



**RESUMEN DEL INFORME:
“ETICIDAD DE LAS TÉCNICAS
DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL
NO INVASIVO”**

Cátedra
Internacional
de Bioética

I. El aborto en España

El aborto inducido se rige actualmente por Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo[i] que desprotege por completo al no nacido, al despenalizarlo durante las primeras 14 semanas del embarazo «a petición de la mujer embarazada» y hasta la semana 22 en casos de «que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada» o bien «siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto», «se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida» o que «se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico».

Esta excesiva permisividad legal, que responde a no considerar al nasciturus titular de derecho a la vida, se muestra claramente en ciertos datos significativos:

- 1. La disminución drástica en el número de nacimientos[ii]. 337.380 nacimientos en 2021: es la cifra más baja desde que se recogen datos estadísticos.*
- 2. Una nueva tendencia de crecimiento con una media de 100.000 abortos al año en España[iii]. En 2021 se practicaron 90.189 (un +2,18% respecto a 2020).*
- 3. En 2021, el 63% de los abortos son de jóvenes de 20 a 35 años[iv]. Las mujeres de 20 a 24 años son las que más abortan, tramo de edad de la madre que comporta un menor riesgo de graves anomalías en el feto.*
- 4. Más del 70% de los abortos inducidos se realizan en las primeras 8 semanas de embarazo[v] y el 95% del total de 2021 fue dentro de las 14 primeras semanas, plazo que prevé la Ley española para el aborto libre.*
- 5. Más del 90% de los abortos se realizan a petición de la madre[vi], sin alegar ningún motivo concreto. El porcentaje de abortos debido a anomalías fetales incompatibles con la vida[vii] o enfermedad extremadamente grave e incurable en 2021 fue del 3,41% (equivalente a unos 3.000-4.000 abortos).*

[i] Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>.

[ii] Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población: Nacimientos (Cifras anuales). Total nacional. Consulta a fecha 3 de julio de 2023. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=6519#!tabs-grafico>

[iii] Ministerio de Sanidad de España. Número de Centros que han notificado IVE. Número de abortos realizados. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años. Total Nacional. Consulta a fecha 3 de julio de 2023. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/datosEstadisticos.htm#Tabla1>

[iv] Ministerio de Sanidad de España. Número de I.V.E. según grupo de edad (en años). 2021. Total Nacional. Consulta a fecha 3 de julio de 2023.

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/datosEstadisticos.htm#Tabla9> Ministerio de Sanidad de España. Tasas por 1.000 mujeres por cada grupo de edad. Total Nacional. Consulta a fecha 3 de julio de 2023.

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/datosEstadisticos.htm#Tabla2>

[v] Ministerio de Sanidad de España. Distribución porcentual del número de abortos realizados según semanas de gestación. Total Nacional. Consulta a fecha 3 de julio de 2023. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/datosEstadisticos.htm#Tabla5>

[vi] Ministerio de Sanidad de España. Distribución porcentual del número de abortos realizados según motivo de la interrupción. Total Nacional. Consulta a fecha 3 de julio de 2023. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/datosEstadisticos.htm#Tabla6>

[vii] En relación a la expresión “Anomalías fetales incompatibles con la vida”, desde la Fundación Jérôme Lejeune nos gustaría matizar que no compartimos su uso puesto que, si dichas anomalías fueran realmente incompatibles con la vida, el niño moriría; pero está demostrado que muchos de ellos siguen viviendo, luego las anomalías no eran incompatibles con la vida; y la expresión mencionada se convierte en una manera de maquillar que estos niños son eliminados directamente.

II. Los nuevos avances en diagnóstico prenatal no invasivo

El diagnóstico prenatal es la capacidad de detectar la presencia de malformaciones congénitas del embrión[viii], que ocurren durante la vida intrauterina.

Estas malformaciones son anomalías tanto en la morfología, estructura, funcionalidad o a nivel molecular; que pueden tener origen en anomalías genéticas como las alteraciones cromosómicas (como el síndrome de Down o trisomía 21, el síndrome de Edwards o trisomía 18 y el síndrome de Patau o trisomía 13), anomalías de gen único (como la fibrosis quística) o aneuploidías en los cromosomas sexuales (como el síndrome de Turner o monosomía Xo, el síndrome de Klinefelter o trisomía XXY, o microdeleciones). Entre otros, la consanguinidad y la edad avanzada de la madre pueden ser factores de riesgo[ix].

