

EL TRATAMIENTO DE LAS ACCIONES DE *WRONGFUL BIRTH* Y *WRONGFUL LIFE* A LA LUZ DE LA NUEVA LEY SOBRE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO*

ANDREA MACÍA MORILLO**

Resumen: La promulgación en el año 2010 de una nueva normativa sobre interrupción voluntaria del embarazo, que modifica el sistema hasta entonces establecido respecto de esta cuestión, obliga a analizar la repercusión de tal modificación sobre las acciones de *wrongful birth* y *wrongful life*. La reclamación de responsabilidad por un error en el diagnóstico prenatal presupone necesariamente el reconocimiento de la facultad de interrupción voluntaria del embarazo de forma general o, al menos, para el supuesto de enfermedades en el embrión o feto (motivo embriopático). Qué y cómo se regule respecto de la interrupción voluntaria del embarazo en un ordenamiento jurídico concreto es, por tanto, clave, para determinar, en parte, el éxito o fracaso de este tipo de reclamaciones de responsabilidad civil, de ahí el interés en llevar a cabo el análisis aquí planteado.

Palabras clave: *Wrongful birth*, *wrongful life*, aborto, responsabilidad civil, diagnóstico prenatal erróneo.

Abstract: The enactment in 2010 of new legislation on abortion, amending the previously established system on this issue forces us to analyze the impact of such modification on *wrongful birth* and *wrongful life* claims. The claim of civil liability for an error in prenatal diagnosis necessarily presupposes the recognition of the right to abortion in general or, at least, for the course of disease in the embryo or fetus (embriopatic reason). What and how to adjust for the voluntary interruption of pregnancy in a particular legal system is therefore key to determine, in part, the success or failure of such liability claims, hence the interest in carrying out such analysis.

Keywords: *Wrongful birth*, *wrongful life*, abortion, civil liability, error in prenatal diagnosis.

SUMARIO: I. INTRODUCCIÓN; II. PUNTO DE PARTIDA: CONCEPTO DE ACCIONES DE *WRONGFUL BIRTH* Y *WRONGFUL LIFE*; III. LA INCIDENCIA DE LA LO 2/2010 SOBRE EL SUPUESTO DE BASE DE LAS ACCIONES DE *WRONGFUL BIRTH* Y *WRONGFUL LIFE*; 1. Interrupción voluntaria del embarazo durante las primeras catorce semanas; 2. Ampliación del plazo de ejercicio de la indicación embriopática hasta el término del embarazo; IV. LA SOLUCIÓN JURÍDICA A LAS ACCIONES DE *WRONGFUL BIRTH* Y *WRONGFUL LIFE*; V. BIBLIOGRAFÍA.

* Fecha de recepción: 5 de julio de 2011.

Fecha de aceptación: 13 de septiembre de 2011.

** Profesora Contratada Doctora de Derecho civil. Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid. E-mail: andrea.macia@uam.es.

I. INTRODUCCIÓN

A menudo, los cambios legislativos obligan a replantearse las soluciones jurídicas que se han ofrecido hasta el momento a los problemas cotidianos. En ocasiones, tales cambios van dirigidos, precisamente, a modificar dichas soluciones, por resultar éstas insatisfactorias o parciales o haberse quedado obsoletas; en otras ocasiones, en cambio, el replanteamiento de las soluciones jurídicas deriva de una reforma del ordenamiento jurídico que busca resolver un problema diferente, pero que, indirectamente, afecta igualmente a cuestiones cercanas o adyacentes. Este segundo parece ser el caso de la LO 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que, aunque dirigida directamente a la cuestión de la regulación del aborto en nuestro ordenamiento, incide indirectamente en otras cuestiones relacionadas con el mismo.

Una de ellas es el tema que aquí nos ocupa: las acciones de *wrongful birth* y *wrongful life*. La estrecha relación que existe entre estas demandas de responsabilidad y la regulación concreta sobre la interrupción voluntaria del embarazo obliga a revisar qué cambios o ajustes deben realizarse en la solución jurídica ofrecida para estos supuestos, al producirse la modificación introducida por la mencionada norma. Tal es, en concreto, el objeto de estas páginas.

II. PUNTO DE PARTIDA: CONCEPTO DE ACCIONES DE *WRONGFUL BIRTH* Y *WRONGFUL LIFE*

La relación existente entre las acciones de *wrongful birth* y *wrongful life* y la interrupción voluntaria del embarazo puede constatarse claramente si se expone el concepto y los rasgos básicos que caracterizan a este tipo de reclamaciones de responsabilidad civil cuando son entabladas contra los profesionales sanitarios en el ámbito del diagnóstico prenatal.

De hecho, éste es el punto de partida del caso que se encuentra en la base de estas demandas: una mujer embarazada se somete a una prestación sanitaria de diagnóstico prenatal (generalmente, pero no sólo, en el contexto del seguimiento del embarazo). Durante el desarrollo de esa actuación, alguno de los profesionales sanitarios intervinientes (médicos, ATS, técnicos de laboratorio, ecografistas, etc.) lleva a cabo un comportamiento negligente del que resulta un defecto en la información proporcionada a la gestante sobre el estado de salud del embrión o feto; concretamente, se omite una información relevante para formular el diagnóstico o, directamente, se emite un diagnóstico erróneo (un “falso negativo”). Como resultado, la gestante recibe la información de que no se manifiestan en el embrión o feto enfermedades o defectos graves que, en realidad, se encuentran presentes en él –y que finalmente se ponen de manifiesto al nacer el niño–, cuando podían haberse diagnosticado anteriormente conforme a la *lex artis ad hoc*. Por tanto, la gestante queda

privada de una información fundamental y necesaria para la adopción de decisiones respecto de su embarazo y la posible interrupción del mismo. A partir de aquí surge la pretensión de indemnización por parte de los afectados por el comportamiento negligente del profesional o profesionales sanitarios: la gestante, cuyo daño suele centrarse en el hecho de la privación de la facultad –ahora derecho– de interrupción voluntaria del embarazo (acción de *wrongful birth*); y el niño nacido enfermo, cuyo daño se centra en el hecho de su propia vida (acción de *wrongful life*, entablada en nombre del niño). Ahora bien, en este punto, y antes de entrar a mayores consideraciones sobre las acciones aquí estudiadas, hay que detenerse brevemente para señalar con claridad que en este contexto de diagnóstico prenatal erróneo ha de tenerse en cuenta sólo a estos dos sujetos –gestante y niño–, sin entrar a considerar el estado civil de la gestante o la existencia reconocida o no de otro progenitor del niño que nace en las condiciones enfermas. Esto se debe a que la facultad de interrupción del embarazo se concede exclusivamente a ella, siendo su voluntad la que ha de tenerse en cuenta y no la de su pareja. Por ello, la posibilidad de reclamar un daño en este contexto asociado al hecho de la privación de la facultad de interrupción del embarazo se ha de limitar a la gestante; la pareja, en su caso, deberá tratar de encauzar la acción de responsabilidad por otros conceptos, si es que logra acreditar su relación de causalidad con la conducta del profesional sanitario¹.

