resulta falaz. Dichos criterios no son científicos, sino estrictamente arbitrarios y en el caso del aborto provocado «por riesgo fetal», habrían de ser calificados como eugenésicos. La justificación de la eliminación de un ser humano por la enfermedad que presenta, implica la afirmación de que un ser humano enfermo es ontológicamente menos digno que uno sano, lo que no es sólo una afirmación falsa, sino también cruel y notoriamente deshumanizadora.

Recibido: 17.10.2011
Aceptado: 19.12.2011