



DOSSIER DE PRENSA

Dr. P. Fernando Fabó, LC



**Facultad de
Bioética**

P. Fernando Fabó, LC
Facultad de Bioética
México. Diciembre 2021-Febrero 2022. Núm. 16.

Contenido

Un ateo explica por qué se opone al aborto	4
Francia, padre trans fa causa all’anagrafe	9
Primer acuerdo mundial sobre la ética de la inteligencia artificial	11
Cuestionan los protocolos transgénero y las operaciones a menores	19
El genetista que cambió la visión del mundo sobre el síndrome de Down	23
El sufrimiento de los niños no nacidos	26
Las tres niñas cuyo genoma fue alterado ilegalmente.....	30
10 mil mujeres fueron hospitalizadas tras tomar píldoras abortivas.....	38
Arrasa como trans contra mujeres en liga femenina	41
Suiza autoriza el uso de la primera cápsula para suicidio asistido	46
El Papa pide a los sanitarios «mirar a las personas a los ojos.....	51
Robots conectados a depósitos de neuronas vivas.	54
Faut-il arrêter la recherche scientifique.....	64
Marx fundó la ideología de género	69
¿Dejar de ser gay? ¿Cambiar de sexo?.....	77
Nueva Zelanda aprueba la eutanasia para los pacientes de Covid	82
Documento contra la eutanasia	85
Médicos ofrecen «no resucitar» discapacitados y ancianos por Covid	96
Holmes y el mito de Silicon	104
Imprescindible «Dopesick».....	106
Colegio de Psiquiatras de Irlanda rechaza eutanasia y el suicidio.....	117
Cómo queda un cerebro que consume pornografía.....	119
Meta patenta un ojo robótico para mejorar su metaverso	123
Identificado el virus que causa la esclerosis múltiple	126
Eutanasia, no; eubiosia, sí	131
La surrogata più prolífica del mundo	134
Francia pretende prohibir las terapias de reorientación sexual	138
Adiós al «nosotras decidimos».....	141
El drama del suicidio.....	146
El problema de las pruebas prenatales que detectan enfermedades raras.	151

Gestación artificial: ¿avance o retroceso?.....	165
¿Quién escapa del fraude científico?.....	169
Ley que concede más derechos a los animales que a los humanos	172
Apoyo de miembros de la PAV a la legalización del suicidio asistido	180
Aborto gratuito en todos los hospitales públicos a partir de los 16 años..	185
«Guía para la familia» en la que se tacha de «mito» la familia	192
Texas: reasignación de sexo en menores y bloqueadores	195

Un ateo explica por qué se opone al aborto... y a que le llamen «fundamentalista religioso» por ello¹

Charles Cooke escribe en el «New York Times» y el «Washington Post»

Los defensores del aborto no pueden obviar el hecho esencial: si no se practica el aborto, al



término del embarazo nace una persona absolutamente única en la historia de la humanidad. Foto (contextual): Alex Hockett / Unsplash.

ReL, 28 noviembre 2021

Es una táctica común de la **propaganda proabortista** considerar que la oposición al aborto es propia de personas religiosas y por razones exclusivamente religiosas, como si eso desvirtuara al movimiento provida. Pero lo cierto es que no es así, y el grueso del argumentario provida se basa en hechos y datos que tienen poco que ver con la religión, y mucho con **la biología, la filosofía y el derecho**.

Por ese motivo son muchos los ateos contrarios a que las madres maten a sus hijos antes de que nazcan. Como **Charles C.W. Cooke**, licenciado en Historia y Política Moderna por la Universidad de Oxford y colaborador del *New York Times*, el *Washington Post* y el *Los Angeles Times*, entre otros

¹https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/779423161/ateo-opone-aborto-fundamentalista-religioso.html

medios como la publicación conservadora *National Review*, donde en un reciente artículo da cuenta de sus motivaciones antiabortistas al tiempo que se declara ateo y alejado de toda perspectiva religiosa².

Como es obvio, Religión en Libertad no comparte sus ideas en ese sentido, pero hemos considerado relevante dar a conocer su testimonio como ejemplo de que la vida de los inocentes **no solo preocupa a quienes la reconocen como un don de Dios**, sino a todos aquellos que la reconocen como, sencillamente, humana.

Oposición laica al aborto

Me opongo al aborto desde el primer momento en que supe que existía.

Para mí es una **oposición prepolítica y preideológica**. Al crecer, no sabía mucho ni me interesaba demasiado el mundo que me rodeaba, pero sabía una cosa: estaba en contra de matar a los bebés y no entendía a los que no lo estaban.

No me han llevado a esta posición. De hecho, llegué a ella **a pesar de mi entorno**, no por él. En Inglaterra, la mayoría de la gente está a favor del aborto y cuando el tema sale a relucir, es dentro de un contexto que nunca me ha convencido: la religión. Como defensor acérrimo de la conciencia, **soy amable y respetuoso con los creyentes religiosos. Pero yo no lo soy**, nunca lo he sido y no estoy cerca de serlo.

Un ateo... ¿fundamentalista religioso?

Naturalmente, estoy agradecido a las tradiciones religiosas en las que me he criado indirectamente, y soy plenamente consciente de la **monumental influencia que han tenido en la visión del mundo que me paso los días defendiendo**. Pero no acepto las afirmaciones metafísicas que me correspondería aceptar si me convirtiera. No creo en el cielo, ni en el infierno, ni en el alma, ni en los milagros, ni en el poder de la oración de intercesión, ni tampoco en Dios. Creo que los seres humanos son excepcionales y valiosos y merecedores de derechos inalienables, pero para ello no me apoyo en nada sobrenatural.

² <https://www.nationalreview.com/magazine/2021/11/29/the-secular-case-against-abortion/>



Charles C.W. Cooke, durante una entrevista televisiva sobre uno de sus libros, 'El manifiesto conservador'.

Menciono esto porque, casi siempre que escribo sobre el aborto, recibo cartas en las que **se me acusa de ser un "fundamentalista religioso"**. Pero esto, por supuesto, es un sinsentido; en parte porque ni siquiera soy un laico religioso y, también, porque uno no tiene que tener ninguna creencia religiosa para considerar que **los argumentos más populares a favor del aborto son poco persuasivos**. En lo que a mí respecta, el argumento principal contra el aborto no presupone ni se basa en la existencia de Dios, sino que sostiene simplemente que el aborto implica el **asesinato de un ser humano inocente**, y que el asesinato de seres humanos inocentes está mal. Para mí, al menos, Dios no tiene nada que ver con ello.

No es "tu" cuerpo

En Estados Unidos, la mayor parte de la retórica que despliegan los defensores del aborto se centra en la madre: "Mi cuerpo, mi decisión" y todo eso. Como hombre de **tendencia libertaria**, este tipo de argumento me parece atractivo en casi todas las circunstancias. Es un país libre, y si sus adultos libres desean inyectarse heroína en el cuerpo, cubrirse la cara con tatuajes, negarse a vacunarse contra el covid-19 o cortarse los genitales, sus decisiones me resultan en general indiferentes.

Pero con el aborto no estamos hablando realmente del cuerpo de la madre, sino del otro cuerpo que está en juego. Y, aunque no hay duda de que el embarazo puede ser difícil, es el otro cuerpo el que se enfrenta a una muerte segura durante un aborto. (Lo que hay que hacer cuando la propia vida de la madre está en peligro es, por supuesto, una cuestión moral totalmente diferente).

El doctor Anthony Levatino llegó a practicar 12.000 abortos antes de convertirse en un gran defensor de la vida antes del nacimiento. Aquí explica uno de los procedimientos más comunes de aborto cuando el feto ha alcanzado cierto grado de desarrollo³.

Está de moda, lo sé, decir a los hombres como yo que lo que las mujeres decidan hacer con sus propios hijos no es de nuestra incumbencia. Pero esto simplemente no es cierto cuando esa elección implica acabar con la vida de esos niños. **Sabemos lo que pasará si nos negamos a matar a los no nacidos: seguirán viviendo.** Que, en determinadas circunstancias, las madres no deseen que esto ocurra no puede ser el fin de la historia.

Cada persona, un valor propio y específico

Los argumentos utilitarios a favor del aborto adolecen del mismo problema. "¿Qué pasa si los padres no quieren al niño?", suele preguntar la gente. "¿Y si el niño crece pobre?". "¿Y si la superpoblación hace que nos quedemos sin comida, o hace que la tierra se caliente más allá del límite?". "¿Y si el gobierno no proporciona el nivel de gasto en bienestar que algunos desearían?". Pero a menos que estas preguntas sean convincentes cuando se habla de matar a un bebé de un mes, o de matar a un niño de cinco años, o de matar a una persona de 80 años, **no veo qué relevancia podrían tener para los no nacidos.**

Sospecho que mi horror ante la idea de que algunas personas sean simplemente **desechables** se hizo más fuerte como resultado del trabajo de mi madre. Antes de jubilarse, mi madre daba **clases a niños de preescolar con necesidades especiales**, como autismo, síndrome de Down y parálisis cerebral, y durante casi una década **fui voluntario** para ayudar en las sesiones semanales que dirigía.

En algunos países, niños como los que enseñaba mi madre se consideran **infrahumanos**; en Islandia, por ejemplo, el gobierno se jacta con frecuencia de haber "erradicado" el síndrome de Down, cuando lo que significa en la práctica es que los padres de Islandia han matado a todos los niños cuyas pruebas prenatales habían revelado esta condición.

³ https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/48547/habia-arrancado-la-vida-a-1200-bebes-la-muerte-de-su.html Ver video: Aborto Quirúrgico en el Segundo Trimestre: Dilatación y Evacuación <https://www.youtube.com/watch?v=qB0-6PUWGjU&t=4s>

Pero nadie en estas sesiones parecía pensar que estos niños eran algo más que **ligeramente diferentes, tan dignos de amor, atención y dedicación como cualquier otro**, y por tanto yo tampoco.

(El problema de eliminar a las personas incómodas le parece obvio a la gente cuando hablamos, por ejemplo, de los ancianos que han desarrollado Alzheimer, sobre los que a ningún médico se le ocurriría decir: "Hemos curado a tu abuelo... matándolo").

Tener a mis hijos ha reforzado mi oposición al aborto, entre otras cosas porque, al convertirte en padre, te das cuenta de **cuánto hay de cada persona** desde el momento en que tu hijo nace.

Hay, por supuesto, factores ambientales en la crianza de los niños, y solo un tonto podría argumentar lo contrario. Pero también hay cosas que no se pueden explicar, como por qué un niño tiene mal genio y el otro no, o por qué a uno le gusta el ketchup y al otro no, o por qué uno es capaz de repetir la música en la tonalidad en la que la escuchó mientras que el otro la transpone salvajemente antes de perder la melodía.

Sin eufemismos

Es algo horrible de reconocer, pero debemos reconocerlo, que, desde que el aborto se hizo fácilmente accesible, **hemos eliminado a millones y millones de seres humanos individuales**, cada uno con sus propias debilidades, defectos, talentos y dones, y que lo hemos hecho **en nombre de la conveniencia**, y sobre una concepción falsa de lo que constituye, y no constituye, un "derecho".

Sospecho que hay una razón por la que los defensores más acérrimos del aborto son tan **reacios a debatir la cuestión sin recurrir a eufemismos** implacables ("justicia reproductiva") o atribuyendo **motivos rebuscados** a sus oponentes ("odio a las mujeres" / "extremismo religioso"), y esa razón es que un examen contundente del tema en cuestión debería, como mínimo, llevarle a uno a proceder con cautela.

A lo largo de los años, me han echado en cara todo tipo de intrincadas explicaciones sobre por qué yo, un no creyente, podría estar tan interesado en salvar la vida de seres humanos que, si se los deja a su suerte, llegarán a experimentar toda la belleza, el desamor y el misterio de la vida. Pero, con todo, la respuesta es sencilla: **soy uno de ellos**.

Traducción de Elena Faccia Serrano.

Francia, padre trans fa causa all'anagrafe: «Riconoscetemi come madre»⁴

Riconosciuta donna dalla legge senza aver cambiato biologicamente sesso, "Claire" ha concepito una figlia con la moglie rifiutandosi di essere padre. La Corte di Tolosa dovrà decidere se riconoscere, dopo l'identità di genere, anche la genitorialità di genere

Leone Grotti, 01/12/



Oggi la Corte d'appello di Tolosa esamina il caso senza precedenti, riguardante un transessuale, che potrebbe sancire un passo in avanti nello stravolgimento della biologia e del semplice buon senso in Francia: dall'identità di genere alla genitorialità di genere.

Se il trans è donna, allora è madre

Claire (nome di fantasia), trans di 52 anni, è riuscito dieci anni fa a cambiare sesso all'anagrafe prima di operarsi, diventando legalmente donna pur restando biologicamente uomo. Prima dell'operazione per aggiornare il proprio corpo rispetto alla nuova identità di genere, ha concepito un figlio con sua moglie, con la quale è sposato dal 1999. La bambina è nata nel 2014, quando l'uomo era già ufficialmente divenuto Claire. Al momento di registrare la figlia allo stato civile, Claire ha chiesto di essere riconosciuta

⁴ <https://www.tempi.it/francia-trans-identita-genere-padre-madre/>

come madre della bambina ma la risposta dei funzionari è stata ovvia: possiamo riconoscerla solo come padre.

Avendo Claire rifiutato, sull'atto di nascita della bambina al momento figura soltanto la madre. Il senso della richiesta del trans è **ben spiegato dall'avvocato Clélia Richard**: «Se per lo stato civile Claire è una donna e se è genitore biologico della bambina è dunque evidente che debba figurare come madre sull'atto di nascita della figlia»⁵.

I compromessi della giustizia

Parlare di “evidenza” in questo caso sembra alquanto fuori luogo, eppure la Procura di Tolosa è d'accordo: sull'atto di nascita Claire deve figurare come seconda “madre” della bambina. Ma poiché, come natura comanda, quando la figlia è stata concepita Claire era ancora biologicamente un uomo, per quanto riconosciuta come donna dai documenti, i magistrati propongono di dettagliare nelle carte della figlia che la seconda madre prima era un uomo.

Per Claire la proposta, che rispecchia la verità sulla sua transizione, è offensiva e «discriminante». Il trans aveva già cercato “giustizia” nel 2016 a Montpellier. Dopo un primo verdetto negativo, la Corte d'appello aveva proposto un altro compromesso: scrivere sull'atto di nascita un generico “genitore biologico”. Ma la Cassazione respinse questa ipotesi: Claire può solamente essere “madre” o “padre”. Tertium, per il momento e salvo nuovi aggiornamenti della tecnica, non datur.

“Mater semper certa est” va in soffitta

Il caso di Claire è sostenuto anche dall'Associazione di genitori gay e lesbiche, che vede la possibilità di smantellare ulteriormente le basi biologiche della filiazione riconosciute dalla legge francese. Queste sono già state duramente picconate dalla **legge di bioetica**⁶, che ha dato la possibilità a donne single e lesbiche di accedere alla fecondazione eterologa per avere un figlio. Nel caso di una coppia di donne, previo documento d'intenzione firmato da un notaio-demiurgo, l'atto di nascita riporterà entrambe come “madri” del neonato, pur non avendo una delle due alcun legame biologico col nascituro.

Il brocardo latino “mater semper certa est” era già divenuto desueto in Francia. Se dopo l'identità di genere, che ognuno può scegliere soggettivamente, la Francia riconoscerà anche la genitorialità di genere, scomparirà del tutto. O verrà portato in tribunale perché “discriminante” verso i padri che, saltando a piè pari il travaglio del parto, ora pretendono di essere madri.

⁵<https://www.lefigaro.fr/flash-actu/une-femme-transgenre-veut-changer-la-legislation-sur-la-filiation-20211130>

⁶<https://www.tempi.it/la-francia-sdogana-i-figli-delle-intenzioni/>

Primer acuerdo mundial sobre la ética de la inteligencia artificial⁷

Unsplash/Chris Yang



La ONU advirtió sobre el uso ilegal de las tecnologías de vigilancia para socavar los derechos humanos.

25 Noviembre 2021

Derechos humanos

Este marco ético define valores y principios comunes que guiarán y garantizarán un desarrollo saludable de esta tecnología. Afirma que todos los individuos deberían poder acceder a sus registros de datos personales o incluso borrarlos y prohíbe explícitamente el uso de sistemas de inteligencia artificial para la calificación social y la vigilancia masiva.

Los 193 Estados miembros de la UNESCO han aprobado el primer marco ético sobre inteligencia artificial.