Pues bien, realizadas estas precisiones, el presupuesto de las acciones de *wrongful birth* y *wrongful life* sólo puede surgir, en este contexto señalado, cuando: 1. las enfermedades o defectos graves que padecía el embrión o feto no podrían haber sido curados, aunque se hubieran diagnosticado a tiempo (no existía un remedio para ellos conforme al estado de la ciencia médica); 2. sí existían, en cambio, técnicas o conocimientos suficientes en el lugar y en el momento planteado para haber realizado un diagnóstico correcto, de acuerdo, por tanto, con la *lex artis ad hoc* y 3. en el ordenamiento jurídico en que se producen tales hechos está reconocida la facultad de interrupción voluntaria del embarazo, bien de forma general o bien, al menos, para el supuesto concreto del motivo embriopático. Si falla cualquiera de estos requisitos, la posible responsabilidad que, en su caso, se reclame en este contexto se deberá tratar de forma distinta a lo que aquí se diga para estas acciones, pues el problema que se planteará –y, probablemente, la carga ética que el supuesto conlleve– es diferente.

¹ En este punto es clara la nueva regulación sobre la interrupción voluntaria del embarazo, que remite a la gestante la prestación del consentimiento (art. 13), al igual que hacía el antiguo art. 417.bis CP. Tal remisión, de hecho, no fue declarada inconstitucional por el Tribunal Constitucional en su famosa sentencia 53/1985, de 11 de abril (FJ 11 y 13). Ver al respecto mi monografía, *La responsabilidad médica por los diagnósticos preconcepcionales y prenatales. Las llamadas acciones de wrongful birth y wrongful life*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2005, pp. 360-363.

Respecto a los otros conceptos por los que puede reclamar, en su caso, indemnización la pareja, MARTÍN CASALS, M. y SOLÉ FELIÚ, J., “Sentencia de 18 de mayo de 2006”, *CCJC*, 2007, 73, mg. 1966, p. 534, remiten al daño indirecto o de rebote; y ROMERO COLOMA, A.M., “Las acciones de *wrongful birth* y su problemática jurídica”, *La Ley*, 2009, D-269, p. 1612, a la lesión del derecho a la información, del que considera también titular al progenitor, lo que es discutible.

Efectivamente, por un lado, si el defecto o la enfermedad no detectada habría podido ser curado de haber sido detectado, nos encontramos ante un caso de causación por omisión: si el profesional sanitario hubiera actuado diligentemente, el niño habría podido nacer sano. Sin embargo, en el contexto de las acciones de *wrongful birth* y *wrongful life* el problema que se plantea es que el niño no podía nacer sano: o nacía enfermo o no nacía. En otras palabras, la negligencia del profesional médico no es la causa del mal o de la enfermedad, sino que únicamente afecta a la información recibida por los progenitores y, consiguientemente, a las facultades de que disponen en relación con la interrupción del embarazo².

Por otra parte, el presupuesto de estas acciones es la concurrencia de un comportamiento negligente de alguno de los profesionales sanitarios intervinientes. Dicho de otra forma, la indemnización se solicita por el hecho de que se privó a los progenitores de una información de la que podrían haber dispuesto, de haber actuado el profesional sanitario de acuerdo con los dictados de la *lex artis ad hoc*. No ha de temerse una reclamación, en cambio –o, al menos, no debería–, cuando el diagnóstico emitido, aunque erróneo, es conforme, sin embargo, a lo prescrito y exigido por la *lex artis ad hoc*³. De sobra es conocido que la ciencia médica no es un saber universal ni absoluto, y que son numerosas –aunque, quizá, cada vez menos– las enfermedades, dolencias y procesos corporales para los que no existe explicación, diagnóstico o cura. En ese contexto, no se puede exigir responsabilidad al profesional sanitario que, aplicando adecuadamente los conocimientos médicos y técnicos, no diagnostica correctamente una enfermedad o un defecto, sino al que actúa negligentemente o con *mala praxis*⁴. La institución de la responsabilidad civil no está prevista como vía de satisfacción de cualquier daño que sufre un individuo, sino únicamente de aquellos daños que derivan de la actuación de otros sujetos que obran negligentemente; esto es, separándose de lo que sería el comportamiento medio deseable o comportamiento debido. Aplicado este principio a los supuestos aquí analizados, el resultado es que sólo puede reclamarse una indemnización del profesional sanitario que fue negligente, y éste es el que, de haber actuado correctamente, podría haber proporcionado la información relevante que la gestante no recibió⁵. Si esa información no se pudo obtener porque no había indicios en los proge-

² Así lo admiten las SSTS de 24 de octubre de 2008 y (4ª) de 4 de noviembre de 2008, así como PACE, D.H., “The treatment of injury in wrongful life claims”, *Colum.JL. & Soc Probs.*, 1986, 20, p. 153. Entre nuestra doctrina, ROMERO COLOMA, A.M., “Las acciones de *wrongful birth*...”, *cit.*, p. 1606, apunta hacia esta línea al precisar que el supuesto de hecho de estas acciones requiere que no se conozca remedio o cura para el mal o enfermedad, conforme al estado de la ciencia médica.

³ Ver, por todos, ATAZ LÓPEZ, J., *Los médicos y la responsabilidad civil*, Madrid, 1985, p. 313.

⁴ En este sentido, entre otros, ROMERO COLOMA, A.M., “La responsabilidad de la Administración pública sanitaria por retraso en pruebas médico-diagnósticas”, *Actualidad Administrativa*, 2004, 16, pp. 1933-1934 y 1936 o VERDA Y BEAMONTE, J.R. DE, “Responsabilidad civil médica en relación con el nacimiento de un ser humano”, en *Daños en el Derecho de familia*, Thomson-Aranzadi, Cizur Menor, 2006, pp. 35-37, quien afirma que no se puede sujetar a los médicos a una especie de responsabilidad objetiva por la existencia en los recién nacidos de cualquier tipo de enfermedad no detectada durante el embarazo.