Las técnicas de análisis pueden ser consideradas invasivas (ponen en riesgo la vida del niño y de la madre) y no invasivas (NIPT o Non-Invasive Prenatal Test)[x] [xi] y, generalmente, se conocen como programas de Cribado prenatal: el Cribado Combinado de Cromosopatías del Primer Trimestre o Triple screening, que se practica en la semana 12 de embarazo, y el Cribado de Malformaciones Estructurales del Segundo Trimestre o ecografía de la semana 20 (ECO-20), establecida así para que se mantenga dentro del plazo legal para poder abortar marcado por la Ley.

Entre las NIPT más avanzadas se incluye el análisis de la presencia del ADN fetal en el plasma de mujeres embarazadas con una fiabilidad aproximada del 99%. Se podría pensar que esta fiabilidad permite reducir el número de amniocentesis o biopsias coriales innecesarias[xii]. Pero, realmente, las limitaciones en su capacidad de diagnóstico y su elevado coste (no está cubierta por la SS), invitan a tener que combinarla con otras para elevar su grado de precisión.

En cualquier caso, ninguno de estos programas de cribado se consideran pruebas 100% diagnósticas, sino cálculos de probabilidades de riesgo de presencia de alguna anomalía cromosómica.

[viii] Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Definiciones. Consulta a fecha 3 de julio de 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects#:~:text=Los%20trastornos%20cong%C3%A9nitos%20graves%20m%C3%A1s,resulta%20dif%C3%ADcil%20identificar%20su%20causa>

[ix] Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Definiciones. Consulta a fecha 3 de julio de 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects#:~:text=Los%20trastornos%20cong%C3%A9nitos%20graves%20m%C3%A1s,resulta%20dif%C3%ADcil%20identificar%20su%20causa>

[x] <https://www.veritasint.com/blog/es/para-que-sirve-test-adn-fetal-sangre-materna/>

[xi] <https://www.reproduccionasistida.org/tipos-de-test-de-diagnostico-prenatal/>

[xii] “1 de cada 20 mujeres se someten a un procedimiento invasivo innecesario”

III. Correlación entre el diagnóstico prenatal y el aborto eugenésico

A día de hoy, entre el 90% y 95% de los bebés con cromosopatías, especialmente con Síndrome de Down, no nacen por ser abortados mediante el aborto eugenésico. Esto se traduce en que sólo han nacido 70 bebés con síndrome de Down de los 600-700 que deberían haber nacido[xiii][xiv] [xv] [xvi] [xvii].

Si uno de los factores determinantes es la edad de la madre, ¿cómo puede suceder que, en una época en la que esta se sitúa en cotas tan altas, la tasa de natalidad de personas con síndrome de Down -en concreto- sea tan baja?

Esto sólo se entiende al observar que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), ya en 2005[xviii] así como hoy en día[xix][xx], establece programas de diagnóstico prenatal con el objetivo de “facilitar el aborto mediante la selección de los pacientes embriofetales afectados de una anomalía congénita, discapacidad o alteración genética o cromosómica”[xxi].

Así lo confirman los sociólogos Agustín Huete García y Mónica Otaola Barranquero en su estudio: “Demografía de síndrome de Down en el mundo”[xxii] de 2021, que aseguran que hay una significativa tendencia a la baja en la tasa de natalidad de las personas con síndrome de Down, especialmente en España, y que tiene un claro origen en el auge del asesoramiento genético prenatal y el aborto eugenésico[xxiii].

[xiii] Datos extraídos de declaraciones del Dr. Luis Chiva, Head of Gynaecology and Obstetrics Department en la Clínica Universidad de Navarra, así como de D. Agustín Matía, director de Down España. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-64981751>

[xiv] Rodríguez Martín, E. La extensión de la eugenesia en el ámbito sanitario español a través del diagnóstico prenatal. Cuadernos de Bioética XXIII, 2012/1ª, p. 57-58 [Kramer, R. L., Jarve, R. K., Yaron, Y. y Johnson, M. P. Determinants of parental decisions after Prenatal Diagnosis of Down Syndrome. American Journal of Medical Genetics 79, 1998, pp. 172-174: «Of 145 cases of trisomy 21, 19 (13.1%) of women chose continuation of pregnancy, while 126 (86.9%) chose termination.»]

[xv] Ibid., p. 57-58 [Rousseau, T., Amar, E. Variations in the prevalence of Down Syndrome in French population between 1978 and 2005. Journal de Gynecology Obstetric Biology Reproductive (Paris). 2010 Jun; 39(4): 290-6. Epub 2010 Apr 28. «Termination of pregnancy after prenatal diagnosis of Down's syndrome gradually increased reaching 78% in 2005. Live-birth prevalence decreased from 14 per 10,000 in 1978 to 5.1 per 10,000 in 2005.»]