Este histórico texto establece valores y principios comunes que guiarán la construcción de la infraestructura jurídica necesaria para garantizar un desarrollo saludable de la inteligencia artificial.

La inteligencia artificial es omnipresente, hace posibles muchas de nuestras rutinas diarias y está dando resultados notables en ámbitos muy especializados, como la detección del cáncer y la construcción de entornos inclusivos para personas con discapacidad. También puede ayudar a

⁷ <https://news.un.org/es/story/2021/11/1500522>

combatir problemas como el cambio climático y el hambre en el mundo y a reducir la pobreza.

Pero esta tecnología también está trayendo consigo nuevos retos sin precedentes. Por ejemplo, se está produciendo un aumento de los prejuicios de género y étnicos, amenazas significativas contra la privacidad o peligros de la vigilancia masiva. **Hasta ahora, no había normas universales que dieran respuesta a estos problemas.**

“El mundo necesita reglas para que la inteligencia artificial beneficie a la humanidad. La recomendación sobre la ética de la inteligencia artificial es una respuesta importante. Establece el primer marco normativo mundial, al tiempo que otorga a los Estados la responsabilidad de aplicarlo a su nivel. La UNESCO apoyará a sus 193 Estados Miembros en su aplicación y les pedirá que informen periódicamente sobre sus progresos y prácticas”, declaró Audrey Azoulay, la directora general de la UNESCO,

El contenido de la recomendación

La Recomendación tiene como objetivo hacer realidad las ventajas que la inteligencia artificial aporta a la sociedad y reducir los riesgos que conlleva. Garantiza que las transformaciones digitales promuevan los derechos humanos y contribuyan a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible⁸, abordando cuestiones relativas a la transparencia, la rendición de cuentas y la privacidad, con capítulos políticos orientados a la acción sobre la gobernanza de los datos, la educación, la cultura, el trabajo, la atención sanitaria y la economía.



Unsplash/Maxime Valcarce

⁸ <https://news.un.org/es/news/topic/sdgs>

El incremento del número de datos es una herramienta clave para los avances en la inteligencia artificial.

Protección de datos

La Recomendación pide que se actúe más allá de lo que hacen las empresas tecnológicas y los gobiernos para garantizar a las personas una mayor protección, asegurando la transparencia, la capacidad de actuar y el control de sus datos personales. Afirma que todos los individuos deberían poder **acceder a sus registros de datos personales o incluso borrarlos**. También incluye acciones para mejorar la protección de los datos y el conocimiento y derecho del individuo a controlar sus propios datos. Asimismo, aumenta la capacidad de los organismos reguladores de todo el mundo para hacerla cumplir.

Prohibición de los marcadores sociales y la vigilancia masiva

La Recomendación **prohíbe explícitamente el uso de sistemas de inteligencia artificial** para la calificación social y la vigilancia masiva. Este tipo de tecnologías son muy invasivas, vulneran los derechos humanos y las libertades fundamentales y se utilizan de forma generalizada.

Ayudar a supervisar y evaluar

La Recomendación también sienta las bases de las herramientas que ayudarán a su aplicación y evaluar el impacto de esos sistemas en las personas, la sociedad y el medio ambiente. La metodología de evaluación del grado de preparación ayuda a los Estados Miembros a evaluar su grado de preparación en términos de infraestructura jurídica y técnica.

La Recomendación subraya que se deben favorecer métodos que ayuden a garantizar que la inteligencia artificial se convierta en una herramienta más destacada en la lucha contra el cambio climático y en el tratamiento de los problemas medioambientales.

“Las decisiones que afectan a millones de personas deben ser justas, transparentes y contestables. Estas nuevas tecnologías deben ayudarnos a afrontar los principales retos de nuestro mundo actual, como el aumento de las desigualdades y la crisis medioambiental, y no profundizar en ellos”, declaró Gabriela Ramos, subdirectora general de Ciencias Sociales y Humanas de la UNESCO.

«Caían trozos de mí en la ducha»: 11.000 inglesas hospitalizadas por el aborto químico legal en casa⁹

Inglaterra legalizó el envío de abortivos a domicilio con la pandemia: datos de complicaciones



El aborto daña a la mujer y el aborto químico casero, aunque sea legal, la pone en peligro

ReL, 01 diciembre 2021

Tradicionalmente los defensores del aborto insistían en que debía realizarse bajo estrecha supervisión "médica" y que por eso debía ser una práctica legal.

Pero una vez legalizado en muchos países, diversos grupos feministas y lobbies **abortistas han querido difundir mucho más el aborto "en casa", con fármacos abortivos que a veces envían por correo. Ahorra costes a la patronal, los abortistas no tienen que soportar llantos, crisis o quejas de la mujer y ayuda a difundir la práctica.**

(Al respecto, lea aquí¹⁰: ¿Por qué ahora las feministas ocultan su signo de la percha?)

Pero ¿es seguro el aborto químico a domicilio para la embarazada?

⁹https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/254506328/aborto-casero-mortal-partes-bebe-miles-mujeres.html

¹⁰https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/743892231/ahora-feministas-prohiben-signo-percha-fomentan-aborto-casero.html

Ahora los datos de Inglaterra muestran que al menos 1 de cada 17 mujeres que recurren a él tendrán **complicaciones serias que las llevarán al hospital**.

Inglaterra es todo un campo de experimentación porque **en plena pandemia y confinamiento, el 30 de marzo de 2020, el Gobierno inglés aprobó el aborto en domicilio, o más en concreto, el envío de fármacos abortivos para que la propia mujer los tome sola en casa.**

11.000 inglesas hospitalizadas tras abortos caseros legales

Desde entonces, al menos 11.000 mujeres en Inglaterra han tenido complicaciones que requerían ir al hospital por esta práctica, según un **reciente estudio** (*FOI Investigation into Medical Abortion Treatment Failure*, en Percuity.Blog¹¹) **que ha consultado a 127 centros hospitalarios ingleses y ha recibido respuestas con datos de 85, "que cubren al 80% de la población"**.

Destaca la *Society for the Protection of Unborn Children (SPUC)*¹² que con estos datos **no se puede hablar de casos aislados**. Son muy frecuentes. Según el estudio, las complicaciones más comunes tras estos abortos caseros, por muy legales que sean, son:

- **hemorragias**
- **fuertes dolores**
- **y retención de partes de bebés en el interior de la mujer**

Esas 11.000 mujeres necesitaron de **tratamiento hospitalario** debido a estas y otras graves dolencias.

En concreto, del total de mujeres que han hecho un aborto químico legal en casa se detecta que:

- un 5,9% fueron a un hospital del Sistema Nacional de Salud por complicaciones al retener restos
- otro 3% requirió cirugía para retirarle los restos del embarazo y aborto provocado
- un 2,3% de las que tomaron esos fármacos acudieron al hospital por hemorragias

¹¹ <https://percuity.blog/foi-investigation-into-medical-abortion-treatment-failure/>

¹² <https://www.spuc.org.uk/Article/384755/I-dont-want-anyone-to-suffer-like-I-did-Woman-speaks-out-about-DIY-home-abortion>

Es decir, casi el **6% del total de mujeres** que se someten a este procedimiento son tratadas posteriormente por problemas derivados de **abortos incompletos, de los que suele quedar partes del bebé en su interior.**



En realidad, las mujeres dañadas serían aún más

Hay que tener en cuenta que estos datos **no recogen toda la realidad, que es más grave, porque:**

- muchas **mujeres con complicaciones no van a los hospitales, sino a las clínicas abortistas** que les vendieron los fármacos o con las que han tratado antes, de la cadena Mary Stopes o la cadena BPAS; **esas mujeres no figuran en este estudio**
- hay mujeres que acuden con complicaciones y sangrando al hospital y no dicen que se hicieron un aborto casero, aunque fuera legal, sino que **declaran que era un aborto natural**

Por lo tanto, el número de **mujeres dañadas y con complicaciones por el aborto casero químico legal es aún mayor** de lo que señala este estudio.

Según datos del Departamento de Salud y Atención Social, **entre abril de 2020 y septiembre de 2021, 180.000 mujeres han practicado abortos caseros** usando píldoras abortivas, misoprostol y mifepristona.

"En la ducha lloraba porque salían trozos de mí"

Una de ellas contó su propia historia a SPUC, ante la preocupación “por haber cruzado la puerta del aborto casero”.

“Salían grandes trozos de mí. **Rompía a llorar en la ducha porque salían trozos de mí.** Era absolutamente horrible”, explica Sophie¹³ a la asociación provida. “Sé que [el aborto casero] no le afecta de la misma manera a todas las mujeres, pero la mayoría estarán de acuerdo en que no es agradable ver esto salir de ti”.

Desde entonces, la joven repite una y otra vez que **no quiere que nadie sufra como ella lo hizo el día de su aborto.**

Y esta es solo una más de las múltiples complicaciones derivadas de esta práctica. Estrechamente relacionada se encuentra la **necesidad de evacuar los restos del feto abortado para evitar infecciones. Suelen necesitarlo un 3%** de las mujeres que practican el procedimiento casero. Solo en Inglaterra, casi **6.000 mujeres han tenido que someterse a esta medida** entre abril y septiembre de 2021.

Otra de las complicaciones más frecuentes son las **hemorragias y sangrados graves** que también requieren hospitalización. Estos últimos afectan al **2,3% de las mujeres que realizan los abortos caseros.** Es decir, 4.100 mujeres solo en Inglaterra.

Kevin Duffy, uno de los impulsores del estudio, concluye que “las complicaciones derivadas del fracaso de este tratamiento abortivo” **no solo “son comunes”, sino que “no se informa sobre ellas”,** lamenta.

“**Esta es la inquietante verdad de la atención del aborto casero** que los proveedores [de los medicamentos] han mantenido oculta a los gobiernos”, explica Duffy.

El correo filtrado del NHS: "riesgo creciente"

En agosto de 2020 se filtró un correo electrónico del Servicio Nacional de Salud¹⁴ que ya exponía que las píldoras abortivas del gobierno emitidas por correo afectaban gravemente a las mujeres. SPUC difundió el correo.

¹³ <https://www.spuc.org.uk/Article/384755/I-dont-want-anyone-to-suffer-like-I-did-Woman-speaks-out-about-DIY-home-abortion>

¹⁴ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=38356>

El mensaje reconocía **13 incidentes tras el consumo de los fármacos abortivos, que suponen un “riesgo creciente”** al no exigir una consulta médica previa para su obtención.

Entre los casos, que se encuentran bajo investigación, destacan **el caso de un bebé que nació vivo** tras el intento de aborto casero y al que habrían matado después, o la administración de medicamentos abortivos a **mujeres con embarazos de más de 10 semanas**, el límite recomendado para esta técnica.

Los incidentes van desde **mujeres que acuden al servicio de urgencias con dolor y sangrado** significativo relacionados con el proceso hasta **rotura ectópica**, reanimación mayor para **hemorragias graves** y el parto de bebés que tienen hasta 30 semanas de gestación

Puede leer aquí el informe completo¹⁵ sobre las consecuencias del aborto casero a partir de los datos ingleses

¹⁵<https://percuity.blog/foi-investigation-into-medical-abortion-treatment-failure/> ;
<https://percuity.files.wordpress.com/2021/10/foi-ma-treatment-failure-211027.pdf>

Finlandia, Suecia y Reino Unido cuestionan los protocolos transgénero y las operaciones a menores¹⁶



Científicos de todo el mundo cuestionan los protocolos transgénero, y piden atención psicológica

ReL, 04 diciembre 2021

Las operaciones irreversibles de cambio de sexo están siendo puestas en entredicho por voz médica autorizadas en diferentes puntos del mundo, entre otros lugares en Finlandia, Suecia y Reino Unido. Un informe del Observatorio de Bioética de la Universidad Católica de Valencia¹⁷ y que recoge la agencia de noticias Zenit¹⁸, señala que las autoridades sanitarias finlandesas se desmarcaron hace ya un año, de las directrices señaladas por los estándares de atención recogidos en la séptima edición de las “Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género”

¹⁶https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/732922446/finlandia-suecia-reino-unido-cuestionan-protocolos-transgenero-operaciones-a-menores.html

¹⁷ <https://www.observatoriobioetica.org/>

¹⁸ <https://es.zenit.org/>

publicada por la “Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH)”.



Numerosos centros médicos mundiales están pidiendo parar con la manipulación transgénero en menores

Necesidad de diagnóstico y psicoterapia

En contra de la tendencia general de los países que toman posiciones en cuanto al abordaje terapéutico de los casos de disforia de género, **el gobierno finlandés emitió nuevas pautas que establecen que la psicoterapia, en lugar de los bloqueadores de la pubertad y los tratamientos hormonales cruzados utilizados en los procesos de transición de género, debería ser el tratamiento de primera línea para el abordaje terapéutico de los casos de disforia de género en la población joven.** Este cambio se produjo después de una revisión sistemática de la evidencia clínica disponible, que encontró que el cuerpo de evidencia para la transición pediátrica no era concluyente.

Se prioriza en el caso finlandés la necesidad de realizar un diagnóstico previo que permita la exclusión de la existencia de trastorno mental antes de plantear la posibilidad de emprender procedimientos médicos de transición de género, que incluyen tanto el bloqueo hormonal de la maduración sexual del adolescente como la administración de tratamientos hormonales cruzados para promover la transición de género, es decir, la

aparición de caracteres fenotípicos del sexo contrario en aquellos que padecen disforia de género.

Falta de evidencia científica

Las escasas evidencias científicas de la idoneidad de estos tratamientos junto a la creciente aparición de efectos secundarios tras su implementación, muchos de ellos irreversibles, está detrás de esta toma de posición.

Previamente, el Hospital Karolinska en Suecia emitió nuevas directrices con respecto al **tratamiento de los menores con disforia de género**. La medida, que afecta los servicios de género pediátricos del Hospital Infantil Astrid Lindgren (ALB), **suprimió la prescripción de bloqueadores de la pubertad y tratamientos hormonales de transición de género a pacientes menores de 18 años con disforia de género**. Estos cambios entraron en vigor en mayo de 2021.

En el caso sueco se establece que debe realizarse una **evaluación cuidadosa del nivel de madurez del paciente para determinar si el paciente es capaz de brindar un consentimiento informado significativo**. Del mismo modo, se obliga a que tanto **los pacientes como sus tutores reciban información adecuada sobre los riesgos e incertidumbres de esta vía de tratamiento**. No está claro si los menores de 16 años serían elegibles para tales ensayos.



Los padres tienen que saber la realidad antes de someter a sus hijos a operaciones de cambio de sexo

Inciertos resultados en menores

Pero hay más precedentes en este sentido, pues en marzo de 2021, la *National Institute for Health and Care Excellence* del Reino Unido estableció que **la relación riesgo beneficio de las intervenciones**

hormonales de bloqueo y transición de género para menores es muy incierta. Su principal hallazgo es que los agonistas de GnRH producen poco o ningún cambio en la disforia de género, la salud mental, la imagen corporal y el funcionamiento psicosocial. En los pocos estudios que informaron cambios, los resultados podrían atribuirse a sesgos o al azar, o se consideraron poco fiables.

El estudio holandés de De Vries et al. (2011), que ha sido considerado por muchos promotores de las intervenciones de transición de género como un referente, se consideró “con alto riesgo de sesgo” y de “mala calidad en general”, estableciéndose por parte de los revisores del *National Institute for Health and Care Excellence* la posibilidad de que la angustia de los sujetos del estudio podría haber aumentado, advirtiendo que todos los estudios evaluados tenían resultados de certeza “muy baja” y estaban sujetos a sesgos y confusión.

Aunque la transición médica pediátrica todavía está permitida en Finlandia, parece imponerse la tendencia de reservar las terapias de bloqueo hormonal de la pubertad y los tratamientos hormonales cruzados para menores con inicio de disforia de género en la primera infancia y sin trastornos mentales concurrentes. **La cirugía de transición de género no es ofrecida a menores de 18 años.**

Por otra parte, las directrices finlandesas advierten sobre la incertidumbre de proporcionar intervenciones irreversibles de “afirmación de género” para los **menores de 25 años, debido a la falta de madurez neurológica.**

Se toma en consideración igualmente los efectos secundarios negativos sobre los procesos madurativos cerebrales durante la pubertad, que pueden afectar negativamente su desarrollo y la capacidad del joven para otorgar su consentimiento informado a los procesos subsiguientes, más agresivos e irreversibles del protocolo holandés: hormonas y cirugías de sexo cruzado.