⁵ Así, lo afirma, entre otros, NAVARRO MICHEL, M., “Sentencia de 21 de diciembre de 2005”, *CCJC*, 2006, 72, mg. 1930, p. 1646. Por tanto, hay, por ejemplo, diligencia en la STS de 18 de octubre de 2006, en que, habiendo fracasado la amniocentesis practicada (debido a su tasa reconocida de fracaso), este resultado se

nitores que llevaran a indagar en la línea que posteriormente se concreta⁶, o conocimientos médicos suficientes para ello en el momento y lugar en que se realizó el acto médico⁷, la carga del daño ha de ser asumida por las propias víctimas: no pudieron decidir adecuadamente respecto a la interrupción del embarazo, porque no existía la posibilidad de conocer la información que, *a posteriori*, se comprueba que habría sido relevante; la corrección en términos absolutos no coincide necesariamente con la corrección en términos médicos.

Ahora bien, junto a esto, es necesario el tercer requisito o condicionante de estas acciones: en el ordenamiento en que se plantean, ha de estar reconocida la facultad de interrupción del embarazo, bien para este tipo de casos (motivo embriopático), o bien de forma general, pues tal facultad constituye el presupuesto sobre el que se asienta el daño reclamado⁸. Efectivamente, la reclamación de responsabilidad de la gestante frente al profesional sanitario negligente (*wrongful birth*) se centra en el hecho de que la defectuosa información recibida ha impedido a ésta adoptar una decisión consciente y libre sobre la interrupción del embarazo, en el plazo o con los requisitos fijados para ello⁹; no se sabe realmente qué hubiera decidido, de haber podido hacerlo, pero lo cierto es que no pudo decidir, por no disponer de la información relevante, y esto se considera, en sí mismo, como un daño. Desde la perspectiva del niño nacido (*wrongful life*), su reclamación se centra, directamente, en que la privación de información sufrida por sus padres les impidió optar por la interrupción voluntaria del embarazo y determinó con ello su nacimiento y la propia vida, cuando hubiera sido mejor para él –y de ahí su pretensión de indemnización– no nacer. Ahora bien, si, en cualquiera de estos dos casos, la ley no permite acudir al aborto en

conoce cuando ya no hay tiempo para repetir la prueba antes de la 22ª semana de embarazo, y sin que pudiera haberse conocido antes. En cambio, no hay diligencia en la STS de 4 de noviembre de 2010, en que el médico no agotó todas las posibilidades técnicas y facultativas existentes para descartar las dudas que surgieron en las ecografías de las semanas 18ª y 22ª.

⁶ En el contexto de un diagnóstico prenatal, de hecho, ha de tenerse en cuenta una serie de factores que determinan la calificación del embarazo como “embarazo de riesgo”, lo que aconseja un seguimiento más exhaustivo del mismo (edad de la gestante, antecedentes familiares...). Respecto de estos indicios y la posible responsabilidad en este contexto, ver mi comentario a la STS de 24 de octubre de 2008, *RJUAM*, 2008, 18, pp. 207-210. La importancia de tales indicios a la hora de evaluar la diligencia del médico se puede contemplar, por ejemplo, en la SAP León de 8 de marzo de 2001 y SAP Barcelona de 5 de abril de 2001, ambas absolutorias. Frente a ello, MÉNDEZ SERRANO, M.M., “Sentencia de 23 de noviembre de 2007”, *CCJC*, 2008, 77, mg. 2052, pp. 860-861, parece inclinarse por prescindir del criterio de los indicios de la gestante, como medida o indicación de la *lex artis ad hoc*.

⁷ Como afirma MÉNDEZ SERRANO, M. M., cit., p. 860, el deber de información queda limitado en su exigencia a la *lex artis* de la época en que sucedieron los hechos. Por su parte, ROMERO COLOMA, A. M., “Las acciones de *wrongful life* y su problemática jurídica”, *La Ley*, 2009, D-260, p. 1542 incide en que debe existir la tecnología necesaria para que, en el periodo prenatal, pueda ser detectada la anomalía o defecto en el feto, materializables una vez que el niño nazca.

⁸ En igual sentido, MARTÍN CASALS, M. y SOLÉ FELIÚ, J., cit., p. 529; así como NAVARRO MICHEL, M., cit., p. 1645.

⁹ En palabras de VERDA Y BEAMONTE, J. R. DE, cit., p. 23, “la correcta información del médico era *conditio sine qua non* para que la madre pudiera haber abortado”. Posteriormente, califica tal privación de la facultad de optar por el aborto como daño moral, pp. 29 y 31.

un contexto como el que se ha planteado al comienzo de estas páginas, difícilmente puede alegarse, como aquí se hace, que se ha sufrido un daño derivado de o por el hecho mismo de que no se permitió ejercitar a la gestante la facultad de abortar.

Por tanto, al margen de los problemas éticos que tales reclamaciones conllevan, lo cierto es que cómo se regule en concreto o qué se regule sobre el aborto es clave para determinar –más allá de la respuesta jurídica que se dé a estas acciones– si pueden siquiera existir en un determinado ordenamiento. Concretamente, ambas pretensiones presuponen que, en el ordenamiento de que se trate, esté contemplada la facultad de aborto como una opción lícita de la que disponen la gestante o ambos progenitores, bien para estos supuestos concretos (motivo embriopático) o bien de forma general, pues, si no, difícilmente se puede alegar un daño derivado de o por el hecho mismo de que no se permitió ejercitar estas facultades o libertades¹⁰. De hecho, en aquellos ordenamientos en que no esté reconocida esta opción de interrupción del embarazo, o en los que sólo esté reconocida para supuestos diferentes (v. gr., Italia o Irlanda, donde sólo se permite para supuestos de peligro para la salud física o psíquica de la gestante), la omisión de información sobre el estado de salud de la descendencia ya concebida no priva a la gestante o a los progenitores de facultad alguna sobre la que estructurar una demanda de responsabilidad civil como las aquí planteadas. Esto excluye automáticamente la reclamación de indemnización del niño por *wrongful life* (carece de base la pretensión de que el niño sufre un daño porque no se le impidió nacer, al no existir legalmente la opción de impedir tal nacimiento) y modifica la posibilidad de reclamación de indemnización por parte de la gestante o de los progenitores; de hecho, su reclamación debería asociarse, si acaso, a otros tipos de daños (v. gr., falta de preparación psicológica para el nacimiento de un hijo enfermo¹¹), lo que abre una problemática diferente y menos conflictiva que la que presentan las acciones de *wrongful birth*¹².