[xvi] Ibid., p. 57-58 [Florez, J. Diagnóstico prenatal de Síndrome de Down y aborto voluntario. Revista Síndrome de Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down, nº 93, 2007, pp. 71-79. «La presión social y la información poco actualizada han hecho ascender dramáticamente el número de abortos voluntarios de fetos con síndrome de Down (se llega al 85% de fetos diagnosticados con síndrome de Down), destapando así la concepción discriminadora de la sociedad ante la discapacidad.»]

[xvii] Ibid., p. 57-58 [Cocchi, G. y Gualdi, S. International trends of Down Syndrome 1993-2004. Births in relation to maternal age and termination of pregnancies. Birth Defects Research Part A Clinical Molecular Teratology. 2010 Jun; 88 (6): 474-9. «Although an increase in older mothers was observed in most registers, the prevalence of Down Sd. births remained stable in most registers as a result of increasing use of prenatal diagnostic procedures and termination of pregnancies with Down Syndrome.»]

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

[xix] Documento de Consentimiento Informado para el Cribado de Cromosopatías en el Primer Trimestre. En Estudio Multicéntrico online sobre el Cribado Prenatal de Aneuploidías. FETALTEST. (Avalado por la SEGO) <http://www.fetaltest.com/cgi-bin/ConsentimientoFetaltest.pdf>. «2. La prueba de cribado se realiza a partir del segundo y tercer mes del embarazo (10-14 semanas), y es una prueba no diagnóstica, cuyo resultado nos orientará a pensar si existe o no una cromosopatía, 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.»

[xx] Guía de la exploración ecográfica del III trimestre 2020. Prog Obstet Ginecol 2021;64:28-69., p. 38. «Entre las principales implicaciones que representa el diagnóstico tardío se destacan: [...] Facilitar la opción de ILE tardía en los casos en que los padres la soliciten en aquellos países donde la legislación lo contemple»; y p. 30 «[...] parece que su identificación también permitiría que se beneficiaran de unos controles más exhaustivos y de decidir el momento óptimo para finalizar la gestación».

[xxi] Rodríguez Martín, E. La extensión de la eugenesia en el ámbito sanitario español a través del diagnóstico prenatal. Cuadernos de Bioética XXIII, 2012/1ª (p. 58-59).

[xxii] Huete García, A. y Otaola Barranquero, M. Demografía de síndrome de Down en el mundo, International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021, 18(1), 352; <https://doi.org/10.3390/ijerph18010352>

[xxiii] Rodríguez Díaz R. N. Aborto eugenésico: actitud ante el diagnóstico de un feto malformado. Dilemata año 7 (2015), nº 17, p. 54-55.

IV. Consideraciones bioéticas generales

El diagnóstico prenatal no invasivo es uno de los temas de mayor protagonismo en el ámbito de la bioética, por la controversia generada entre los beneficios que pudiera aportar su realización y la posible cooperación al mal en la que pudiera derivar de la obtención de los resultados de las pruebas realizadas.

Es bien conocida la preocupación de la Fundación Jérôme Lejeune por la eugenesia creciente y el daño que esta entraña para la vida humana de las personas con discapacidad intelectual con base genética. Este informe pretende concienciar de este grave problema ético y ofrecer posibles soluciones o alternativas complementarias.

Las posturas contrarias al diagnóstico prenatal no invasivo alertan sobre:

1. El peligro eugenésico derivado de las estrategias de cribado y selección prenatal. Cuanto mayor es la excelencia diagnóstica[xxiv] y mayor la permisividad legal, mayor es el riesgo eugenésico. “El encarnizamiento diagnóstico promueve un diagnóstico cada vez más precoz que condicionará una innecesaria y lesiva decisión de aborto intencionado en la mayoría de los casos”[xxv].

2. El posible riesgo de muerte prenatal indirecta. Las pruebas diagnósticas prenatales no invasivas, aun no suponiendo riesgo directo para el niño o la madre, según los resultados que arrojen, podrían contribuir indirectamente a recurrir a pruebas invasivas dañinas o al aborto selectivo eugenésico.

3. Los diagnósticos erróneos y el consecuente aborto de niños sanos. Al no ser pruebas 100% diagnósticas, sino cálculos estadísticos de estimación del riesgo, podrían estar derivando en el aborto eugenésico en niños completamente sanos.

Por el contrario, las posturas favorables al NIPT valoran dos aspectos:

1. Ser una posible alternativa no intrusiva frente a los abortos espontáneos de las pruebas invasivas[xxvi]. El número de amniocentesis realizadas en España ha descendido aproximadamente en un 70%[xxvii], reduciendo el número de abortos espontáneos.