Jérôme Lejeune, el genetista católico que cambió la visión del mundo sobre el síndrome de Down¹⁹



Dr. Jérôme Lejeune. © Fundación Jérôme Lejeune

CIENCIA Y FE

El doctor Jérôme Lejeune fue reconocido por el Papa Juan Pablo II por la heroicidad de sus virtudes como doctor genetista y defensor de la vida.

4/12/21

(ACIPrensa/InfoCatólica) La historia recuerda a este doctor como el descubridor de la trisomía del par cromosómico 21, cuya existencia es la causante del síndrome de Down. Este descubrimiento fue reconocido por el mundo científico en el año 1958 y fue hecho público al año siguiente.

Lejeune era de origen francés, nació en Montrouge en junio de 1926. A pesar de su descubrimiento científico y de todas las evidencias que encontró para definir la presencia de esta variación cromosómica, nunca pensó en usarlo para decidir si estaba en sus manos acabar con una vida o no, nunca pensó en que podía encargarse de hacer una selección de las personas que debían o no nacer, por el contrario, siempre defendió la vida y se promulgó en contra del aborto.

¹⁹ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42115> Ver también El Papa declara Venerable a Jérôme Lejeune: perdió el Nobel, ganó el Cielo <https://www.infocatolica.com/blog/delapsis.php/2101211241-el-papa-declara-venerable-a-j>

A pesar de lo importante de su descubrimiento, su postura en contra del aborto fue para muchos la causa de que no recibiera el Premio Nobel de Medicina en 1970.

Aude Dugast, postulador de la causa de su canonización, declaró para National Catholic Register, que Lejeune «nunca dudó y su fe creció a la par con su inteligencia y su conocimiento científico».

«Todo su ser estaba orientado hacia la búsqueda de la verdad. Como resultado, utilizó su inteligencia científica y espiritual para descubrir los misterios del mundo creado con el gran mérito de poder transmitirlo al mundo en palabras sencillas y con gran humildad».

«Él combinaba las capacidades del siervo de Dios con una caridad heroica porque tenía un amor incondicional por sus pacientes que demostró cuando se trataba del aborto de niños con síndrome de Down».

«No siguió el espíritu de la época. Su moral estaba a salvo. Y eso es heroico porque sabía que se iba a meter en muchos problemas por hacerlo, lo sabía. Pero dijo que él era el defensor natural de esos niños porque no podían defenderse solos.

Siempre fue un hombre tranquilo y gentil, reconocido como el verdadero defensor de la vida. Ésta es la marca de su naturaleza heroica que veía en el paciente una persona hecha a imagen de Dios y siempre tuvo una mirada de amor y esperanza para el paciente y los padres.»

Agregó tener muchos testimonios de padres que «estaban abrumados por la forma en que Lejeune le dio la bienvenida a su hijo y lo miró. Les ayudó a mirar a su hijo con discapacidad con renovado amor».

Al mismo tiempo «luchó para que se reconocieran los derechos de todos los niños por nacer y no dudo de sacrificar su propia carrera por esta causa».

Al demostrar que se trataba de una enfermedad cromosómica, Lejeune revolucionó la visión que la sociedad tenía de las familias y les devolvió su dignidad. Los liberó del peso de la sospecha y la fatalidad».

Aude Dugast hizo énfasis en los logros de Lejeune en el campo de la genética sin perder sus convicciones de fe, «logró que la genética se volviera una disciplina por derecho propio», creó los primeros certificados citogenéticos, fue el primer profesor de la primera cátedra académica de genética en Francia. También fue decano de la Universidad de Medicina de París.

Se dice que fue el padre de la genética moderna. Todos los genetistas de Francia durante 30 años fueron sus alumnos. Tuvo un impacto enorme, no solo en Francia, sino también en Estados Unidos y en todo el mundo.

Demostró que la fe y la ciencia van de la mano, que para ser un gran científico no hay necesidad de dejar de lado la fe. La inteligencia de Jérôme Lejeune está verdaderamente en el corazón de su santidad.

Dugast cuenta que su esposa también fue una parte importante de la vida del doctor. «Jérôme Lejeune no hubiera sido el hombre que conocemos si la señora Lejeune no hubiera estado a su lado, aunque solo sea en un nivel muy simple. La señora Lejeune era una especie de pura fuerza vital, y Jérôme era un científico, un poeta, que también era muy concreto, pero que no tenía la fuerza vital de la señora Lejeune.

Lejeune se tomó en serio la fe de su bautismo y el Evangelio. Se dejó llevar por las circunstancias de la vida, por sus encuentros con estos niños. Y cuando otras circunstancias de la vida le pidieron que traicionara este compromiso médico, del juramento hipocrático, dijo que no, soy médico y es prueba de inteligencia que un embrión es un ser humano que un médico debe tratar.

Muchas personas del mundo científico y muchas de las personas a quienes ayudó Lejeune antes de fallecer, esperan con ansias que sea reconocido y no dudan de que se pueda producir el milagro para su canonización.

El sufrimiento de los niños no nacidos²⁰

Maureen Condic



Por INFOVATICANA | 04 diciembre, 2021

(FSSPX News)- Uno de los grandes debates en torno al tema del aborto es el del sufrimiento fetal. Un famoso documental, estrenado en 1984, titulado «El grito silencioso» y dirigido por Bernard Nathanson, un abortista arrepentido ante las imágenes que había observado, ya fue objeto de una acalorada polémica.

Algunos, como el profesor Etienne-Emile Beaulieu, conocido por el desarrollo de la RU 486, ese «pesticida humano» según el profesor Lejeune, lo habían calificado de estafa científica. Conocidos ginecólogos lo habían defendido con firmeza. Pero hoy, con los recientes conocimientos adquiridos en diversos campos, existe cierta certeza sobre la realidad del sufrimiento fetal.

He aquí un resumen de un artículo de la doctora Maureen Condic, profesora asociada de neurobiología en la Universidad de Utah, que también trabaja para el Instituto Charlotte Lauzier.

²⁰ <https://infovaticana.com/2021/12/04/el-sufrimiento-de-los-ninos-no-nacidos/> Ver también El sufrimiento de los niños en el vientre de sus madres <https://fsspx.news/es/news-events/news/el-sufrimiento-de-los-ni%C3%B1os-en-el-vientre-de-sus-madres-69865>

Los avances científicos han permitido aclarar qué estructuras del cerebro son necesarias para que el feto sienta dolor.

Hace tiempo que los científicos coinciden casi universalmente en que las conexiones entre la médula espinal del feto y el cerebro se forman entre las 12 y las 18 semanas. Pero cada vez hay más pruebas de que estas conexiones, que se desarrollan bastante tarde, no son necesarias para sentir dolor. Se acepta que el feto puede sentir dolor, y de hecho lo siente, a partir del inicio del segundo trimestre, que se sitúa entre las 12 y las 14 semanas.

Uno de los expertos en la materia, Stuart Derbyshire, fue uno de los dos únicos neurocientíficos que descartó la posibilidad de que el feto sintiera dolor antes de las 22 semanas en un famoso informe. Pero, ante la acumulación de pruebas científicas en contra, ha abandonado su posición anterior.

Derbyshire sostiene ahora que «las pruebas, y una lectura equilibrada de las mismas, apuntan a una experiencia inmediata e instintiva del dolor, a través de las funciones del sistema nervioso en desarrollo, a partir de las 12 semanas».

Hay cinco formas de demostrar que la conexión entre la corteza -la parte superior del cerebro- y la médula espinal, no es necesaria para la percepción del dolor. Así, múltiples estudios demuestran que los animales y los seres humanos sufren incluso si la corteza cerebral está alterada, inmadura o ausente.

La extirpación completa de la corteza en mamíferos como los gatos y los roedores no borra su respuesta a los estímulos dolorosos; asimismo, los niños que nacen sin toda o la mayor parte de la corteza son conscientes y perciben el sufrimiento y el dolor.

Otras cuatro fuentes de datos demuestran que los sentimientos y emociones del feto aparecen mucho antes de que se establezcan los circuitos corticales. Los estudios demuestran que el córtex no es responsable de la aparición de las emociones humanas. Más bien, son regiones del cerebro que se desarrollan antes, como el tálamo, presente desde la duodécima semana de gestación, las que pueden sustentar la conciencia y las emociones.

Los estudios de imágenes cerebrales y de estimulación cerebral en animales y humanos muestran que la pérdida de conciencia y de percepción del dolor está asociada a la supresión de la función talámica. Las pruebas experimentales de supresión de regiones específicas del cerebro también refutan la afirmación de que el sufrimiento requiere actividad cortical.

Por último, tres conjuntos de observaciones fácticas de las respuestas del feto y del recién nacido a los estímulos proporcionan pruebas directas e irrefutables de la sensibilidad del feto a los estímulos dolorosos.

En primer lugar, los fetos que nacen de forma prematura – desde las 21 semanas – muestran comportamientos relacionados con el dolor, y cuanto más jóvenes son, más intensos son. Esta observación sugiere que los circuitos corticales que se desarrollan más tarde moderan o incluso inhiben el sufrimiento.

En consonancia con estas observaciones, una reciente revisión de las pruebas concluyó que, a partir de las 13 semanas, «el feto es extremadamente sensible a los estímulos dolorosos», por lo que «la aplicación de una analgesia adecuada es necesaria para evitar el sufrimiento [del feto]» en los casos de cirugía intrauterina.

En segundo lugar, las revisiones recientes de la literatura indican que la presencia en el útero no tiene ningún efecto adormecedor y que, por lo tanto, al igual que en el caso de un niño prematuro, el feto puede ser despertado por estímulos dolorosos.

Por último, y la más convincente, las observaciones de las ecografías en 4D confirman que el feto responde a los estímulos dolorosos. Un estudio publicado en enero de 2021 muestra que los fetos de 29 semanas a los que se les inyecta un anestésico antes de una intervención quirúrgica intrauterina hacen gestos faciales (muecas, etc.) que se asocian específicamente a la experiencia del dolor.

Estos gestos relacionados con el dolor no se producen cuando el feto está en reposo o tras un estímulo «por sorpresa», como un ruido fuerte. Un estudio de junio de 2021 reprodujo estos resultados en un feto aún más joven, de 21 semanas.

Mientras que las expresiones faciales revelan la experiencia del dolor en personas con capacidad limitada para comunicarse verbalmente, como los niños pequeños, las personas con demencia y muchas especies animales, estas respuestas no se producen en pacientes inconscientes, es decir, en estado de coma.

Por tanto, el feto no sólo «reacciona al dolor de forma inconsciente y refleja», sino que comunica «una experiencia consciente de sufrimiento a través de un lenguaje universal del dolor».

En resumen, las doce fuentes de evidencia aquí resumidas apoyan las siguientes conclusiones:

(a) En contra de lo que suponen algunas asociaciones profesionales de médicos, no es necesaria una conexión entre el tálamo y el córtex para que un feto sea consciente y experimente dolor;

y (b) un feto es probablemente consciente y capaz de comprender el dolor a las 18 semanas o antes, y posiblemente ya a las 12 semanas.

Esto supone un terrible sufrimiento cuando este niño es sometido a la muerte por la voluntad de quienes lo engendraron.

Queda por ver cómo se recibirán estas conclusiones en los círculos proabortistas, y cómo se ocultará la verdad a las mujeres que quieran abortar.

¿Qué fue de las tres niñas cuyo genoma fue alterado ilegalmente por un científico chino?²¹

Aquel experimento cruzó todas las líneas rojas para crear una estirpe de niños inmunes al virus del sida... y no lo consiguió



Ilustración de archivo de un genoma humanoCSIC

HÉCTOR HERRERA, 03-12-2021

El mes de noviembre del año 2018, saltó a las portadas de todo el mundo la noticia de un científico chino que había osado manipular ilegalmente el genoma de dos bebés no natos. Su nombre era **He Jianku**, de la **Universidad de Shenzhen**, y era uno de los ponentes invitados de la segunda cumbre internacional sobre edición genética en humanos de **Hong-Kong** que tuvo lugar el **28 de noviembre de 2018**.

El investigador había asegurado que iba a presentar sus resultados sobre la edición de embriones en humanos... aunque nadie se había podido imaginar que aquello se trataba de algo más que de un estudio sobre el papel.

²¹ <https://www.larazon.es/ciencia/20211203/4op4tn6kwrhdveylmmyzv3wrla.html>

De aquel perverso experimento **nacieron dos niñas**, a las que conocemos con los nombres en clave de **Lulu y Nana** (para preservar su anonimato). Durante su intervención en el Congreso de Edición Genética, también dio a conocer que había manipulado el ADN de otra niña, pero por aquel entonces todavía no había nacido.



Fotografía del Dr. He Jianku FOTO: LA RAZÓN (CUSTOM CREDIT)

La exposición del científico chino se convirtió en **una de las charlas científicas más vistas de la historia** (a partir del minuto 1:15:00)²². La noticia recibió de inmediato la repulsa de la inmensa mayoría de la comunidad científica y de la comunidad internacional.

²² <https://livestream.com/accounts/7036396/events/8464254/videos/184103056>

Aquello **atentaba frontalmente contra el principio del respeto a la dignidad del hombre**. Había cruzado todas las líneas rojas de la ciencia... y el espíritu mesiánico que lo inspiró, había disociado completamente la tecnología de la moralidad.

La **reacción internacional fue tan violenta**, que el respaldo que el investigador había recibido en un primer momento por parte de las autoridades del Partido Comunista Chino, se esfumó rápidamente.

Después de haber estado en paradero desconocido durante meses, en el año 2019, por fin fue capturado junto con varios de sus colaboradores y todos ellos **fueron condenados a penas de cárcel**, a sanciones económicas y, sobre todo, a la inhabilitación como investigadores científicos.

Bebés “a medida”

Cuando entrábamos en el nuevo siglo, las posibilidades eran infinitas. Por aquel entonces, se postulaba la idea de **editar las líneas de código del genoma humano**... casi como una fantasía, o como una historia de ciencia ficción. Sin embargo, aquello suponía un debate ético de primer nivel.

De hecho, en ese momento nacieron organizaciones en defensa de los Derechos Humanos como reacción al debate que se estaba dando en el seno de la comunidad científica; como el **Centro de Genética y Sociedad (CGS)**, que se opuso frontalmente a la idea de someter a un futuro ser humano, sin su conocimiento ni consentimiento, a una terapia que alteraría para siempre su naturaleza.

El debate era tan grande, que muchos países se vieron en la obligación de posicionarse claramente sobre la cuestión. Y en el año **1997**, 35 países (entre ellos España) firmaron la **Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina** (más conocida como la Convención de Oviedo). Que en su artículo 13, prohíbe expresamente las intervenciones *“que tengan por objeto modificar el genoma de la descendencia”*.

Y todo esto ocurría cuando el debate simplemente se limitaba al plano teórico y estaba sustentado únicamente en argumentos hipotéticos. No existía la tecnología necesaria para materializar aquella fantasía (y tampoco se la esperaba).

Pero aquello cambió en el año **2013**, cuando se descubrió que, combinando las **técnicas CRISPR y Cas9**, realmente era posible hacer “bebés a medida”:

De la forma más didáctica posible, podemos decir que el **CRISPR** utiliza unas guías y una enzima que corta el ADN (**Cas9**) para dirigirse a zonas elegidas del ADN y seccionarlas. A partir de ahí, se pueden pegar los extremos cortados e inactivar un gen que cause una enfermedad, y posteriormente, introducir moldes de ADN que no provoquen esa dolencia.

En resumen, esta técnica permite **editar el genoma humano a voluntad**. Es algo así como un “*copy-paste génico*”.

Un experimento imprudente... e inmoral

Antes de que He Jianku pusiese en marcha su experimento, ya se había investigado el uso de esta tecnología en otros mamíferos, sobre todo en ratones. Pero en el año **2018**, la técnica no está lo suficientemente perfeccionada para ser utilizada en humanos... incluso si se hubiesen obviado los cuestionamientos éticos.



De hecho, los **resultados en ratones** son, en muchas ocasiones, aberrantes. Algunos de estos ratones mueren, por causas desconocidas... probablemente por las mutaciones genéticas adicionales que portan y sobre las que no se tiene **ningún control**.

Gran parte de los ratones con los que se investiga sobre la modificación del genoma mueren por causas desconocidas

Sí que es cierto que desde hace unos meses, se han publicado informaciones de cómo se ha conseguido solucionar en algunos animales problemas hereditarios de sordera y ceguera... e incluso **se ha conseguido que nazcan algunos ratones de mayor tamaño y resistencia física**. Pero para que esos resultados hayan tenido lugar, han sido muchos los animales de las mismas

camadas que han muerto por el camino... porque no hay forma de controlar las mutaciones genéticas adicionales que pueden portar las crías.