Planteado este escenario, la cuestión que hay que resolver a continuación es si, en el ordenamiento español, concurre este tercer supuesto que requiere cualquier demanda por *wrongful birth* y *wrongful life*, y en qué medida concurre una vez promulgada la LO 2/2010, en vigor desde el pasado 5 de julio.

III. LA INCIDENCIA DE LA LO 2/2010 SOBRE EL SUPUESTO DE BASE DE LAS ACCIONES DE *WRONGFUL BIRTH* Y *WRONGFUL LIFE*

Frente al sistema anteriormente imperante en el ordenamiento, en que la interrupción voluntaria del embarazo quedaba sometida a un sistema de motivos o indicaciones dentro de

¹⁰ Más extensamente en mi monografía, cit., pp. 346-348 y 352-356.

¹¹ Tal daño fue reconocido, por ejemplo, en Italia por la sentencia del *Tribunale di Perugia* de 7 de septiembre de 1998.

¹² Pese a ello, ver mi monografía, cit., pp. 132-136 y, recientemente, RUDA, A., “I didn’t ask to be born: wrongful life from a comparative perspective”, *JETL*, 2010, 1-2, pp. 207-208.

las que se contemplaba, expresamente, la indicación embriopática (art. 417.bis.1.3º CP), la nueva norma introduce un sistema mixto de indicaciones y plazos. Concretamente, analizando lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la LO 2/2010, se puede concluir que el legislador ha establecido tres periodos distintos para la interrupción voluntaria del embarazo:

- Semanas 1 a 14 (art. 14): sistema de aborto libre, sin alegación de causa o concurrencia de indicación alguna (sólo condicionado a información previa y a un periodo de reflexión).
- Semanas 14 a 22 (art. 15.a y b): sistema de indicaciones (realmente este sistema rige desde la primera semana, pero en el periodo de solapamiento con el plazo anterior no se necesita alegación de causa alguna, por lo que es de imaginar que la gestante que desee interrumpir voluntariamente el embarazo, aunque sea por la presencia de una de las indicaciones contempladas en el mencionado artículo 15, acudirá al procedimiento más sencillo del artículo 14). Se mantiene la indicación embriopática prevista en la regulación anterior, aunque con ciertos cambios menores en la redacción; concretamente, ha de existir riesgo de graves anomalías en el feto y constar así en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija¹³. Junto a ello, se mantiene la indicación del riesgo para la vida o la salud de la gestante.
- Semanas 22 a término del embarazo (art. 15.c)¹⁴: sistema de indicaciones restrictivo, referido a dos supuestos: anomalías fetales incompatibles con la vida (hipótesis que conduce al nacimiento de criaturas que fallecen por causa de estas anomalías, por lo que no puede llegar a plantearse una reclamación por el hecho de vivir en esas condiciones) y, de nuevo, una indicación embriopática, si bien agravada: “cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico”.

A partir de estos tres momentos, las diferencias más notables con respecto a la regulación anterior se pueden sintetizar en dos: 1. apertura de un sistema de aborto libre en las primeras catorce semanas, y 2. ampliación del plazo en que se puede hacer valer la indicación embriopática hasta el término del embarazo, aunque restringiendo el supuesto de hecho

¹³ Anteriormente, el texto decía: “que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas del centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto”. Aunque existen claras diferencias en la redacción, son tan poco significativas que no introducen modificaciones dignas de comentario.

¹⁴ Al igual que en el caso anterior, el motivo está contemplado en un periodo temporal más amplio; concretamente, durante todo el embarazo y hasta el término del mismo. No obstante, aquí se marca su especialidad sólo en el periodo temporal posterior a la semana 22ª, puesto que, en un momento anterior, es de suponer que la gestante iniciará el proceso conducente a la interrupción voluntaria del embarazo por cualquiera de los motivos incluidos en las otras dos letras del mismo artículo 15, ya que es más rápido y sencillo.

del motivo. La pregunta, entonces, es si los cambios señalados inciden sobre el tratamiento que haya de darse a las acciones de *wrongful birth* y *wrongful life*. Para responderla, no obstante, hay que analizar por separado las dos diferencias marcadas.

1. Interrupción voluntaria del embarazo durante las primeras catorce semanas

En ese primer trimestre del embarazo, el legislador ha optado por dejar la decisión sobre el aborto a la voluntad de la gestante, quien no tiene que alegar motivo o causa alguna para ello. Se busca, no obstante, que su decisión sea consciente, informada y, por tanto, libre, lo que parece reflejarse, parcialmente, tanto en la Exposición de motivos¹⁵, como en los requisitos del consentimiento requerido para la interrupción voluntaria del embarazo, respecto al que el artículo 17.4 de la LO 2/2010 se remite a la Ley 41/2002, que regula el consentimiento “informado”.

Pues bien, dado que la esencia del caso del que surgen estas acciones de responsabilidad por *wrongful birth* y *wrongful life* se encuentra en una privación de información sobre el estado de salud del embrión o feto, parece patente que tal supuesto entra en lo que regula la norma sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Dicho de otra forma, la gestante que se ve privada de la información sobre el estado de salud del *nasciturus*, debido a la negligencia de uno de los profesionales sanitarios intervinientes en el diagnóstico prenatal, carece de información suficiente como para poder adoptar una decisión sobre la interrupción del embarazo de forma consciente y libre; su decisión está viciada, pues carece del conocimiento sobre factores relevantes y fundamentales para adoptarse en los términos que la garantiza la LO 2/2010. Al no conocer la existencia de enfermedades o defectos, la decisión que implícitamente adopta la gestante de continuar con el embarazo no es informada y, por tanto, no es consciente ni libre: no se le ofrecen los datos necesarios para poder ejercitar adecuadamente la facultad de interrupción voluntaria del embarazo que pone a su disposición el ordenamiento; la negligencia equivale, por tanto, a la privación real de la facultad de aborto y puede dar lugar a plantear una reclamación de responsabilidad de las aquí analizadas.