2. La información como aspecto esencial para la preparación, siempre dejando claro el derecho innegable y absoluto de la madre a continuar con el embarazo.

[xxiv] González-Melado, F.J. y Di Pietro, M. L. Non-invasive Prenatal Genetic Diagnosis: A Bioethical Reflection on the Use of Non-invasive Prenatal Diagnosis from the Analysis of Nucleic Acids Present in Maternal Peripheral Blood. Cuadernos de Bioética. 2011 Jan-Apr; 22(74), pp. 49-75.

[xxv] Rodríguez Martín, E. La extensión de la eugenesia en el ámbito sanitario español a través del diagnóstico prenatal. Cuadernos de Bioética XXIII, 2012/1º, p. 60. Cfr. Martínez, E. y Antolín, B. Cribado de Cromosopatías en el Primer trimestre de Gestación. Recomendaciones para la Organización de un Servicio de Ginecología y Obstetricia. Actualización 2011. SEGO, Ed. Equium SL, Madrid, p. 32. «Proporcionar una prueba de cribado de Síndrome de Down a todas las embarazadas españolas que sea efectivo (capaz de detectar aproximadamente el 90% de los casos), y segura (que minimice los efectos secundarios como falsos positivos inferiores al 5% y pérdidas fetales por realización de pruebas prenatales invasivas como la amniocentesis o la biopsia corial)».

[xxvi] Fundación Mayo para la Educación y la Investigación Médicas. Clínica Mayo. <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/amniocentesis/about/pac-20392914#:~:text=La%20amniocentesis%20durante%20el%20segundo,persona%20capacitada%20mediante%20una%20ecograf%C3%ADa>.

[xxvii] <https://civio.es/medicamentalia/2023/04/18/adn-fetal-sangre-materna-test-prenatales-no-invasivos/>

V. La propuesta de la Cátedra Internacional de Bioética “Jérôme Lejeune”

¿Es éticamente bueno utilizar una prueba diagnóstica prenatal no invasiva?

Todos los agentes de la salud tienen como fin primario en su profesión la protección y el cuidado de la vida, y de él se deriva la obligación de poner en acto todas las acciones que quedan proporcionadamente en su competencia específica para que esto se lleve a cabo.”[xxviii]

Por tanto, el dilema ético surge cuando el resultado positivo en alguna anomalía de dichas pruebas diagnósticas prenatales, en conjunto con el asesoramiento de todo profesional sanitario implicado en el proceso, se orienta a facilitar el acceso al aborto, amparado en la posibilidad que ofrece la actual legislación en España.

Esta realidad también ocasiona problemas de conciencia a los especialistas sanitarios involucrados: ginecólogos, ecógrafos, radiólogos, genetistas, neonatólogos, pediatras, cardiólogos infantiles o médicos de familia; que, aun queriendo hacer sólo un buen uso del diagnóstico prenatal, les resulta imposible y se ven directa o indirectamente implicados en su mal uso; pasando a ser cooperadores necesarios[xxix] de los abortos que se deriven de sus intervenciones, siempre que no declararen objeción no sólo de conciencia, sino de ciencia.

Todo ser humano es el único ser con capacidad de elegir libremente con responsabilidad sobre los actos elegidos y sobre las consecuencias que estos actos infligen en las decisiones y el modo de actuar de los demás. Así, los especialistas sanitarios y genetistas, debido a su posición de autoridad médica, no deben olvidar la influencia que supone su asesoramiento en las decisiones de sus pacientes, que no necesariamente comportan un desenlace único[xxx].

Por un lado, encontramos casos en los que la actuación del especialista no está necesaria ni voluntariamente relacionada[xxxi] con el desenlace, siempre que, tras un resultado positivo en alguna anomalía, la madre gestante opte por abortar como ya tenía decidido de antemano.

[xxviii] Agulles Simó, P. La objeción de conciencia farmacéutica en España, Pontificia Università della Santa Croce, Roma, 2006, p. 261. Cfr. Prümmer, D. M. Manuale Theologiae Moralis, cit., t. 2, Tr. XI, cap. III, art. II, par. 2, n. 109.

[xxix] Cooperación Necesaria, Código Penal. Artículo 28: “Son autores quienes realizan el hecho por sí solos, conjuntamente o por medio de otro del que se sirven como instrumento. También serán considerados autores: a) Los que inducen directamente a otro u otros a ejecutarlo; b) Los que cooperan a su ejecución con un acto sin el cual no se habría efectuado”.