Es decir, a día de hoy tampoco es un experimento que se pueda llevar a cabo en humanos con seguridad.

El Frankenstein chino

El objetivo del experimento de He Jianku (al menos de cara al público) era inactivar el gen *CCR5* que codifica el correceptor que usa el **virus** para introducirse dentro de los **linfocitos** (un tipo de glóbulos blancos que tenemos en la sangre), haciéndoles **inmunes al virus del sida**.

Y para bloquear o eliminar el gen *CCR5*, reproduciría una mutación detectada en algunas personas inmunes al VIH llamada **delta32**, en la que faltan 32 nucleótidos del gen, lo cual inactiva la **proteína** e impide el acceso del virus al interior de la **célula**.



Fotografía de archivo de una prueba rápida de detección del VIH FOTO: BIEL ALIÑO EFE

Para más inri, también hay que decir que aquel experimento no solo era muy cuestionable en el plano ético, sino que también era innecesario, porque **no existía una necesidad médica**. Ya existen protocolos de reproducción asistida pensados para portadores del virus del VIH y que desearan tener un **hijo biológico**.

Concretamente, existe un procedimiento médico (que es el recomendado en estos casos), que es el **lavado del esperma** del padre, para así eliminar cualquier rastro del VIH. Pero si hay algo que quedó diametralmente claro es que el objetivo de He Jianku no era realmente inmunizar a las niñas contra el sida, sino dar consuelo a su espíritu mesiánico y crear **una estirpe de niños modificados genéticamente**.

Todavía más cruel

Para poder llevar a cabo su experimento, el científico engañó a los padres y a las madres de las criaturas, dándoles a entender que el tratamiento

con **CRISPR** era la única alternativa para inutilizar el gen **CCR5** y el único método para que sus bebés no natos **no desarrollaran el virus en el futuro**. Después engañó a los ginecólogos, diciéndoles que aquellos embriones se habían obtenido por un procedimiento *in vitro* habitual... y obviando que, en realidad, su código genético había sido prostituido.

Es más, en 2019 se hicieron públicos los informes en los que el investigador había recogido los datos obtenidos de las biopsias de los embriones antes de ser implantados en el útero materno... y los resultados hacen que el experimento sea **mucho más siniestro de lo que se había pensado en un primer momento**.



Óvulo en proceso de fecundación asistida FOTO: LA RAZÓN (NOMBRE DEL DUEÑO) LA RAZÓN

Ahora se sabe que, cuando He Jianku le dio los embriones a los ginecólogos, él sabía que: primero, **no había conseguido su objetivo principal**, que era reproducir la mutación delta32 en el código genético (eliminando así la posibilidad de que las niñas desarrollasen el virus en el futuro); segundo, provocó mutaciones en el gen CCR5, cuyas consecuencias clínicas son

totalmente desconocidas; y tercero, también se encontraron otras **mutaciones en el genoma, cuyas consecuencias clínicas también son una incógnita.**

Y estos datos son los que se obtuvieron tras analizar solo unas pocas células de los embriones editados... todavía no se sabía nada del resto de células que conformaban esos embriones, que **podrían manifestar otras muchas sorpresas.**

¿Qué fue de las niñas?

Después del parto, **se analizó el cordón umbilical y la placenta** de Lulu y Nana; y se encontró que -efectivamente- las niñas y su descendencia estarían **expuestas a mutaciones genéticas absolutamente desconocidas...** pudiendo sufrir cualquier consecuencia inesperada.

A partir de aquí, es muy poco lo que se conoce sobre las tres niñas que nacieron con el genoma editado porque su identidad está protegida... ni siquiera se conoce en qué hospital nacieron.

Lo único que se sabe es que Lulu y Nana **nacieron de forma prematura**, unas semanas antes de que He Jianku presentase sus resultados. Y que en aquel momento, la tercera niña todavía estaba en proceso de gestación y que, finalmente, nació en la primavera de 2019.

También se ha revelado, por fuentes no identificadas próximas al caso, que **las niñas están vivas**; y que, al parecer, se han producido **chequeos médicos con cierta periodicidad.** El primero tuvo lugar al mes de su nacimiento, el siguiente a los seis meses y luego cuando tenían un año. Y se sabe que, desde entonces, se está vigilando su evolución... pero no hay detalles sobre los resultados.

El hermetismo es total.

Más de 10 mil mujeres fueron hospitalizadas tras tomar píldoras abortivas²³



EN EL REINO UNIDO

Los resultados arrojaron que más de 1 de cada 17 mujeres (alrededor de 20 diarias) que se sometieron a un aborto casero con medicamentos durante el período de 18 meses tuvieron que ser hospitalizadas para tratar con los efectos secundarios.

5/12/21

(ACIPrensa/InfoCatólica) Según un estudio reciente se determinó que más de 10 mil mujeres tuvieron que recibir tratamiento hospitalario luego de tomar píldoras abortivas en sus casas entre abril de 2020 y septiembre de 2021.

Los datos del estudio fueron recopilados de 85 solicitudes de Libertad de Información (FOI, por sus siglas en inglés) de NHS Trusts, fideicomisos del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido.

Los resultados arrojaron que más de 1 de cada 17 mujeres (alrededor de 20 diarias) que se sometieron a un aborto casero con medicamentos durante el período de 18 meses tuvieron que ser hospitalizadas para tratar con los efectos secundarios.

²³ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42125>

Kevin Duffy, el consultor independiente que dirigió la investigación dijo: «Esta es la inquietante verdad sobre la atención del aborto durante la pandemia que los proveedores no han informado al gobierno.

Esta investigación expone la realidad de lo que han pasado miles de mujeres que experimentaron embarazos en crisis durante la pandemia. Demuestra claramente lo que debe cambiar y por qué el gobierno no debe hacer permanente la telemedicina para el aborto casero. Ha llegado el momento de ponerle fin».

Según el informe, «las estadísticas oficiales del DHSC (Departamento de Salud y Asistencia Social) para 2020 muestran una tasa de complicaciones del 1.1% para todos los abortos con medicamentos».

Una nota de pie de página señala: «Las complicaciones totales incluyen: hemorragia, perforación uterina, sepsis y/o desgarro cervical y son las reportadas hasta el momento del alta. Por lo tanto, es posible que no se registren las complicaciones que ocurren después del alta».

La investigación de FOI encontró que el 5.9% de las mujeres requirieron tratamiento debido a abortos incompletos, es decir, cuando las mujeres retienen partes de sus bebés abortados.

Además, se encontró que «el 3% de las mujeres requieren una evacuación quirúrgica» después de un aborto fallido con medicamentos, y «el 2.3% de las mujeres que se someten a un aborto inducido con medicamentos son posteriormente tratadas en un hospital del NHS por hemorragia».

En marzo de este año, Philippa Stroud, miembro de la Cámara de los Lores, la cámara alta del Parlamento de Reino Unido, dijo que existía una tasa de complicaciones mucho más elevada de la que se llega a conocer.

«Entre abril y junio de 2020, de los 23.000 abortos en el hogar, estos formularios informaron solo una complicación, pero las solicitudes de FOI a solo seis hospitales durante el mismo período sugirieron que las mujeres se presentaban debido a complicaciones a una tasa cinco veces superior a lo informado por el Departamento de Salud y Asistencia Social», dijo.

La portavoz del grupo provida Right To Life UK, Catherine Robinson, lamentó que el «estudio reciente revelara que más de 10.000 mujeres han necesitado tratamiento hospitalario luego del uso de píldoras de aborto con medicamentos desde marzo de 2020».

«De manera preocupante, la falta de una consulta o seguimiento de rutina, en persona, en el caso de un aborto ‘en el hogar’, probablemente se suma a los riesgos significativos del uso de píldoras de aborto para la salud y seguridad de mujeres y niñas a través del país», dijo.

«Estos números y la incapacidad o falta de voluntad del DHSC para mantener registros precisos de las complicaciones son horribles, pero lamentablemente no son sorprendentes», añadió.

Por su parte, Michael Robinson, Director Ejecutivo de la Sociedad para la Protección del Niño por Nacer (SPUC) del Reino Unido dijo que «este informe devastador confirma lo que SPUC ha dicho todo el tiempo: que el aborto casero no es seguro ni simple».

«A principios de este año, un informe reveló que las llamadas de ambulancia por complicaciones del aborto aumentaron en un 54% en 2020, según informó SPUC, lo que considera una alarma de que las mujeres estaban en riesgo por el aborto casero.

«Estos son los hechos, confirmados por numerosos informes, así como por evidencias anecdóticas que los grandes medios de comunicación y el Gobierno han continuado ignorando», sostuvo.

Finalmente, dijo que «una vez más, SPUC hace un llamado al gobierno para que cese, con efecto inmediato, los peligrosos servicios de aborto en el hogar».

«Debemos proteger a los no nacidos y debemos proteger a las mujeres», concluyó.

Tras años compitiendo en natación masculina, ahora arrasa como trans contra mujeres en liga femenina²⁴



Will Thomas, antes y después de la transformación que le permitió competir como hombre en la liga femenina de natación.

ReL, 07 diciembre 2021

Primero fue el ex marine **Boyd Burton**²⁵ pateando a una mujer en Artes Marciales Mixtas. Luego llegó el caso del neozelandés **Gavin Hubbard** con su extraordinaria facilidad para el levantamiento de pesas. Ahora, las chicas del equipo de natación de la Universidad de Pennsylvania observan como **Will Thomas** se incorpora a la competición universitaria bajo la apariencia y nombre de “Lia”, **reventando todos los récords de la categoría femenina.**

Según informaba esta mañana el digital *Daily Mail*²⁶, el joven transgénero de 22 años **acaba de romper dos marcas históricas de natación en los Estados Unidos.**

²⁴ <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/255955492/Anos-natacion-masculina-arrasa-trans-contra-mujeres.html>

²⁵ <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/909306367/competicion-enfermiza-veterano-trans-ejercito-destroza-luchadora-artes-marciales.html>

²⁶ <https://www.dailymail.co.uk/news/article-10282301/Transgender-UPenn-swimmer-Lia-Thomas-smashes-records-weekend-meets-14-SECONDS-ahead-rival.html>

Fue el pasado fin de semana, en Ohio (EEUU), durante la competición Zippy Invitational en la Universidad de Akron, cuando Thomas **se impuso en la categoría de 1650 yardas libres (1500 metros)**.



Will Thomas (derecha) junto a su compañera del equipo femenino, Hannah Liu.

Thomas superó la prueba con un tiempo de 15 minutos y 59 segundos, con una diferencia de 38 segundos sobre su rival más cercana, Sofía Kalandaze.

Y sin embargo esta no fue la única cifra considerada “histórica” por las autoridades deportivas del estado.

El viernes, el nadador **superó la competición de 500 yardas estilo libre (450 metros) en 4 minutos 34 segundos** y el sábado se impuso en la de **200 (180 metros)** que realizó en tan solo 1 minuto 41 segundos: siete por delante de su rival más cercana. Esta marca supone **el tiempo más rápido en la historia de la categoría femenina en los Estados Unidos**.



Will Thomas, antes de comenzar la transición que le permitiría competir como hombre biológico en una competición femenina.

Su primera temporada transgénero

Esta es la primera temporada en la que Will “Lía” Thomas compite en la categoría femenina.

Anteriormente, **participó en el equipo masculino durante tres temporadas** y lleva practicando la natación desde los cinco.

Durante el curso 2018/2019, Will fue el **segundo del equipo de la All-Ivy League en las 500, 1.000 y 1650 yardas estilo libre**. En 2019-20 compitió en cuatro de los ocho eventos de temporada.

El 16 de noviembre fue la última vez que se tuvo constancia de su participación en la modalidad masculina, relata *Outkick*²⁷.

Se desconoce cuándo Thomas comenzó a someterse a la transición, pero las reglas de la **NCAA** (*National Collegiate Athletic Association*) establecen que **un hombre transgénero tiene que someterse a un año de tratamiento de supresión de testosterona** pueda competir en la categoría femenina.



Thomas ganó los 1.500 metros estilo libre en un tiempo récord de 15 minutos y 59 segundos, venciendo a su rival Anna Sofia Kalandaze (en la foto), por 38 segundos.

A principios de este año, Thomas afirmó que se sentía agradecido de poder seguir nadando y declaró a *Penn Today*²⁸ que “el proceso de salir del armario como trans y seguir nadando fue muy incierto”.

“Ser trans no ha afectado mi capacidad para practicar este deporte y poder continuar es muy gratificante”, añadió.

A medida que Thomas continúa batiendo récords en eventos femeninos, **la indignación social se incrementa por momentos**, comenzando por la entrenadora de rendimiento deportivo Linda Blade. “¡Claro que se están

²⁷ <https://www.outkick.com/transgender-penn-swimmer-lia-thomas-smashes-more-records-at-akron-event-ncaa-titles-appear-certain/>

²⁸ <https://pennathletics.com/news/2021/12/4/womens-swimming-and-diving-womens-swimming-diving-in-second-place-after-two-days-at-zippy-invitational.aspx>

rompiendo los récords de las mujeres! Lia compitió como hombre durante los primeros tres años en la NCAA, y eso no está bien”, declaró.

Suiza autoriza el uso de la primera cápsula para suicidio asistido²⁹

El invento del australiano Philip Nitshke, que emplea nitrógeno para matar a la persona en su interior, ha pasado la revisión legal para poder ser usada en el país helvético



Sarco, la cápsula de suicidio asistido que te mata con nitrógeno.LA RAZÓN (CUSTOM CREDIT) CORTESÍA DE EXIT INTERNATIONAL.

ALFREDO BIURRUN, 07-12-2021

Si uno quiere hacerse una idea de cómo va el mundo no tiene más que recordar una escena de la serie de humor Futurama en la que el protagonista se encontraba en el año 3.000 con que las cabinas de **suicidio asistido**³⁰ eran habituales en la calle, como un servicio público más. Resulta que no vamos a tener que esperar tanto y **lo que en 1999 parecía una idea tronchante por absurda, va a ser una realidad a partir de 2022 en Suiza.**

Según informa el medio **Swissinfo.ch**,³¹ la ONG Exit International ha completado la “revisión legal” para el uso de la cápsula en Suiza sin que haya

²⁹ <https://www.larazon.es/tecnologia/20211207/ojq4upnfbrc77ga6ko4oyxr5vq.html>

³⁰ <https://www.larazon.es/sociedad/20201217/5dlizuboabevjhqpn2webh2iqi.html>

³¹ <http://swissinfo.ch/>

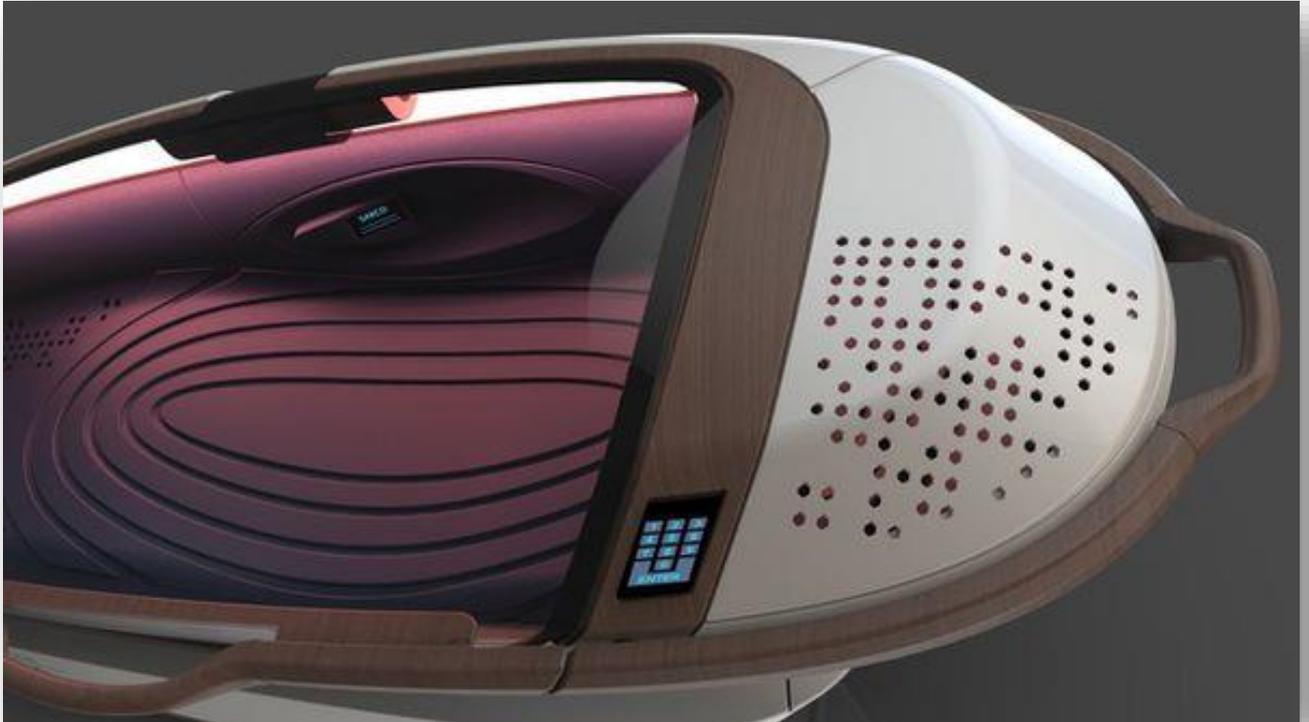
encontrado ningún obstáculo. “No hay problemas legales en absoluto”, ha indicado Philip Nitschke, médico y fundador de la organización no gubernamental que ha llevado a cabo el desarrollo y fabricación de la cápsula.