De hecho, esta relación entre las acciones de *wrongful birth* y *wrongful life* y un sistema de interrupción voluntaria del embarazo basado en plazos y en la libre decisión de la gestante no se ha puesto generalmente en duda¹⁶; no en vano el origen de estas acciones se encuentra en Estados Unidos, donde rige precisamente tal sistema de plazos. No obstante, aunque se suscitara dichas dudas, no hay que perder de vista, en todo caso, que, en el sistema que

¹⁵ Concretamente, se señala: “La ley reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, que implica, entre otras cosas, que las mujeres puedan tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión *consciente y responsable*, sea respetada” [la cursiva es mía].

¹⁶ Ver al respecto mi monografía, cit., pp. 353-354.

establece la LO 2/2010, ese primer plazo de interrupción voluntaria del embarazo libre corre paralelo al plazo del motivo embriopático que se extiende hasta la semana veintidós. Por tanto, si se considera que el reconocimiento de una facultad de interrupción del embarazo no sujeta más que a la voluntad de la gestante no es presupuesto suficiente para considerar que concurre un daño para ésta o para el *nasciturus*, cuando la gestante no recibe la información que podría haber recibido sobre el estado de salud de este segundo, en todo caso, sí que entra claramente esta hipótesis en el supuesto de hecho del motivo embriopático: la falta de información impide toma de decisión alguna, pues incide sobre el presupuesto habilitador mismo de la oportunidad de decisión de la gestante. El solapamiento de ambos periodos (el de catorce semanas y el de veintidós) que parece carecer, por lo demás, de sentido, actúa aquí de refuerzo de la entrada en el ordenamiento español de las acciones de *wrongful birth* y de *wrongful life* en ese primer periodo del embarazo.

Ahora bien, más allá de esto, la opción del legislador por un sistema de interrupción voluntaria del embarazo libre durante las primeras 14 semanas abre otra cuestión importante, relacionada con la entidad o calidad de la información que no recibe la gestante durante ese periodo y que sí podría haber recibido de no ser por la negligencia producida en el diagnóstico prenatal; concretamente, esta nueva regulación permite plantearse si puede reclamarse una indemnización por cualquier defecto o enfermedad no puesta de relieve o si sólo por las graves. La duda surge del hecho de que, desde el punto de vista de la regulación sobre la interrupción voluntaria del embarazo, la gestante puede decidirse a abortar por cualquier tipo de enfermedad del embrión o feto, leve o grave, al igual que puede decidirlo por cualquier motivo propio o personal que nada tengan que ver con la salud de éste. Ahora bien, la cuestión aquí es si, desde el punto de vista de la responsabilidad, hay daño por la omisión o por la información incorrecta sobre estos males o defectos simplemente leves (por ejemplo, al feto le falta un dedo de una mano) producida durante las primeras catorce semanas, por considerar que dan lugar igualmente a una privación de la facultad de abortar de la gestante¹⁷.

Tal planteamiento puede parecer marginal en la práctica, dado que, en el estado actual de la técnica y de la ciencia médica, el número de enfermedades o de defectos –leves o graves– que pueden ser diagnosticados en las primeras catorce semanas no es muy elevado (o, al menos, es inferior al de los que pueden detectarse con posterioridad). Por tanto, para que se plantee la hipótesis aquí presentada es necesario que se dé la difícil coincidencia de que, en ese primer trimestre del embarazo, una gestante que se esté sometiendo a un proceso de diagnóstico prenatal no reciba una información sobre el estado de salud del embrión

¹⁷ Si bien el problema suele encontrarse en determinar qué es lo leve y qué es lo grave, o, más bien, dónde se encuentra la frontera entre ambos, aquí no vamos a entrar a esas zonas grises, sino que únicamente nos centramos en lo que indubitadamente es leve. El parámetro y la delimitación en este caso, sin embargo, no es tan complejo de establecer, desde el momento en que, de forma orientativa, se puede fijar como límite y comienzo del concepto de “gravedad” aquellos males o defectos que permitirían acudir a un aborto eugenésico, lo que, a su vez, remite a un criterio médico, desde el momento en que tal tipo de interrupción voluntaria del embarazo requiere de dictámenes de profesionales sanitarios.

referida a alguna característica, defecto o enfermedad menor (por ejemplo, ausencia de parte de los dedos de una mano). No obstante, aunque poco habitual, se trata de un punto en que merece la pena detenerse, pues abrir la puerta a una indemnización por falta de información relativa a pequeñas enfermedades o defectos supone ampliar mucho el ámbito de estas acciones de responsabilidad.

Pues bien, la solución a esta cuestión pasa por disociar dos aspectos: la regulación sobre la interrupción voluntaria del embarazo y la regulación de la responsabilidad civil. Por lo que respecta a la primera, es cierto que el sistema de aborto libre en las primeras catorce semanas permite, como hemos indicado, que la gestante adopte la decisión de abortar por enfermedades o defectos leves presentes en el feto. Sin embargo, desde el punto de vista de la responsabilidad civil, tal ampliación parece excesiva y, de hecho, parece conveniente negar la posibilidad de reclamar una indemnización por una negligencia sobre este tipo de enfermedades o defectos leves en el contexto de las acciones de *wrongful life*, y también, aunque con mayores dudas, en el de las acciones de *wrongful birth*.

En las primeras, la escasa entidad del defecto o la enfermedad que afecta al niño, una vez nacido, hace difícil calificar de daño el hecho de la vida en tales condiciones. Si ya de por sí es complejo estimar que la propia vida le pueda serle dañosa a un individuo, aún lo es más si la causa del supuesto perjuicio de vivir no es de cierta entidad¹⁸. Falla, pues, la existencia de un daño jurídicamente indemnizable, elemento básico sobre el que se apoya la responsabilidad civil.