[xxx] Agulles Simó, P. La objeción de conciencia farmacéutica en España, Pontificia Università della Santa Croce, Roma, 2006, p. 255. Cfr. Sgreccia, E. Manuale di Bioetica, cit., vol. 1, p. 362.

[xxxi] Ibid., p. 254.

Tampoco los casos en los que estas pruebas de diagnóstico prenatal son determinantes para la salud y/o supervivencia de la madre o del bebé, al facilitar información indispensable para intervenir a tiempo con tratamientos terapéuticos intrauterinos[xxxii], dado que la madre gestante aún se encontraría en disposición de optar por diferentes alternativas según su libre decisión; siempre y cuando el especialista se posicione en favor de la continuación con el embarazo.

Muy diferentes son los casos en los que el aborto se deriva inequívocamente bien de un asesoramiento positivo en favor del mismo por parte del especialista; o bien, por una ausencia de asesoramiento cuando “los que están obligados a impedir el daño y con todo no lo impiden, pudiendo hacerlo sin grave incómodo”, ejerciendo una cooperación culpable: formal, eficaz y verdaderamente injusta[xxxiii].

Ante la imposibilidad de oponerse a realizar las mencionadas pruebas diagnósticas, el asesoramiento profesional no debería ser utilizado como forma de presión o recomendación para terminar con la vida del niño. Muy al contrario, debe encaminarse a la detección preventiva y al asesoramiento capaz, pertinente y veraz sobre la alteración genética detectada en el niño, que faciliten acciones de asistencia neonatal anticipadas, que mejoren la situación de vida del bebé.

La labor del especialista sanitario no puede verse reducida exclusivamente a la mera realización del diagnóstico, detección de la anomalía y elaboración de un informe técnico de las implicaciones médicas y de salud que conlleva la anomalía detectada. Esta postura sólo serviría para acrecentar el miedo y la angustia de la madre gestante; pudiendo influir muy negativamente en su decisión sobre si continuar o no con el embarazo.

Así, los especialistas sanitarios, médicos y genetistas, tienen un papel clave que puede determinar la decisión a favor o en contra de continuar con el embarazo. Es por todo ello que deben bien evitar la realización de las pruebas de diagnóstico prenatal no invasivo siempre que conozcan positivamente que se van a utilizar con un objetivo eugenésico premeditado; o bien, si no pueden más que acceder a esta práctica, deben ser conscientes de su capacidad de influencia, y hacer todo lo que esté en su mano para ayudar a llevar el embarazo a término.

[xxxii] Agulles Simó, P. *La objeción de conciencia farmacéutica en España*, Pontificia Università della Santa Croce, Roma, 2006, p. 253.

[xxxiii] *Ibid.*, p. 255. Cfr. Prümmer, D. M. *Manuale Theologiae Moralis*, cit., t. 2, Tr. XI, cap. III, art. II, par. 2, nn. 109-110.

En definitiva, la única postura éticamente válida es la de considerar al embrión como lo que es: un ser humano, en calidad de paciente médico, con la dignidad inviolable del ser persona y todo el derecho a vivir como cualquier otro, independientemente de las limitaciones o complicaciones médicas que se pudieran derivar de dicha anomalía, además de recibir los tratamientos terapéuticos o paliativos necesarios en cada caso[xxxiv].

Como advierte Teresa Vargas, investigadora de la Cátedra Internacional de Bioética Jérôme Lejeune, el diagnóstico prenatal sólo debe estar encaminado a “favorecer la preparación psicológica de los padres de manera que les permite desarrollar estrategias de afrontamiento de la discapacidad. Desde esta perspectiva el cribado prenatal tiene un carácter terapéutico, de cuidado y acompañamiento al paciente y a su madre”[xxxv].

Esta es la línea de la Cátedra Internacional de Bioética Jérôme Lejeune, a saber, que toda prueba diagnóstica esté encaminada no solo a la exposición objetiva de la situación clínica del paciente, sino a ofrecer, conforme a la deontología médica, el acompañamiento a los dos pacientes, madre e hijo, así como las posibilidades terapéuticas y asistenciales que sean necesarias en sus primeros meses de vida y posteriormente. Cuidar y acompañar al paciente más vulnerable.

[xxxiv] Herranz, G. Diagnóstico preimplantatorio y rango ético del embrión humano. *International Congress: Our Future is Life. Humanae Vitae towards the 21st Century CRC. Institute for Biomedical & Family Ethics. Manila, September 22-24, 1995.*

[xxxv] Vargas Aldecoa, T. La ética en la comunicación del diagnóstico de síndrome de Down. *Cuadernos de Bioética*. 2019; 30(100), p. 316.



Cátedra Internacional de Bioética

Formando Servidores de la vida