Exit International prepara un nuevo modelo que estará listo en 2022. FOTO: LA RAZÓN (CUSTOM CREDIT) CORTESÍA DE EXIT INTERNATIONAL.

Sarco, que es como se llama el invento, es una **cápsula fabricada mediante impresión 3D y emplea nitrógeno para terminar con la existencia del suicida**. No requiere la intervención de ninguna otra persona y el “usuario”, una vez se encuentra en el interior de la cápsula, no tiene más que mover una palanca para que el compartimento se inunde de nitrógeno. De esta forma, **el nivel de oxígeno se reduce del 21% al 1% en sólo treinta segundos provocando la muerte en un plazo de entre cinco y diez minutos**. El sistema puede activarse también con un parpadeo en el caso de que la persona en su interior padezca algún tipo de parálisis que le impide accionar manualmente el mecanismo.

“La persona se sentirá un poco desorientada y puede sentirse ligeramente eufórica antes de perder el conocimiento. La muerte se produce por hipoxia e hipocapnia, privación de oxígeno y dióxido de carbono, respectivamente. **No hay pánico ni sensación de ahogo**” ha relatado Nitschke a Swissinfo.ch.



Detalle de Sarco. FOTO: LA RAZÓN (CUSTOM CREDIT) CORTESÍA DE EXIT INTERNATIONAL.

Unas 1.300 personas eligieron terminar con su vida mediante suicidio asistido en Suiza durante 2020, dónde esta práctica es legal siempre que no haya motivaciones egoístas detrás. El método que proporcionan las principales organizaciones que allí prestan estos “servicios” es la ingestión de **pentobarbital sódico líquido**. Con este método, la persona se duerme en un plazo de entre dos y cinco minutos. A continuación, cae en coma profundo y poco después fallece.

Nitschke, que fue el primer médico en aplicar la eutanasia legal en los Países Bajos tras su legalización en 2001, ha explicado que **Exit International cuenta con dos modelos fabricados de Sarco y un tercero en proceso que estará listo para su uso en 2022**. El primero de esos modelos se encuentra actualmente en el Museo de Cultura Sepulcral de Kassel, localidad alemana,

mientras que el segundo no resultó ser “estéticamente agradable”, por lo que el propio Nitschke desincentiva su uso.



Sarco, al natural, en el Museo de Cultura Sepulcral de Kassel, Alemania. FOTO: LA RAZÓN (CUSTOM CREDIT) CORTESÍA DE EXIT INTERNATIONAL.

Por lo demás, todo son beneficios para el inventor de Sarco: “la máquina se puede remolcar a cualquier lugar para la muerte. Puede ser en un entorno idílico al aire libre o en las instalaciones de una organización de suicidio asistido, por ejemplo. La persona entrará en la cápsula y se acostará. **Es muy cómodo.** Se le hará una serie de preguntas y cuando haya respondido, podrá presionar el botón dentro de la cápsula activando el mecanismo cuando él decida hacerlo”.

La aspiración de Philip Nitschke es que todo el proceso pueda ser llevado a cabo por el suicida sin que tenga lugar ninguna revisión psiquiátrica, como es preceptivo bajo la actual legislación. **“Nuestro objetivo es desarrollar un sistema de detección de inteligencia artificial para establecer la capacidad mental de la persona.** Naturalmente, hay mucho escepticismo, especialmente por parte de los psiquiatras. Pero nuestra idea conceptual

original es que la persona haría una prueba “online” y recibiría un código para acceder al Sarco” ha declarado Nitschke a Swissinfo.ch.

El Papa pide a los sanitarios «mirar a las personas a los ojos, considerarlas en su sufrimiento sin trivializarlas nunca»³²



En una entrevista concedida a la revista «50mila volti», editada por la Cooperativa OSA, , Operatori Sanitari Associati, el Papa alienta su labor por la ayuda que ofrece a muchas personas «para atravesar su oscuridad, para no sentirse solos».

7/12/21

(Vatican.news/InfoCatólica) El Papa reflexionó sobre algunas palabras clave relacionadas con la salud, la vejez y la enfermedad: ámbitos en los que la Cooperativa OSA, Operatori Sanitari Associati (Agentes Sanitarios Asociados), trabaja desde hace al menos 35 años, dedicándose a la asistencia y el cuidado de pacientes cuyas vidas se relatan a menudo en la revista «50mila volti» (50 mil rostros). Entre las páginas hay una entrevista con Francisco, que indica en la «ternura», uno de los términos para dar aún más valor a la atención sanitaria. «El camino por el que Dios se ha hecho presente en la vida de todo hombre, sobre todo a través de Jesús».

Sin embargo, la ternura indica la cercanía no sólo por la competencia, sino sobre todo por la participación en la vida concreta de las personas. Es una cercanía entendida como compartir, proximidad, cuidado y amor. Espero que la gran prueba que hemos vivido en la pandemia nos haya hecho anhelar una nueva cercanía entre nosotros. Una nueva ternura.

³² <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42136>

El encuentro entre fragilidades

El Papa se detiene en los niños y los ancianos, «principales ciudadanos de las periferias existenciales» de una sociedad centrada en la productividad. «Sus vidas», dice, «se perciben como inútiles. Creo, en cambio, que el encuentro generacional entre los niños y los ancianos debe ser colmado por una cultura que sepa hacer encontrar e integrar este tipo de fragilidad». Se trata, explica Francisco, de «una cuestión humana».

Sólo cuando volvamos a preocuparnos sobre todo por los marginados daremos una señal de cambio real. Cuando trabajemos para que ya no haya un conflicto generacional, sino que encontremos el valor de unir a los jóvenes y a los mayores, a los niños y a los ancianos, sólo entonces experimentaremos una nueva calidad de vida en la sociedad.

Mirar, escuchar y cuidar

La Cooperativa Osa atiende a las personas a domicilio, en la intimidad de su casa, una dimensión de atención afectuosa. Para el Papa, la casa «no es simplemente un lugar, es sobre todo relación» que aporta una nueva fuerza para afrontar la prueba. «Esto no significa», explica Francisco, «que los centros sanitarios sean inútiles, pero deben convertirse en la extrema ratio en la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento. El Papa elogia el trabajo realizado «porque hace posible experimentar el dolor y la enfermedad en un entorno ciertamente más acogedor, más humano y más capaz de humanizar incluso una parte de la vida que, precisamente por ser difícil, nos hace sentir más solos, más incomprendidos y más vulnerables».

A la luz de su reciente experiencia en el hospital, Francisco sugiere algunas reglas sencillas para los trabajadores de la salud pero que, en esencia, conciernen a quienes viven su servicio y trabajan de manera humana. «Mirar a las personas a los ojos, considerarlas en su sufrimiento sin trivializarlas nunca, y luego escuchar para que estas personas puedan confiar a alguien el sufrimiento que padecen, las dificultades que tienen». Para el Papa, «el hogar no es simplemente un lugar, es sobre todo una relación que aporta nuevas fuerzas para afrontar la prueba. Esto no significa -explica Francisco-, que los centros sanitarios sean inútiles, pero deben convertirse en el último recurso en la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento».

El Papa elogia el trabajo realizado «porque hace posible experimentar el dolor y la enfermedad en un entorno ciertamente más acogedor, más humano y más capaz de humanizar incluso una parte de la vida que, precisamente por ser difícil, nos hace sentir más solos, más incomprendidos y más vulnerables». A la luz de su reciente experiencia en el hospital, Francisco sugiere algunas reglas sencillas para los trabajadores de la salud pero que, en esencia, conciernen a quienes viven su servicio y trabajan de manera humana. «Mirar a la gente a los ojos, considerarla en su sufrimiento sin

trivializarla nunca», y luego escuchar para que «esas personas puedan confiar a alguien el sufrimiento que padecen, las dificultades que tienen». Por último, los cuidados «deben traducirse en una forma de ofrecer ayuda, apoyo y servicios profesionales jamás violenta, jamás previsible y jamás mecánica».

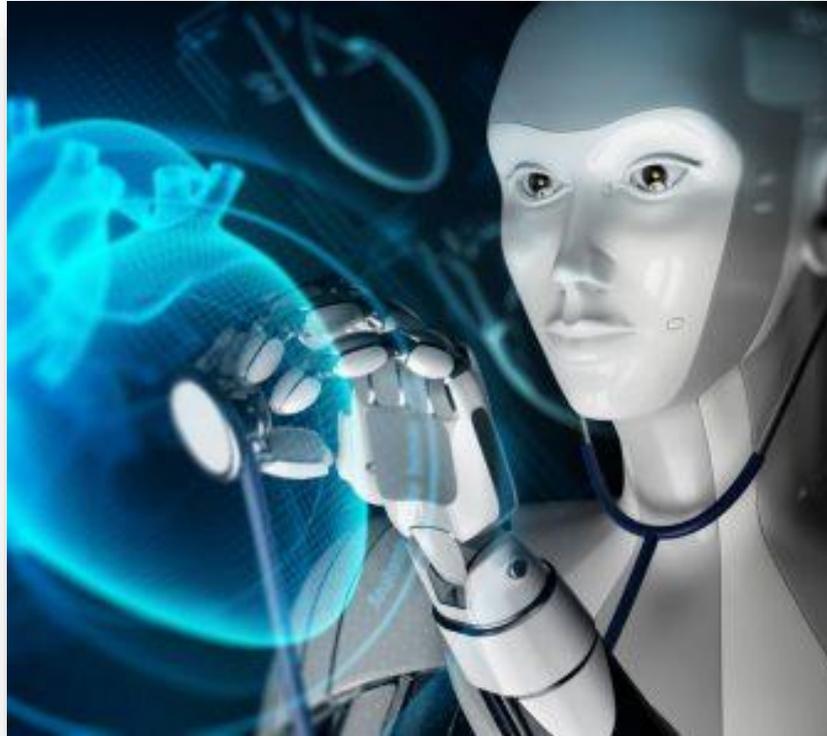
Todos necesitamos un Cireneo

La última pregunta formulada al Papa se refiere al dolor y a la muerte. Francisco subraya que, incluso sin mencionar a Cristo, es imposible prescindir de él y de su experiencia. Recuerda que a menudo «los discursos, en lugar de servir de ayuda o consuelo, provocan aún más sufrimiento», es necesario «no huir, permanecer cerca» en los momentos de prueba, «ante el escándalo del dolor inocente, el escándalo del dolor de un niño». También es necesario evitar la tentación de aislarse porque «cuanto más sufrimos, más sentimos que también necesitamos un cirineo que nos ayude a llevar nuestra cruz».

Dios siempre encuentra la manera de hacerse presente en nuestras vidas, incluso cuando sentimos que está lejos o nos sentimos abandonados. Esta es nuestra fuerza. Y aunque no lo sepamos, la Pascua ya está actuando en esa oscuridad. Sólo con el tiempo nos damos cuenta de que hay una luz oculta incluso en la oscuridad más profunda. Mientras esperamos a darnos cuenta de ello, sólo podemos seguir ayudándonos mutuamente.

«Gracias por lo que hacen, porque ayudan a muchas personas a atravesar su oscuridad, a no sentirse solos, a no desanimarse y a poder vivir y atravesar lo que nunca podrían vivir o afrontar solos», concluyó el Papa.

Robots conectados a depósitos de neuronas vivas. Valoración bioética de la computación neuromórfica³³.



OBSERVATORIO DE BIOETICA UCV, 23 noviembre 2021

Estamos muy lejos de producir una computación neuromórfica real, esto es, capaz de sinapsis similares a las que operan en el cerebro humano. Hoy por hoy, la idea de una hibridación entre la inteligencia humana y la inteligencia artificial es inviable.

1. Physical Reservoir Computing

En octubre de 2021, **diversos medios**³⁴ (Piacente) (Biurrun) se hicieron eco de una noticia con implicaciones bioéticas de largo alcance: la producción de «depósitos físicos» de neuronas cultivadas a partir de células vivas que, conectados a un ordenador, le permitían desarrollar señales coherentes en el contexto de estados desorganizados o caóticos (**ver más**³⁵).

³³ <https://www.observatoriobioetica.org/2021/11/robots-conectados-a-depositos-de-neuronas-vivas-valoracion-bioetica-de-la-computacion-neuromorfica/37448>

³⁴ <https://www.larazon.es/tecnologia/20211028/fprtojzvvd73dp4ow5xjffjmu.html>

³⁵ <https://tendencias21.levante-emv.com/crean-robots-inteligentes-que-se-alimentan-de-neuronas-vivas-para-actuar-como-humanos.html>

Una reciente investigación llevada a cabo en la Universidad de Tokio por el equipo del profesor Hirokazu Takahashi (Takahashi et al) ha mostrado, en efecto, que tales depósitos son capaces, mediante estimulación eléctrica, de enseñar a un robot a realizar tareas concretas y a solucionar, como lo haría un cerebro humano, problemas tales como el de la navegación a través de un laberinto tras reconocer el entorno y disponer de información sobre la misión a cumplir.

En el estudio citado, el ordenador encargado de «guiar» al robot se «alimentó» de un cultivo de neuronas producido a partir de células humanas vivas, que brindaron señales en forma de estímulos eléctricos y transmitieron los esquemas de pensamiento humanos al sistema (Piacente, 2021). El circuito de retroalimentación interna para producir una salida coherente mantuvo el estado interno del cultivo neuronal viviente y esta propiedad, similar a la homeostasis, se utilizó para dirigir el robot hacia la meta en el laberinto. Cuando el robot encontró obstáculos y/o perdió la dirección hacia la meta en el laberinto, los estímulos perturbadores rompieron el equilibrio homeostático y desencadenaron conductas exploratorias. Por lo tanto, la capacidad de resolver laberintos surgió tanto de generar una propiedad de tipo homeostático como de romper el equilibrio homeostático (Takahashi et al).



En realidad, la capacidad de la inteligencia artificial para «aprender» (*machine learning*) no es una novedad y sus hitos son cada vez más frecuentes gracias a la aplicación de protocolos de *deep learning*, esto es: de protocolos que permiten a las máquinas generar algoritmos, además de por inducción y refuerzo, por la superposición de capas de unidades de proceso (neuronas artificiales) que detectan determinadas características de los objetos percibidos. Es así como funcionan, por ejemplo, los robot aspiradores que, autónomamente, «reconocen» y «aprenden» los rincones de nuestra casa para desempeñar eficazmente su tarea evitando muebles y otros obstáculos.

Pero el estudio de la Universidad de Tokio al que nos referimos aporta una novedad radical, pues provoca el aprendizaje del robot por estimulación eléctrica del cultivo de neuronas al que se halla conectado. En cierto sentido, este ensayo «hace pensar» a la máquina.

Hacer pensar a las máquinas es, sin duda, el objetivo que persigue la Physical Reservoir Computing (PRC por sus siglas en inglés), una rama de la neuromorfología que se orienta a la interpretación de señales cerebrales mediante esquemas computacionales (*framework*) deducidos a partir de su aparición recurrente en diversos modelos de redes neuronales.

La computación neuromórfica, una vieja aspiración europea. The Human Brain Project

Los resultados obtenidos por Takahashi y su equipo impulsan significativamente la carrera para la creación de máquinas de **Inteligencia Artificial**³⁶ (AI por sus siglas en inglés) que piensen como lo hacemos los humanos. Acercan, en definitiva, una nueva era de «computación neuromórfica» en la que las inteligencias robóticas serán producidas, no ya por bioimitación, sino por hibridación con soportes neurológicos vivos.