Por otro lado, por lo que respecta a las acciones de *wrongful birth*, ya se ha indicado que el daño se basa en que se privó a la gestante de la facultad de abortar, al omitirse una información necesaria para la adopción de una decisión al respecto. La levedad del mal o enfermedad presente en el feto hace que este presupuesto falle, pues se pone en duda la “relevancia” de la información omitida, relevancia que va asociada a la idea de que la negligencia recae sobre la información relativa a un factor que puede y debe ser tenido en consideración por un sujeto medio para adoptar una decisión como la que aquí se plantea. En cambio, cuando el mal o enfermedad de la que no se informa es de escasa entidad, es difícil afirmar que la decisión adoptada se haya visto viciada por la falta de información. De hecho, podría entenderse que el presupuesto implícito para la adopción de una decisión libre y consciente se apoya en la posesión por la gestante no de toda la información, sino de la que sea relevante; si la información omitida por la negligencia del profesional sanitario

¹⁸ En tal sentido se pronuncian igualmente TEFF, H., “The actions for wrongful life in England and the United States”, *Int'l & Comp. L. Q.*, 1985, 34, 3, p. 434 y DE LA MAZA GAZMURI, I., “Plegarias atendidas: procreación asistida y *wrongful life actions*”, en *Daños en Derecho de familia*, Aranzadi-Thomson, Cizur Menor, 2006, pp. 94-95 y 98, quienes parecen restringir estas acciones a los supuestos en que el mal que afecta al niño es de una gravedad tal que el sufrimiento exceda con creces las ventajas de la vida.

no entra en tal categoría, difícilmente se puede considerar que haya existido una privación de la facultad de interrupción voluntaria del embarazo¹⁹.

Frente a esta opinión, se podría situar la de aquéllos que, en materia de diagnóstico prenatal, contemplan el supuesto desde la perspectiva de la información proporcionada a la gestante y afirman que ésta debe abarcar todas las posibilidades que permita la ciencia médica²⁰. No obstante, hay que entender, por un lado, que tales afirmaciones se suelen realizar para ampliar el deber de información a riesgos atípicos –no, como aquí se está analizando, a enfermedades o defectos leves–²¹, y que, por otro lado, aunque se llegara a afirmar que existe, efectivamente, un incumplimiento del deber de información, lo que aquí se plantea es si resulta de suficiente entidad como para entender que ha viciado realmente el consentimiento –o más bien, la falta de consentimiento– de la gestante. La escasa importancia del defecto o la enfermedad hace pensar que no, si bien la cuestión podrá ser revisada en el caso concreto, cuando la gestante acredite tal relevancia en sus circunstancias particulares.

2. Ampliación del plazo de ejercicio de la indicación embriopática hasta el término del embarazo

En el contexto de la nueva regulación de la interrupción del embarazo, se ha ampliado este plazo dentro del cual tiene que ser posible detectar la enfermedad o anomalía en cuestión para que se pueda considerar negligente la omisión de la información sobre la misma. Hasta la LO 2/2010, el plazo límite era de veintidós semanas. Por tanto, aquellas enfermedades o anomalías que, conforme a los conocimientos médicos o científicos, no fuera posible detectarlas en ese plazo (por ejemplo, porque sólo se manifiestan en un estadio posterior del desarrollo embrionario o porque no existe hoy en la ciencia médica una técnica para poder diagnosticarlas con anterioridad) no podían dar lugar a una reclamación de *wrongful birth* o *wrongful life*, pues la falta de información sobre las mismas no se debía a una negligencia del médico, sino al estado de la ciencia (no se informó, porque no había posibilidad de informar)²².

¹⁹ Aconsejan restringir el deber de información a alteraciones graves de la salud tanto MANNSDORFER, T.M., “Responsabilidad por lesiones prenatales”, *Rev.Der.Gen.H.*, 2001, 15, p. 119, como JOURDAIN, P., “Réflexions sur un malentendu”, *Le Dalloz*, 2001, 4, p. 339. Ver también mi monografía, cit., pp. 356-357.

²⁰ Tal es el caso, entre otros, de GALÁN CORTÉS, J.C., “Sentencia de 6 de julio de 2007”, *CCJC*, 2008, 76, mg. 2027, p. 284. Por su parte, MÉNDEZ SERRANO, M.M., cit., p. 861, aboga en general por un concepto amplio de información en materia de diagnóstico prenatal, aunque hay que tener en cuenta que su análisis no está centrado en la cuestión aquí planteada.

²¹ Ver en este sentido, por ejemplo, NAVARRO MICHEL, M., cit., pp. 1647-1649, quien afirma esta extensión del deber de la información sobre la idea de que el diagnóstico prenatal genera en la gestante unas expectativas de tener un hijo sano y que, por tanto, la información ha de abarcar todo riesgo, frecuente o no.

²² Tal es el caso, por ejemplo, de la SAP Barcelona de 5 de abril de 2001, en que se indica que el mal que afectaba al feto (síndrome de *Cornelia Lange*) es imposible de detectar en la 22ª semana de embarazo; e igualmente se señala para el síndrome de *Roberts* en la SAP Cádiz, de 12 de septiembre de 2002.

Actualmente, sin embargo, es posible la interrupción del embarazo también hasta el final del mismo, si se detectan en el feto enfermedades “extremadamente graves e incurables” (art. 15.c), lo que abre la posibilidad –aunque sea de manera restringida– de ampliar el periodo en el cual se puede producir la negligencia del profesional sanitario. Si éste no transmite una información correcta sobre tales enfermedades, pudiendo hacerlo, por ser posible la detección de las mismas durante el embarazo –conforme a la *lex artis ad hoc*–, actúa negligentemente. Por tanto, aunque no exista total coincidencia entre la redacción de este supuesto y la del motivo embriopático puro –en este caso, la intención del legislador se manifiesta claramente restrictiva de esta facultad, como muestra el adverbio “extremadamente” y el recurso a un comité clínico–, lo cierto es que la norma habilita a la gestante a acudir al aborto por motivos embriopáticos agravados en cualquier momento del embarazo; esto es, incluso más allá de la semana veintidós.

Ésta es, de hecho, la diferencia más relevante que introduce la nueva regulación sobre la interrupción voluntaria del embarazo en relación con las acciones de *wrongful birth* y *wrongful life*: el ámbito temporal en que pueden producirse los hechos que pueden dar lugar a estas reclamaciones. La negligente privación de información a la gestante sobre el estado de salud del embrión o feto en cualquier fase del embarazo puede hacer surgir los presupuestos del supuesto de base típico de estas acciones y a la consiguiente demanda de responsabilidad, siempre que dicha omisión o “falso negativo” se manifieste respecto de enfermedades o defectos extremadamente graves e incurables. Tal ampliación es, de hecho, sumamente relevante en el contexto de las acciones aquí estudiadas, dado que, actualmente, todavía existen numerosas enfermedades o defectos que, en el estado actual de la ciencia y de la técnica, no pueden ser diagnosticadas dentro del plazo de las primeras veintidós semanas de embarazo, pero sí posteriormente. Así pues, la regulación de la LO 2/2010 permite ahora que un defecto de información a la gestante, posterior a la tradicional semana veintidós del embarazo, pueda dar lugar también a una reclamación por *wrongful birth* y *wrongful life*, siempre que se refiera, eso sí, a una enfermedad extremadamente grave e incurable²³.