Echando la vista atrás, aunque no demasiado, encontramos que éste era ya el objetivo de iniciativas como The Human Brain Project (HBP por sus siglas en inglés), un proyecto impulsado por la Comisión Europea en el marco de su programa de incentivación a la investigación de «Tecnologías Emergentes y Futuras (FET–Flagships)» en el ámbito de la información y las comunicaciones. Para lograr su objetivo, HBP realiza simulaciones detalladas, desde el punto de vista biológico, del cerebro humano completo. Además, diseña y produce las tecnologías de supercomputación, modelización y computación necesarias para llevar a cabo dichas simulaciones. A medio plazo, se espera que éstas puedan servir a la producción de herramientas para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cerebrales y para la creación de prótesis biónicas destinadas a personas con discapacidad. Pero el objetivo de HBP es, también, la creación de una «nueva clase de tecnologías de la información de baja energía con una inteligencia similar a la del cerebro y una nueva generación de robots inteligentes» (Universidad Politécnica de Madrid). Y eso da más que pensar.

2. ¿Es posible, hoy en día, un sistema neuromórfico artificial?

Más allá de sensacionalismos propios de titulares periodísticos de escaso valor académico -de los que este Observatorio se aleja por razones obvias- lo cierto es que estamos muy lejos de producir una computación neuromórfica real, esto es, capaz de sinapsis similares a las que operan en el cerebro humano. Hoy por hoy, la idea de una hibridación entre la inteligencia humana y la inteligencia artificial es inviable.

Ahora bien: la convergencia de disciplinas como la nanotecnología, la biotecnología, las ciencias cognitivas y las ciencias de la información

³⁶ <https://www.observatoriobioetica.org/2021/07/la-inteligencia-artificial-como-problema/36540>

(NBIC) ofrece resultados exitosos que parecen moverse en una doble dirección: la tecnogénesis de lo humano y la antropogénesis de lo artificial. Quizá, por ello, no es descabellado preguntarse cómo se producen y cuándo convergerán los procesos evolutivos que conducen a la hibridación entre el ser humano y el ser artificial, bien sea en el *cyborg*, un humano mejorado con órganos y sentidos artificiales (Aznar & Burguete), bien sea en el humanoide, un robot que incorpore sentidos humanos y una AI con estructura neuronal. Zora, Pepper, Kirobo o Nina, son ya realidades de robots que anticipan al humanoide, en la medida en que son capaces de recordar anécdotas y percibir sentimientos en sus interlocutores humanos.

3. Somatechnics

Llama la atención que este horizonte distópico constituya, para algunos, una meta deseable. La explicación puede deberse a que, ciertamente, el hombre es más que naturaleza y su evolución no podría explicarse si apelar a la tecnología que él mismo ha creado.

Con independencia de su estadio evolutivo, en efecto, las sucesivas especies de homínidos han compartido la capacidad de utilizar conscientemente las herramientas como una extensión de su propio cuerpo. Todas las especies del género *homo* han sido transformadoras (o mejor, «humanizadoras») de su entorno mediante el uso y fabricación de utillajes. Pero, al tiempo que la tecnología humana transformaba el mundo, también ha transformado al propio hombre. Para etiquetar este fenómeno, se ha empleado el concepto *somatechnics*, que expresaría que el hombre no es sino tecnología encarnada (Echarte). Y algo de verdad hay en ello. El mantenimiento y uso del fuego por parte de las evoluciones euroasiáticas de *homo erectus*, por ejemplo, permitió su acceso a la caza mayor y a la cocción de los alimentos. Esto provocó un cambio en su dieta que favoreció el crecimiento de su capacidad craneal y, en consecuencia, la ampliación de sus resortes intelectuales y espirituales (Rukang & Shenglong). También los de su descendencia. Además, al abandonar la economía de subsistencia basada en el merodeo, dispuso de más tiempo para el ocio que dedicó a la reflexión y a la vida social y familiar.

Que nuestro cuerpo participa activamente en la recepción de las modificaciones tecnológicas y biomédicas lo evidencian, también, las propiedades plásticas del sistema nervioso central (Echarte, 2012 , pág. 39). Por eso, para algunos carece de sentido tildar de antinatural la hibridación de lo humano con lo artificial pues, en último término, nuestra naturaleza nunca fue otra cosa que tecnología encarnada. Hoy, además, acudimos a *sofbots* para suplantar nuestra identidad en reuniones que se producen a kilómetros de distancia y



nuestras relaciones sociales son cada vez más virtuales que físicas; es habitual, también, que reemplacemos partes de nuestro cuerpo por prótesis que mejoran su operatividad y son más perdurables. Entonces, ¿no sería sensato reemplazar nuestro cuerpo entero por una prótesis biónica más duradera y perfecta? Si la tecnología vive entre nosotros “como uno más entre nosotros”, ¿por qué no puede ser nosotros?

Desde la perspectiva transhumanista, por consiguiente, la hibridación de lo humano con lo artificial es una meta éticamente adecuada. En tanto que racionales, las personas nos definimos por un libre querer que trasciende nuestras inclinaciones y nos concede la facultad de decidir el «dónde» al que queremos dirigirnos como a nuestra meta o fin (Spaemann, 1989, pág. 46). No somos mera pulsión, sino praxis, y por ello estamos destinados, por naturaleza, a rebasar nuestra propia naturaleza. Ahora bien: el transhumanismo parece olvidar que esta máxima se refiere al florecimiento de las virtudes humanas, no a un pretendido imperativo moral de mejoramiento de nuestras capacidades físicas, con ayuda de la tecnología, «para eliminar aspectos no deseados y no necesarios de su condición natural, como son: el sufrimiento, la enfermedad, el envejecimiento e incluso la condición mortal» (Juengst, 1998).

Para el transhumanismo, en efecto, el envejecimiento no reporta ningún beneficio biológico al individuo y la muerte no es sino un efecto colateral y corregible de la selección natural. Todavía más: la expresión de su rotundo fracaso al no haber sido capaz de favorecer mecanismo de reparación, regeneración y renovación de las estructuras biológicas (Dieguez). Frente a la aleatoriedad y margen de error de la selección natural, comparable por sus errores con un «relojero ciego» (Dawkins), los hombres tendríamos la responsabilidad de establecer una «dirección consciente de la evolución», elevando nuestras facultades actuales a nuevas alturas o, incluso, incorporando nuevas facultades» (Huxley, pág. 12). La tecnología, entiende

el transhumanismo, no sólo debería utilizarse para hacer frente a la discapacidad, sino como herramienta para la superación de nuestra vulnerabilidad y el acercamiento hiper capacidades que, tal vez, son incompatible con nuestra naturaleza.

4. Valoración ética del deseo transhumanista de hibridación humano-artificial

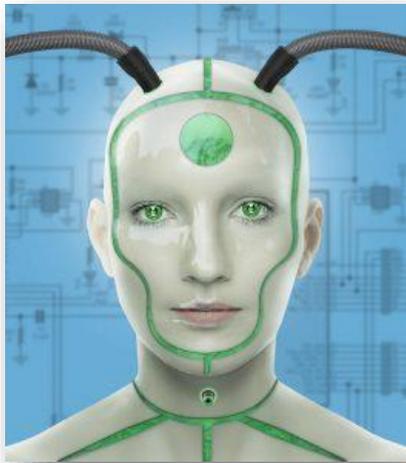
Nuestro Observatorio ha advertido, reiteradamente, sobre los riesgos del biomejoramiento transhumanista (Burguete, 2019). Pues cuando lo natural se presenta como aquello de lo que hay que emanciparse, tiene sentido que termine siendo «lo artificial» quien lleve a cabo la transformación de lo natural en artefactual (Aznar & Burguete). Una inteligencia artificial podrá aprender a través de impulsos eléctricos generados en un cultivo de neuronas, pero nada permite inferir la posibilidad de trasladar a lo artificial la capacidad moral humana de ponderar, adecuadamente, el mandato deontológico con el cálculo consecuencial. Y en un mundo sin más moral que el cálculo algorítmico de la utilidad, no hay lugar para esos factores humanos que, lejos de ser una tara, representan la cualidad constitutiva de nuestra naturaleza: la vulnerabilidad y la dependencia (MacIntyre, pág. 15).

El «ideal de perfección» transhumanista no se refiere, en efecto, al logro de la vida considerado desde la perspectiva del florecimiento personal y de la vida lograda, sino desde la perspectiva de la maximización de las capacidades y propiedades que potencian el bienestar personal y social (Walker). Estas capacidades han sido enumeradas como: inteligencia, memoria, control de los impulsos, previsión, paciencia, humor, empatía, imaginación, simpatía, equidad y honestidad (Savulescu). Si estas capacidades son mejorables bioquímica, genética o quirúrgicamente, cabe preguntarse en qué quedarían la autonomía personal y la conducta virtuosa. En mundo transhumano, la concepción ética que tiene su fundamento en la autonomía moral de los seres racionales quedaría socavada (Habermas, 2001), pues el éxito residiría en vivir en la cima y no, como entendemos los humanos, en acertar con el camino elegido para llegar hasta ella.

Algunos autores (Roduit, Heilinger, & Baumann) sostienen que ambos enfoques, el del logro de la vida humana concebida desde una perspectiva integral y el que se centra, exclusivamente, en las capacidades físicas, no son incompatibles de un modo absoluto. Si fuese posible afirmar que la naturaleza humana tiene en su núcleo un factor diferencial, algo así como un “Factor X” (Fukuyama, 2003), se podrá decir que hay mejoramientos que amenazan potencialmente a ese factor, como los biomejoramientos inducidos farmacológicamente que sustituyen a los hábitos virtuosos y pueden conducir a un consumo adictivo, cuando no a un estado permanente

de apatía y abulia. Pero también los hay que contribuyen a su mantenimiento o mejora. Aun así, habría que delimitar bien en qué consiste dicho factor, lo que equivale a describir adecuadamente el concepto de naturaleza humana distinguiendo si la conciencia es sólo un epifenómeno de la materia, como sostiene el empirismo, o más bien la expresión de nuestra estructura intencional, de nuestra forma substancial o alma. Pero esto es algo que, por evidentes razones de espacio, no podemos abordar en este estudio.

En otro orden de cosas, debería considerarse, además, el hecho de que determinadas limitaciones naturales resultan esenciales para la adecuada adaptación al medio de un ser vivo. Incluso la pérdida de una función puede conducir a la ganancia de otra, como ilustran numerosos ejemplos de los antepasados evolutivos de los animales contemporáneos.



En cualquier caso, la «evolución» en dirección al *cyborg* o al robot humanoide debería someterse a un juicio objetivo sobre su adecuación a los principios de justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia. Pero, sobre todo, sobre su adecuación al criterio de «vida buena» o «vida lograda». Es cierto que, en la actualidad, este juicio no es fácil por la dificultad para consensuar el enfoque del mismo. Pero la historia del pensamiento nos ha mostrado, en repetidas ocasiones, que una verdad no es menos verdad porque el enfoque para su juicio sea problemático en un momento dado.

Entre las dificultades para consensuar el enfoque para un juicio objetivo, destaca el problema del alma humana o, lo que es lo mismo, de nuestra forma substancial o estructura intencional. Por supuesto, las corrientes materialistas niegan su existencia y afirman que la conciencia sólo es un epifenómeno de la materia. Para el monismo, lo humano se reduce a lo biológico y lo biológico a lo físico, por lo que el alma sería sólo una ilusión de la conciencia que cree ser libre cuando, en realidad, está condicionada por la materia, los genes y los reflejos condicionados. Sin embargo, la visión materialista recae en un reduccionismo insostenible al ignorar que las acciones humanas no son un mero acontecer natural, sino actos «intencionales» que responden a una «disposición de ánimo», a un «estar predispuesto» (Spaemann, 2000, pág. 75) previo a cualquier estímulo; antes que estados observables de la materia, nuestras acciones expresan un «estar dirigido» a dichos estados.

Por lo demás, lo importante aquí es que la unión de los actos intencionales con una base neuronal es siempre contingente y fenómenos como la conciencia, el querer y el saber, sólo son lo que son cuando se incluyen en ese «estar predispuesto» y son impregnados por él (Spaemann, 2000, pág. 61). Como la intencionalidad no es un fenómeno físico, ningún repositorio de neuronas vivas puede orientarla. Del mismo modo que las funciones psíquicas no son meros estados de la materia, la intencionalidad no se induce ni se reprime mediante influjos psíquicos, químicos o eléctricos, sino que los precede. Sólo podemos «querer» algo conscientemente porque existe en nosotros una tendencia hacia ello. Sin esta tendencia, todo nos sería indiferente y daría igual querer una cosa que otra (Spaemann, 2000, pág. 70).

La vivencia humana es, pues, «intencionalidad potencial». Conviene, y mucho, distinguir en este punto entre la intencionalidad y la capacidad de elaborar propósitos. A un robot aspirador adiestrado con cultivos neuronales se le pueden inducir propósitos (objetivos o tareas), pero nunca intenciones. Las intenciones no son, como los propósitos, una mera expresión de teleología natural. De serlo, todos los seres naturales capaces de seguir un propósito serían personas, como pretenden las tesis animalistas y quienes demandan una carta de derechos para las AI. Cuando un pájaro atiende a su naturaleza finalista construyendo un nido, ni necesita representarse el nido que construye ni se comunica con otros pájaros sobre el fin que persigue y sobre los medios adecuados para lograrlo (Spaemann, 2000, pág. 73). La construcción del nido por parte de un ave sólo es un acto «proposicional», pero no es un acto intencional, porque no se orienta a la construcción del nido, sino que obedece al instinto del pájaro.

Concluimos, por tanto, que los experimentos de Takahashi deben ser juzgados con cautela. Por un lado, es bueno que abran la puerta a futuras herramientas de diagnóstico y tratamiento de patologías del cerebro; también es bueno que permitan a la computación responder mejor a las necesidades humanas. Si en un futuro cercano los robots se guían por sistemas de AI con estructuras similares a las que caracterizan al pensamiento humano, será más sencillo, en efecto, comunicarse con ellos. Y eso redundará, así lo esperamos, en bienes para la familia humana. Ahora bien: utilizadas con fines transhumanistas, estos experimentos podrían socavar la autonomía moral de los humanos. Y esto no constituiría, en absoluto, un verdadero progreso.



Enrique Burguete
Observatorio de Bioética
Instituto Ciencias de la Vida
Universidad Católica de Valencia

Referencias

- Aznar, J., & Burguete, E. (2020). From Australopithecus to cyborgs. Are we facing the end of human evolution? *Acta Bioethica*, 26(2), 165-177. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2020000200165>
- Biurrun, A. (28 de octubre de 2021). ¿Se puede enseñar inteligencia a los robots? *La Razón*. Obtenido de <https://www.larazon.es/tecnologia/20211028/fprtojzvvvd73dp4ow5xjffjmu.html>
- Burguete, E. (2019). *A vueltas con el transhumanismo*. Valencia: Observatorio de Bioética UCV. <https://www.observatoriobioetica.org/2018/04/a-vueltas-con-el-transhumanismo/27441>
- Colombetti, E. (2014). Contemporary post-humanism: technological and human singularity. *Cuadernos de bioética*, 25(85), 367-378.
- Dawkins, R. (1988). *El relojero ciego*. Barcelona: Labor.
- Dieguez, A. (2017). *Transhumanismo. La búsqueda tecnológica del mejoramiento humano*. Barcelona: Herder.
- Echarte, L. (2012). Neurocosmética, transhumanismo y materialismo eliminativo: Hacia nuevas formas de eugenesia. *Cuadernos de Bioética*, XXIII(1), 37-51.
- Fukuyama, F. (2003). *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*. London: Macmillan.
- Habermas, J. (2001). *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?* . Barcelona: Paidós.
- Huxley, J. (1949). *Ensayos de un biólogo* . Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Juengst, E. (1998). What Does Enhancement means? En P. E, *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implication* (págs. 29-47). Washington D.C: Georgetown University Press.
- MacIntyre, A. (2001). *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes* . Barcelona: Paidós.
- Piacente, J. (27 de octubre de 2021). Crean robots inteligentes que se alimentan de neuronas «vivas» para actuar como humanos. *Tendencias. Tecnología e innovación*. Valencia: Levante, el mercantil valenciano. Obtenido de Roduit, J., Heilinger, J., & Baumann, H. (2015). Ideas of Perfection and the Ethics of Human Enhancement. *Bioethics*, 29, 622-630. <https://tendencias21.levante-emv.com/crean-robots-inteligentes-que-se-alimentan-de-neuronas-vivas-para-actuar-como-humanos.html>

- Rukang, W., & Shenglong, L. (1983). El hombre de Pekín. *Investigación y ciencia*, 83, 48-57.
- Savulescu, J. (2007). In Defence of Procreative Beneficence. *J Med Ethics*, 33, 284–288.
- Savulescu, J. (2007). In Defence of Procreative Beneficence. *J Med Ethics*, 33, 284–288.
- Spaemann, R. (1989). *Lo natural y lo racional*. Madrid: Rialp.
- Spaemann, R. (2000). *Personas. Acerca de la distinción entre «algo» y «alguien»*. Pamplona: Eunsa.
- Takahashi, e. a. (26 de october de 2021). Physical reservoir computing with FORCE learning in a living neuronal culture featured. *Appl. Phys. Lett.*, 119(17). doi:<https://doi.org/10.1063/5.0064771>
- Universidad Politécnica de Madrid. (2013). *El proyecto cerebro humano*. Madrid: UPM. Obtenido de <http://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gabinete%20del%20Rector/Notas%20de%20Prensa/2011/2011-05/documentos/DossierTheHumanBrainProject.pdf>.
- Walker, M. (2002). Obtenido de What is Transhumanism? Why is a Transhumanist?: <https://whatistranshumanism.org/>
- Walker, M. (2002). What is Transhumanism? Why is a Transhumanist? Obtenido de <https://whatistranshumanism.org/>
- Weber, M. (1992). Weber M. The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism. *Routledge*, 181-183.