IV. LA SOLUCIÓN JURÍDICA A LAS ACCIONES DE *WRONGFUL BIRTH* Y *WRONGFUL LIFE*

La incidencia de la LO 2/2010 sobre las acciones de *wrongful birth* y *wrongful life* termina, no obstante, ahí. La mencionada norma no va dirigida a modificar el régimen o el tratamiento que han de recibir estas acciones y su solución jurídica. Para ver cuál es ésta,

²³ Esto incluye casos como el que planteaba la STS de 18 de diciembre de 2003, donde el error en el diagnóstico se manifestó en la segunda y tercera ecografía, practicadas, respectivamente, en la 23ª y 33ª semana del embarazo, es decir, fuera del plazo establecido por la regulación anterior, lo que hacía que fuera incorrecto su tratamiento como caso de *wrongful birth* (véase, entre otros, mi comentario a la mencionada Sentencia, en *CCJC*, 2004, 66, pp. 1023-1040, mg. 1765); actualmente, en cambio, sería correcto.

ha de acudir a la normativa correspondiente sobre responsabilidad civil y aplicarla a este tipo de casos; ésta no ha cambiado ni se ha visto modificada por la nueva normativa sobre la interrupción voluntaria del embarazo. No es que no pudiera haberlo hecho: la LO 2/2010 podría haber eliminado totalmente la posibilidad de interrupción voluntaria del embarazo, o haber suprimido el motivo embriopático, lo que, en ambos casos, habría excluido del ordenamiento español la posibilidad de reclamar una indemnización en este contexto de diagnósticos prenatales; podría igualmente haber incluido una mención expresa a estas acciones excluyendo la responsabilidad civil, como hizo en su momento la Ley 2002-303, de 4 de marzo, francesa, tras las protestas surgidas a raíz del caso *Perruche*; o, al contrario, haber afirmado expresamente su integración en el ordenamiento, como normativa especial de responsabilidad civil. Sin embargo, no ha hecho nada de esto; no incide, pues, sobre la solución jurídica que haya de darse a estas demandas, su estimación o desestimación, quedando remitida, entonces, la cuestión, como hasta ahora, a la normativa de la responsabilidad civil, y quedando subsistentes, por tanto, las dificultades que plantea su aplicación –fundamentalmente, en materia de daño y de relación de causalidad fáctica y jurídica– a estos casos.

Nada parece haber cambiado, por tanto, en este punto, por lo que puede seguir afirmándose que una correcta interpretación de las normas de responsabilidad civil lleva a mantener la estimación de las acciones de *wrongful birth*, cuando el daño reclamado se relaciona con la privación de la facultad de interrupción voluntaria del embarazo, pero no cuando se pretende reclamar una indemnización por el daño moral asociado al nacimiento del niño o por el gasto que éste genera por su condición enferma (en este segundo caso, no se puede afirmar que la conducta del profesional sanitario negligente incrementa el riesgo de que se produzca tal daño, por lo que falla la imputación objetiva a éste de la responsabilidad)²⁴. Por lo que respecta a las acciones de *wrongful life*, un adecuado tratamiento de las mismas lleva a rechazar en todo caso la imputación de responsabilidad civil a los profesionales sanitarios demandados, pero no tanto por un problema de ausencia de un daño jurídicamente indemnizable, cuanto por fallar igualmente la imputación objetiva de responsabilidad a los profesionales sanitarios intervinientes: la norma vulnerada por la conducta negligente de éstos no tenía como fin proteger o evitar el daño alegado por el niño²⁵.

Esta solución y este razonamiento no es, sin embargo, el que ha aplicado hasta el momento la jurisprudencia en su tratamiento de las acciones de *wrongful birth* y *wrongful life*. De hecho, las ya más de treinta sentencias sobre el tema muestran que, si bien los tribunales han tendido hacia la solución general aquí expuesta –estimación de las acciones de

²⁴ Desde la perspectiva, no de la relación de causalidad, sino del daño, niega el daño por el hecho del nacimiento del niño (que atentaría contra la dignidad de la vida), VERDA Y BEAMONTE, J.R. DE, *cit.*, p. 27.

²⁵ Sobre este tratamiento, ver con mayor desarrollo mi monografía, *cit.*, especialmente, el Capítulo V. Esta ausencia de reconocimiento en el concebido de un derecho a no nacer y la negación de su tutela a través de la facultad de abortar de la gestante se encuentra, más recientemente, en ZAPPALÁ, F., “Estatuto jurídico del concebido”, *Criterio jurídico*, 2007, 7, p. 277.

wrongful birth y desestimación de las de *wrongful life*—, el razonamiento no se ha basado en los argumentos expuestos o, al menos, no uniformemente.

Concretamente, la estimación de las acciones de *wrongful birth* suele producirse de manera automática, sin mucho mayor razonamiento o argumento, salvo que no esté acreditada la culpa de los profesionales sanitarios (desestimación de la demanda con la que coincidimos, en estos casos, por quedar excluida la conducta de un profesional médico diligente de los supuestos de responsabilidad, como se ha indicado en el primer apartado)²⁶ y salvo que se entre a analizar la existencia de cursos causales no verificables, tema en el que se manifiestan ciertas contradicciones²⁷. Junto a ello, la cuestión del daño que da lugar a la indemnización no se analiza a fondo, pero, allí donde se hace mención a la misma, se aprecian dos líneas divergentes: una asocia este daño —a mi juicio, correctamente— con la privación de la facultad de interrupción voluntaria del embarazo²⁸; la otra, de aparición más reciente, contempla también como daño los mayores gastos asociados al nacimiento del hijo enfermo, concediendo indemnización por los mismos²⁹. Esta segunda línea, incorrecta desde un punto de vista dogmático, pone, sin embargo, de manifiesto hasta qué punto estas acciones de responsabilidad se han integrado y asumido en la percepción social y se han trasladado a los tribunales; ello ha permitido dar el salto de una aceptación más o menos reticente, a su estimación con ampliación de las partidas de daño indemnizable.

Por lo que respecta a las acciones de *wrongful life*, éstas son mucho menos numerosas (hasta el momento presente, se han planteado no más de cinco, pues hay que descontar las que se incluyen inadecuadamente dentro de esta problemática³⁰) y, en general, las demandas resultan desestimadas, pero sin que el Tribunal Supremo entre o haga especial incidencia en el razonamiento jurídico necesario para ello (afirmación ésta que se puede trasladar igualmente a las sentencias en que se concede indemnización al niño)³¹. No obstante, en los últimos años se aprecia una cierta mayor atención al razonamiento —prueba, una vez más, del mayor conocimiento que existe sobre estos casos— y una argumentación algo más

²⁶ Ver, concretamente, las SSTS de 4 de febrero de 1999, 26 de noviembre de 2006, 19 de junio de 2007 y 24 de diciembre de 2008.

²⁷ Se oscila entre la idea de que es imposible determinar qué habría hecho la gestante si hubiera conocido la información omitida (SSTS 4 de febrero de 1999, 7 de junio de 2002 y 6 de julio de 2007); la idea de que puede llegar a conocerse el sentido que habría tenido su decisión, por los indicios previos o por un juicio de probabilidad (SSTS 6 de junio de 1997, 21 de diciembre de 2005 y, con cita de esta segunda, 24 de octubre de 2008); y la de que es una cuestión estéril o irrelevante (STS 19 de junio de 2007), que, a mi juicio es la solución más correcta.

²⁸ SSTS 21 de diciembre de 2005, (4ª) 4 de noviembre de 2005 y 24 de octubre de 2008.

²⁹ Ver al respecto las SSTS (4ª) 4 de noviembre de 2008 y 16 de junio de 2010.

³⁰ Tal es el caso de la primera de estas sentencias, de 6 de junio de 1997 o, más recientemente, la de 16 de junio de 2010 (4ª). En esta segunda, se concede una pensión vitalicia por los gastos generados por el niño nacido, deduciéndose claramente del razonamiento que el daño se indemniza a los progenitores por el gasto añadido, no al niño (es, por tanto, una acción de *wrongful birth* y no de *wrongful life*).

³¹ En este sentido, véase, por ejemplo, las SSTS de 7 de junio de 2002 y de 18 de diciembre de 2003, así como la opinión compartida por MARTÍN CASALS, M. y SOLÉ FELIÚ, J., cit., p. 540.

en la línea aquí expuesta de exclusión de la indemnización sobre la base de la ausencia del elemento de la relación de causalidad, en su perspectiva jurídica³².

Este resultado, para unas y otras acciones, no es en absoluto insatisfactorio, sino más bien lo contrario: se trata de acciones que resultan conocidas por los ciudadanos, que dan lugar a conflictividad, pero que son resueltas de forma bastante razonable por los tribunales, quienes no parecen verse especialmente afectados por los problemas éticos que llevan consigo. La irrupción en este ámbito de la LO 2/2010 no tiene por qué suponer un cambio en esta materia, más que, si acaso, para incrementar el número de demandas que se planteen por este concepto, al aumentar el ámbito temporal en que puede generarse la negligencia del profesional sanitario en relación a la privación de información a la gestante. Sean pocos o muchos los casos, no obstante, mientras la jurisprudencia se mantenga firme en los elementos básicos de la responsabilidad para dar solución a este tipo de demandas, el tratamiento de las mismas será el adecuado, como mayoritariamente ha ocurrido hasta la actualidad.

V. BIBLIOGRAFÍA

- ATAZ LÓPEZ, J., *Los médicos y la responsabilidad civil*, Madrid, 1985.
- GALÁN CORTÉS, J.C., “Sentencia de 6 de julio de 2007”, *CCJC*, 2008 (76), mg. 2027, pp. 279-290.
- JOURDAIN, P., “Réflexions sur un malentendu”, *Le Dalloz*, 2001 (4), pp. 336-339.
- MACÍA MORILLO, A. *La responsabilidad médica por los diagnósticos preconceptivos y prenatales*, Valencia 2005.
- “STS de 18 de diciembre de 2003”, *CCJC*, 2004 (66), pp. 1023-1040, mg. 1765.
 - “STS de 24 de octubre de 2008”, *RJUAM*, 2008 (18), pp. 189-210.
- MANNSDORFER, T.M., “Responsabilidad por lesiones prenatales”, *Rev.Der.Gen.H.*, 2001 (15).
- MARTÍN CASALS, M. y SOLÉ FELIÚ, J., “Sentencia de 18 de mayo de 2006”, *CCJC*, 2007 (73), mg. 1966, pp. 517-542.
- DE LA MAZA GAZMURI, I., “Plegarias atendidas: procreación asistida y *wrongful life actions*”, en *Daños en Derecho de familia*, Aranzadi-Thomson, Cizur Menor, 2006, pp. 75-99.
- MÉNDEZ SERRANO, M.M., “Sentencia de 23 de noviembre de 2007”, *CCJC*, 2008 (77), mg. 2052, pp. 853-865.
- NAVARRO MICHEL, M., “Sentencia de 21 de diciembre de 2005”, *CCJC*, 2006 (72), mg. 1930, p. 1637-1657.
- PACE, D.H., “The treatment of injury in wrongful life claims”, *Colum.JL.&Soc Probs.*, 1986 (20), p. 153.

³² Concretamente, en las SSTS de 6 de julio de 2007 y 23 de noviembre de 2007, se señala que el daño reclamado relativo a la privación de información sólo afecta a los progenitores.

- ROMERO COLOMA, A.M., “La responsabilidad de la Administración pública sanitaria por retraso en pruebas médico-diagnósticas”, *Actualidad Administrativa*, 2004 (16), pp. 1931-1939.
- “Las acciones de *wrongful life* y su problemática jurídica”, *La Ley*, 2009, D-260, pp. 1542-1546.
 - “Las acciones de *wrongful birth* y su problemática jurídica”, *La Ley*, 2009, D-269, pp. 1605-1613.
- RUDA, A., “*I didn’t ask to be born: wrongful life from a comparative perspective*”, *JETL*, 2010 (I-2), pp. 204-241.
- TEFF, H., “The actions for wrongful life in England and the United States”, *Int’l & Comp. L. Q.*, 1985 (vol.34, part 3), pp. 423-441.
- VERDA Y BEAMONTE, J.R. DE, “Responsabilidad civil médica en relación con el nacimiento de un ser humano”, en *Daños en el Derecho de familia*, Thomson-Aranzadi, Cizur Menor, 2006, pp. 19-39.
- ZAPPALÁ, F., “Estatuto jurídico del concebido”, *Criterio jurídico*, 2007 (7), pp. 263-280.