Faut-il arrêter la recherche scientifique ?³⁷



Publié le 9 Déc, 2021

Jacques Testart est intervenu dans le débat « Déconfinons les sciences » organisé par Sciences Critiques, le 6 novembre 2021 à Paris. Après avoir dénoncé que la pandémie de Covid-19 ait donné lieu à la « perpétuation du solutionnisme technoscientifique », il y développe l'idée de « décroissance ». Gènéthique retranscrit cette partie de son intervention.

Tout comme la croissance économique qui arrive à un plafond, l'activité de recherche devra rompre avec la croyance que ses voies et son intensité sont sans limites, une croyance pourtant contredite par la programmation thématique officielle qui ignore des voies possibles (la recherche « non faite ») comme par les continuelles restrictions budgétaires. La récente crise sanitaire s'ajoute au désastre environnemental pour révéler à beaucoup que les besoins des populations et de notre espèce ne doivent pas être calqués sur les choix financiers et court-termistes des industriels. (...)

³⁷ <https://www.genethique.org/faut-il-arreter-la-recherche-scientifique/>

Faut-il arrêter la recherche ?

Dans sa célèbre intervention au CERN en 1972, le mathématicien Alexandre Grothendieck³⁸ refuse l'implication du militaire dans la recherche scientifique et affirme qu'il faut désacraliser la science pour aller vers « *un changement de civilisation* ». Il ajoute « *je pense même que la science la plus désintéressée qui se fait dans le contexte actuel, et même la plus éloignée de l'application pratique, a un impact extrêmement négatif* ». L'héritage de Grothendieck est souvent revendiqué par des groupes contestataires mais il semble qu'aucun ne cautionne son radicalisme extrême en rejetant globalement toutes les thématiques possibles de recherche.

Ainsi le biophysicien François Graner invité par le groupe *Pièces et main d'œuvre* (PMO) termine un long développement sur les faillites scientifiques dans la récente pandémie par une conclusion plus générale : « *Il nous faut d'urgence, écrit-il, déterminer et imposer un cadre de valeurs permettant d'anticiper et de trier à la fois les pistes de recherches et leurs applications, pour en réfréner toute la démesure, en couper tous les liens non seulement avec la guerre des humains entre eux, mais aussi avec la guerre des humains contre le vivant ; et engager l'humanité vers la diminution consentie de l'effort global de recherche et des inégalités. En sommes-nous capables ? Si non, la question lucide de Grothendieck se pose sérieusement : devons-nous arrêter de faire de la recherche scientifique ?* ».

Proche de PMO, le groupe Oblomoff reconnaît également que toutes les recherches ne peuvent pas être rejetées³⁹ et écrit : « *Certes, un corpus de connaissances rigoureusement établi sera toujours indispensable, tout comme l'élaboration de techniques au service des communautés humaines* ».

Après son retrait et durant sa vie d'ermite dans une cabane, Grothendieck a néanmoins poursuivi ses travaux de mathématiques, recherche solitaire sans crédits ni matériels qui serait impossible pour un biologiste moléculaire...mais qui montre qu'il admettait que certaines recherches sont licites.

Une science déconnectée de « l'obsession de croissance » ?

Plutôt que nier l'intérêt de toute recherche on peut imaginer une science qui ne serait pas animée par l'obsession de croissance. Contre ce modèle intenable il faut bifurquer vers une trajectoire soutenable de décroissance, grâce à une « *slow science* » où les recherches scientifiques se placeraient résolument au service des populations et se feraient avec elles (recherche participative). La liberté revendiquée par les chercheurs s'en trouverait sans doute limitée mais alors c'est que cette liberté était abusive puisque l'activité

³⁸ <https://sciences-critiques.fr/allons-nous-continuer-la-recherche-scientifique/>

³⁹ <https://sciences-critiques.fr/pourquoi-il-ne-faut-pas-sauver-la-recherche-scientifique/>

des chercheurs est supposée concourir au bien commun, qu'elle est prise en charge par la société et que ses effets atteignent une puissance démesurée de plus en plus susceptible d'induire des nuisances pour notre espèce.

De plus, nul n'envisage d'empêcher les recherches dites fondamentales, pour une meilleure connaissance du monde, dès lors qu'elles se situent très en amont d'éventuelles applications et qu'un système de vigilance ferait garde-fou aux dérives. Finalement, s'il appartient aux citoyens bien informés de choisir les recherches qu'ils souhaitent soutenir, cette politique révolutionnaire serait aussi le moyen de réenchanter les laboratoires et leurs chercheurs, réduits par les contraintes économiques à être de plus en plus en porte-à-faux avec la société.

La recherche au service du bien commun ?

Ceux qui affirment que les objets de la recherche ne doivent pas être interrogés acceptent pourtant les impasses de la science non faite. Certes il faut faire des choix thématiques mais pas seulement par économie comme aujourd'hui, plutôt parce que certaines recherches ne servent pas le bien commun et que d'autres seraient bénéfiques au mieux-être de la majorité des humains.

Prenons quelques exemples récents concernant la génétique. A propos des modifications du génome humain, grâce à la technologie crispr-Cas, un académicien des sciences écrit « *Alors, pour ou contre ? Pour, si agir sur les génomes se fait dans l'intérêt du plus grand nombre et en particulier des plus nécessaires. Contre, si agir sur les génomes se fait uniquement pour le bénéfice de quelques -uns. Le problème, assure-t-il, n'est plus scientifique, mais économique, juridique et politique.* »⁴⁰. Ce jugement, en apparence humaniste, néglige le fait que la société néo libérale se montre incapable de réaliser une telle équité quand les plus récents traitements peuvent dépasser le million d'euros.

De plus, ce raisonnement fait l'impasse éthique sur ce que signifie le pouvoir de design sur l'espèce humaine : est-ce vraiment dans « l'intérêt du plus grand nombre » ? et il se nourrit des certitudes scientifiques sur la capacité de maîtriser tous les effets des techniques, une croyance démentie par de nombreux travaux qui démystifient cette crispérisation du vivant en montrant ses effets indésirables non maîtrisés : ainsi des mutations hors du site de modification génétique ciblé (cf. CRISPR-Cas9 : des effets « off target » plus nombreux et difficiles à détecter⁴¹), ou la persistance de séquence d'ADN dans le génome modifié, ou encore la chromothripsie⁴², une « forme

⁴⁰ Bernard Dujon, « Nous sommes tous des mutants », Le monde diplomatique, juillet 2017

⁴¹ <https://www.genethique.org/crispr-cas9-des-effets-off-target-plus-nombreux-et-difficiles-a-detecter/>

⁴² <https://www.nature.com/articles/s41467-021-26097-y>

extrêmement dommageable de réarrangement génomique » dans les embryons modifiés.

Pourtant l’OMS indique déjà les bonnes raisons⁴³ de modifier le génome humain, comme si l’organisme onusien souhaitait avancer vers un transhumanisme éclairé. S’agissant de génomes non humains, l’hypothèse désormais solide que la recherche d’un « gain de fonction » du coronavirus, par le laboratoire international de Wuhan (Chine) pourrait être à l’origine de la pandémie covid, devrait être édifiante pour ceux qui doutaient de la nécessité d’abandonner de telles recherches.

La dernière loi de bioéthique : « un boulevard eugénique »

Dernier exemple : la récente loi de bioéthique ouvre un boulevard eugénique à la médecine de la procréation en favorisant la recherche pour la production en laboratoire de gamètes artificiels, avec l’argument rabâché de la connaissance scientifique, mais sans évoquer la perspective d’une sélection généralisée⁴⁴ des enfants parmi des centaines possibles.

La confusion du progrès avec l’innovation épuise l’argumentation éthique et cette loi dite de « bioéthique » annonce une société technocratique, hygiéniste et sécuritaire, d’autant que ses récents ajouts ne constituent qu’une sélection présentable parmi des propositions plus audacieuses des institutions scientifiques et éthiques, propositions qui ne manqueront pas de s’imposer bientôt . Voilà quelques recherches dont nous croyons que l’humanité n’a pas besoin et qu’il faudrait soumettre au jugement bien éclairé des citoyens en les incitant à substituer leurs vrais besoins de recherche à ceux de la machine aveugle de l’innovation.

La tentation d’un techno pouvoir

Il existe de tels besoins dans tous les domaines comme le montre le rapport HorizonTerre⁴⁵ élaboré par plusieurs associations pour proposer des orientations de recherche nouvelles et en rupture avec les propositions du parlement européen (*Horizon Europe*) à forte dominante techniciste qui sous-évaluent dramatiquement l’ampleur et la nature des changements à opérer. Les imaginaires sont largement colonisés par une certaine représentation du monde et de l’avenir où il suffirait de n’utiliser qu’ « à bon escient » les pouvoirs obtenus par la science.

C’est oublier que ces pouvoirs sont acquis au détriment d’autres possibles, d’alternatives crédibles dont ils empêchent l’émergence. Rompre avec cet imaginaire est une première exigence que l’on doit avoir envers des sciences

⁴³ <https://www.who.int/fr/news/item/12-07-2021-who-issues-new-recommendations-on-human-genome-editing-for-the-advancement-of-public-health>

⁴⁴ <http://jacques.testart.free.fr/public/pdf/texte1010.pdf>

⁴⁵ <https://sciencescitoyennes.org/horizon-terre-propositions-pour-une-strategie-alternative-de-recherche/>

qui confortent bien souvent la vision illusoire et pro-croissance des lendemains qui chantent.

Les enjeux de la technoscience, que les optimistes évaluaient il y a quelques décennies selon le principe humaniste de responsabilité (Hans Jonas) se sont vite placés, dans les meilleurs cas, sous le principe juridique de précaution, lequel n'évalue pas les finalités, pour finalement ne plus dépendre que du principe économique d'innovation, le nez sur le guidon de la croissance. Ainsi s'est affirmée la tentation d'un techno pouvoir grâce au scientisme des comités d'éthique, au culot des experts scientifiques, à l'inconscience des politiques, à l'appétit des industriels et à la gourmandise de la population abusée.

Contre ce techno pouvoir, les choix des grandes thématiques de recherche avec et pour les citoyens ne peuvent provenir que de la population, au nom de laquelle se fabrique le supposé progrès. La récente loi de programmation pluriannuelle de la recherche (LPPR) considère la recherche comme une entreprise, la priorité étant donnée à l'innovation compétitive plutôt qu'aux sciences qui permettraient de mieux comprendre le monde ou aux technologies qui l'aideraient à vivre.

C'est pourquoi Sciences citoyennes a proclamé, lors de la discussion de cette loi, le rôle déterminant qui doit revenir dans les choix programmatiques⁴⁶ à des conventions de citoyens, lesquels seraient dénués de conflits d'intérêts et parfaitement éclairés. Donnons à la philosophe Isabelle Stengers⁴⁷ le mot de la fin : « *Pourquoi aujourd'hui le cri "sauvons la recherche !" s'adresse-t-il à un public qui doit se garder de l'idée qu'il pourrait avoir son mot à dire sur les choix de recherche, un public qu'il faut maintenir dans son rôle de bénéficiaire reconnaissant et respectueux ?* ».

⁴⁶ <https://sciencescitoyennes.org/pour-une-recherche-avec-et-pour-les-citoyens-textes-et-contenus-de-reference/?highlight=recherche%20avec%20et%20pour%20les%20citoyens>

⁴⁷ <http://sciencescitoyennes.org/actes-du-colloque-alerte-expertise-et-democratie/>

Marx fundó la ideología de género: no se evidenció por la tardía publicación de su obra clave⁴⁸

«*La ideología alemana*» vio la luz 65 años después de «*El capital*»



Marx y sus hijas, con su amigo Engels. Dos de las hijas de Marx que aparecen en la foto, Laura y Eleanor, revolucionarias y feministas, se suicidaron en la edad adulta, ya muerto su padre.

ReL, 13 diciembre 2021

La **ideología de género** no solo está siendo utilizada por los movimientos neocomunistas para, según su doctrina, "explotar las contradicciones" como instrumento de transformación social, sino que pertenece a los orígenes mismos de la ideología marxista.

Lo explica el escritor y profesor **Paul Krause** en un reciente artículo en *Crisis Magazine*⁴⁹ (los ladillos son de ReL)-

⁴⁸<https://www.religionenlibertad.com/cultura/75108977/marx-fundo-ideologia-genero-tardia-publicacion-obra-clave.html>

⁴⁹ <https://www.crisismagazine.com/2021/marxism-and-the-gender-revolution>

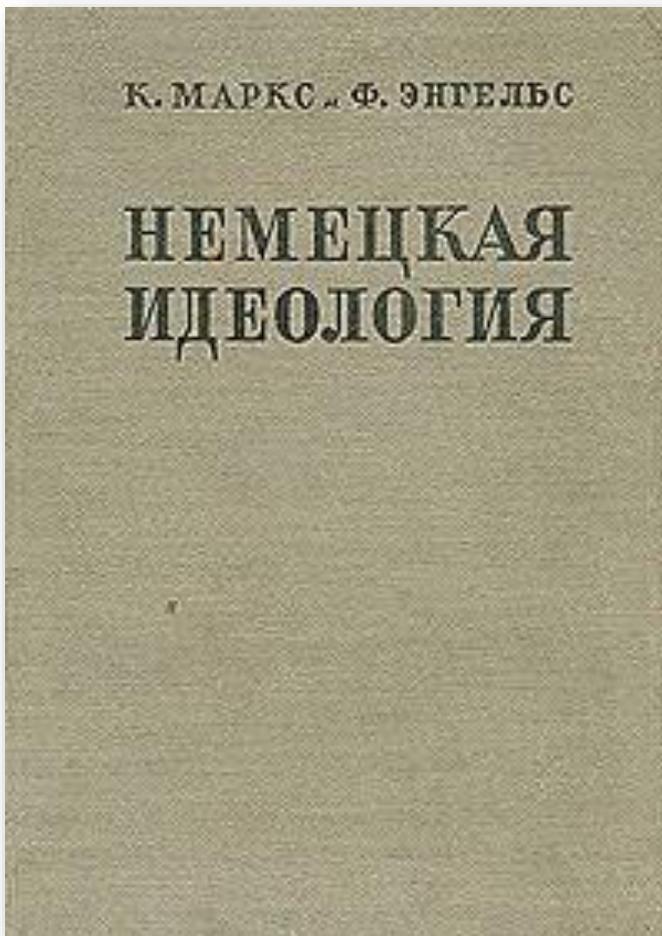
El marxismo y la revolución de género

por Paul Krause en Crisis Magazine

La revolución de género es fundamentalmente marxista.

Tanto si la gente es consciente de ello como si no, **la raíz de la ideología de género es marxista**, y su táctica es la construcción de la sociedad igualitaria a través de la eliminación de la división de género. Y la revolución de género es otra punta del **ataque total a la familia**.

Una obra casi desconocida durante 65 años



La mayoría de la gente conoce a **Karl Marx** por haber escrito *El manifiesto comunista* y posiblemente *El capital*. Menos conocen su obra *La ideología alemana*. Pero *La ideología alemana* sienta las bases de la dialéctica materialista y del movimiento hacia el comunismo.

Solo se menciona una vez, pero el breve comentario de Marx señala cuál es el punto de partida de la desigualdad: **la división sexual del trabajo que es el resultado de la división biológica entre el hombre y la mujer**.

Hablando de cómo la división del trabajo comenzó en las antiguas sociedades tribales y se desarrolló a partir de ahí, desencadenando así la desigualdad que proviene de esta división del trabajo, Marx dice: "Ahí se desarrolló la división del trabajo, que originalmente no era más que la

división del trabajo en el acto sexual, luego esa división del trabajo que se desarrolla espontáneamente o 'naturalmente' en virtud de la **predisposición natural.**"

'La ideología alemana' de Marx y Engels fue escrita en 1845, antes de la publicación de 'El capital' en 1867, pero no se publicó completa por primera vez hasta 1932, cuando lo hizo el Instituto Marx-Engels-Lenin de Moscú. Ninguno de los primeros teóricos del comunismo pudo leer la obra.

El origen de la desigualdad, la división del trabajo, es "la división del trabajo en el acto sexual". Es esta división del trabajo en el acto sexual la que reconoce la distinción entre lo masculino y lo femenino, la que establece la conciencia de la división de la que fluyen todas las divisiones del trabajo posteriores y la creciente desigualdad.

Si el acto sexual y la división entre géneros es la raíz misma de toda desigualdad, el **único medio por el que esta desigualdad puede ser negada** es a través de la androgenización de la naturaleza humana, en la **que la diferencia sexual entre hombre y mujer sea abolida.**

Las marxistas feministas

Las lectoras feministas de Marx, como **Simone de Beauvoir** y **Shulamith Firestone**⁵⁰, aprovecharon esta visión supuestamente profunda de Marx.

En su libro *El segundo sexo*, Beauvoir articuló el punto de vista de que la masculinidad es lo dado **metafísicamente** y la "creación" de la feminidad **somete** las mujeres a los hombres como el otro inferior.

En *La dialéctica del sexo*, Firestone vinculó la opresión de la mujer a la "división sexual del trabajo", en la que la mujer era como el proletariado controlado por el macho capitalista. Firestone, que dedicó su obra a Beauvoir, coincidía con su heroína en que hasta que las mujeres pudieran separarse de los hombres y hacerse con el **control de los medios sexuales de reproducción**, sería imposible que surgiera una sociedad igualitaria y liberadora.

Firestone escribió: "En el caso del feminismo, el problema es moral: **la unidad familiar biológica siempre ha oprimido a las mujeres y a los niños**, pero ahora, por primera vez en la historia, **la tecnología** ha creado condiciones previas reales para **derrocar estas condiciones 'naturales' opresivas**, junto con sus refuerzos culturales. En el caso de la nueva ecología, encontramos que independientemente de cualquier postura moral, solo por razones pragmáticas de supervivencia, se ha hecho necesario liberar a la humanidad de la tiranía de su biología".

⁵⁰ <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/799590803/AExiste-un-feminismo-no-radical-La-historia-del-movimiento-muestra-solo-diferencias-estrategicas.html>

El marxismo economicista

En este sentido, los ideólogos de género, empezando por las feministas marxistas de mediados del siglo XX, fueron **unos lectores más fieles de Marx que cualquiera de sus lectores economistas** de finales del siglo XIX que fundaron los diversos partidos comunistas y socialistas inspirados en los escritos económicos de Marx.

Los lectores masculinos de Marx solo se centraron en la dialéctica económica del capitalismo-proletariado; ninguno prestó atención a la verdadera tipología de la dialéctica material y a la raíz de la desigualdad, que no es el capitalismo, el agrarismo o la esclavitud, sino el acto sexual en sí mismo. ¿Cómo ha ocurrido esto?

La ideología alemana, aunque fue escrita hacia 1846, **no se publicó hasta 1932**. Siguió siendo uno de los escritos inéditos de Marx -como los *Manuscritos económicos*, de 1844- y no estuvo a disposición de los lectores hasta su publicación a principios de la década de 1930.

Los marxistas clásicos de la variedad económica fueron lectores de *El manifiesto comunista* y *El capital*, pero se perdieron **la génesis misma de la ideología marxista, que permaneció desconocida hasta 1932**. Las lectoras feministas de Marx que leyeron *La ideología alemana* pudieron posteriormente tener la visión total del marxismo y su plena comprensión que los marxistas político-económicos del marxismo clásico y sus partidarios implantados no habían tenido.

Contra la familia

Entre los nuevos lectores de Marx se encontraban **pederastas** abusadores sexuales⁵¹ como **Michel Foucault**⁵² y sus afines, que se alinearon con las feministas radicales en la táctica del nuevo marxismo que era, bajo esta nueva luz, el auténtico marxismo que todos, desde **Eduard Bernstein, Vladimir Lenin**⁵³ y **León Trotsky** se habían perdido.

El nuevo marxismo -es decir, el auténtico marxismo- revelado ahora gracias a la publicación de *La ideología alemana*, no hace la guerra contra el capitalismo o las fuerzas económicas en sí, sino contra lo que causó que las fuerzas de la producción económica condujeran a la división -y por tanto a la desigualdad- en primer lugar: **el género y la familia**. (¿No suena familiar?)

⁵¹<https://www.religionenlibertad.com/polemicas/639204208/La-hipocresia-de-la-elite-progre-lapida-a-Matzneff-por-la-pederastia-que-todos-jalearon-desde-el-68.html>

⁵²<https://www.religionenlibertad.com/cultura/46978/por-que-la-izquierda-se-desentendio-de-la-revolucion-social-y.html>

⁵³ https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/34218/moderno-el-aborto-asi-lo-alababa-lenin-hace100-anos-y.html

Para el marxista de género debe haber una guerra total contra todas las ciencias, disciplinas e instituciones que sostienen la distinción de género entre el hombre y la mujer porque, **mientras esta división entre los sexos viva, la desigualdad prosperará** porque la división entre el hombre y la mujer implica que hay una "predisposición natural" a diferentes deseos y talentos que sirve para dividir a los humanos, lo que lleva a la distribución desigual del trabajo, que es el género de la desigualdad.



La familia se convierte en el enemigo a batir por la ideología de género porque en ella según la dogmática marxista, se encuentra el germen de la desigualdad. Imagen: "Papá ya está en casa", de Roger Wilkerson

Después de comentar cómo los orígenes de la desigualdad estaban en el acto sexual, Marx escribió: "Con la división del trabajo, en la que están implícitas todas estas contradicciones, y que a su vez se basa en la división natural del trabajo en la familia y en la separación de la sociedad en familias individuales opuestas entre sí, se da simultáneamente la distribución, y de hecho la distribución desigual... cuya primera forma se encuentra en **la familia, donde la esposa y los hijos son los esclavos del marido**. Esta esclavitud latente en la familia, aunque todavía muy burda, es la primera propiedad, pero incluso en esta primera etapa corresponde perfectamente a la definición

de los economistas modernos según los cuales es el poder de disponer de la fuerza de trabajo de otros."

Por lo tanto, **la familia debe ser destruida por la ideología de género**. La propia noción de familia implica propiedad y distinción en lugar de universalidad e igualdad.

Además, la unidad familiar es la primera estructura que engendra la desigualdad. Porque la familia es la manifestación de la división sexual del trabajo original.

Volvamos a lo que dijo Firestone sobre **que la familia siempre oprime a las mujeres y a los niños**. Está **sacado directamente de Marx**, el recién descubierto Marx del siglo XX.

La guerra contra el género es una guerra contra la familia porque la división sexual del trabajo, que es la raíz de toda desigualdad según Marx, está implantada en la familia, e influye en el Estado y sus leyes.

El sueño del **igualitarismo requiere**, desde la disposición marxista, **la erradicación de la división de género** porque es la división de género la raíz de toda desigualdad.

Aquí es donde **la nueva ideología de género cierra el círculo**. La propia naturaleza del género refuerza la desigualdad que proviene de la división sexual del trabajo.

Adiós a la naturaleza, adiós al amor

El objetivo de la ideología de género es la erradicación del género porque, según Marx y sus fieles intérpretes, **la erradicación del género es el primer peldaño** para derribar la división sexual del trabajo, que es la causa de toda desigualdad y opresión en el mundo.

Así, desmantela el bloque de construcción de la unidad familiar opresiva que instaló este pecado original de la división de género hace mucho tiempo.



El marxismo -y su versión feminista- no entiende casi nada del amor, y todo lo ve en clave de trabajo, producción y opresión... también la familia y la relación entre hombres y mujeres

Mientras la naturaleza permanezca, la división permanecerá; y mientras la división permanezca, existirá la desigualdad. Y **esto implica la superación de la naturaleza porque la naturaleza tiene una división de los sexos.**

En la medida en que la familia es esa "célula original" de la vida social, como sostiene la Iglesia y sabían los más venerables filósofos de la antigüedad (como **Aristóteles** y **Cicerón**), eso significa también que **el ataque a la familia -que es la guerra de género- se concibe como una guerra santa liberadora.**

Mientras existan las familias, existirá la división sexual del trabajo. Si las familias y la división sexual del trabajo existen, la igualdad no puede ser alcanzada.

Quien se alía con la revolución de género se alía con la destrucción de las familias y de las enseñanzas de la Iglesia.

El sueño del yo que se hace a sí mismo y el sueño de un mundo libre de la desigualdad forjada por la división sexual es el **marxismo ortodoxo.**

La consecuencia (no) pretendida de esta guerra es que sin la familia no hay afectividad de primer orden; así, **el amor muere** también en el mundo

moderno porque el amor es intensamente particular y nace de esa división sexual del trabajo y de la familia que el marxismo pretende erradicar.

Dado que la igualdad, y no el amor, es el objetivo del marxismo, **el amor tampoco puede existir en una utopía marxista.**

Sabemos que el amor es necesario ahora más que nunca. Sin embargo, **sin las familias el amor se marchitará.**

Traducido por Elena Faccia Serrano.

¿Dejar de ser gay? ¿Cambiar de sexo? Testimonios y expertos, en el documental «Camino abierto»⁵⁴

El reportaje de Marta Sanz Lovaine da rostro y voz a realidades silenciadas



Hay un «Camino abierto» hacia la luz y la esperanza para las víctimas de la ideología de género: la opinión de los expertos y sustanciales testimonios, en un completo reportaje documental de Marta Sanz Lovaine.

Carmelo López-Arias / ReL, 16 diciembre 2021

Hay dos hechos que el *establishment* político-mediático tiene especial interés en ocultar. Primero, que **se puede dejar de ser homosexual**⁵⁵. Segundo, que los tratamientos hormonales y quirúrgicos de '**cambio de sexo**'⁵⁶ **pueden causar un grave daño** a quien los sigue, sobre todo si es menor de edad, y que en una parte importante de los casos no resuelven, sino que agravan, la disforia de género a la que se supone son respuesta.

Acaba de producirse y difundirse un documental, *Camino abierto* (verlo abajo), que pone de manifiesto estas realidades de una forma extraordinariamente clara y ágil en un reportaje de 43 minutos. Ha sido dirigido por **Marta Sanz Lovaine**, periodista con catorce años de

⁵⁴ <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/79591745/dejar-ser-gay-cambiar-sexo-testimonios-expertos-documental-camino-abierto.html>

⁵⁵ <https://www.religionenlibertad.com/secciones/1/202/tag/homosexuales-que-dejan-de-serlo.html>

⁵⁶ <https://www.religionenlibertad.com/secciones/1/203/tag/transexualidad.html>

experiencia como reportera y coordinadora de la sección de sanidad en Antena 3 TV y posteriormente durante once años como productora de televisión temática en el ámbito científico.

Camino abierto aborda la ideología de género aportando **todos los elementos necesarios** para el debate:

-**entrevistas en la calle** a jóvenes homosexuales, bisexuales y transexuales realizadas en Madrid, en junio de este año, durante la semana del Orgullo Gay;

-**estudios científicos** publicados recientemente sobre la inexistencia de un 'gen gay'⁵⁷ al que atribuir la homosexualidad o sobre las consecuencias psicológicas de la 'transición de género'⁵⁸;

-declaraciones de expertos como **Michelle Cretella** (presidenta del Colegio Americano de Pediatras), **Nicolás Jouve** (catedrático emérito de Genética), **Natalia López Moratalla** (catedrática emérita de Biología Molecular), **Ramón Lucas Lucas** (catedrático de Antropología Filosófica en la Pontificia Universidad Gregoriana), **Jennifer Lahl** (presidenta del Center for Bioethics and Culture) y **Felipe Hurtado** (sexólogo de la unidad de identidad de género del Hospital Doctor Peset de Valencia);

-testimonios de personas que dejaron de ser homosexuales, como **Mauricio Clark**, **Richard Cohen** y **Luca di Tolve**, o que siguieron el camino de cambio de sexo y se arrepintieron después, como **Walt Heyer**.

¿Dejar la vida gay?

Mauricio Clark era un **presentador estrella** de la cadena mexicana Televisa. 'Salió del armario' en directo ante quince millones de personas, siendo universalmente aplaudido, pero cuando declaró igualmente que la homosexualidad era parte de su pasado fue víctima de un linchamiento mediático. Luca di Tolve llegó a ser **Mister Gay Italia** y pionero en la organización de cruceros solo para homosexuales. Richard Cohen tenía una **pareja estable**, Tim, que fue paradójicamente quien le condujo al camino que le liberaría de una atracción por el mismo sexo no deseada.

⁵⁷<https://www.religionenlibertad.com/polemicas/915433148/El-mayor-estudio-jamas-realizado-gen-homosexual-no-existe-no-se-nace-gay.html>

⁵⁸<https://www.religionenlibertad.com/polemicas/51492/una-revision-sobre-500-estudios-cientificos-refuta-todos-los-postulados-.html>



Mauricio Clark, el día en el que anunció en Televisa que era homosexual.

Los tres cuentan en *Camino abierto* cómo nació en ellos esa atracción, cómo atrapó sus vidas y **qué les permitió liberarse de lo que veían como una carga**, algo en lo que la fe jugó un papel en un momento u otro del proceso. Son historias duras que les han implicado mucho y de las que hablan si tapujos ante la cámara. Han conseguido darles la vuelta para ser personas felices cuyas vidas dan testimonio de que, como dice Tolve, **"el cambio empieza en el momento en el que empiezas a abrirte al amor de Dios, que es lo más difícil"**.

La 'transición de género'

El reportaje aborda también el problema de la disforia de género y los cambios de sexo para la 'transición de género', el concepto clave de la ideología de género.

Walt Heyer lo hace desde su experiencia personal. **Se sometió a tratamiento hormonal y quirúrgico ya como adulto**, un recorrido para el que señala hitos y razones pero que no le llevó a ningún lado. En *Camino abierto* cuenta su desazón y la respuesta que halló en los terapeutas de género cuando les comunicó su arrepentimiento.

Heyer no solo cuenta su caso. Lleva años ayudando a muchos padres que tienen hijos con disforia de género y no duda en afirmar que **la "reafirmación" es "dañina" porque "es una mentira"**, y que los

tratamientos hormonales (y tanto más quirúrgicos) en menores "destruirán sus vidas", porque "es **un abuso infantil** psicológico y emocional".



Walt Heyer lleva años orientando a padres con niños que sufren disforia de género para que no cometan a una edad temprana el error que él cometió de adulto.

El doctor Hurtado apunta al despegue de casos de identidad de género en los últimos años, cuando se ha **cuadruplicado**: hace una década tenían entre 40 y 50 al año, hoy soy 160 "y el aumento de esa demanda viene sobre todo de personas menores de edad", incluso niños de 3 a 5 años.

El resto de los expertos consultados por *Camino abierto* coincide en denunciar la **imprudencia** con la que se está recomendando 'transiciones de género' a niños.

"Son tratamientos **irreversibles**", recuerda el profesor Jouve, y no solo por las amputaciones o por las modificaciones en los caracteres sexuales secundarios, sino porque, como señala la doctora **López Moratalla** (quien habla de "temeridad" porque en la práctica totalidad de los casos la disforia de género desaparece al final de la adolescencia), el cerebro de los pequeños no está totalmente desarrollado en las áreas que controlan la percepción del propio cuerpo.

La pediatra **Cretella** confirma ese criterio y lamenta que los padres de hijos con disforia de género "suelen recibir información falsa", y se muestra contraria a la "reafirmación" a la que se les induce porque de esa forma "**le están robando al niño la parte más fundamental de su identidad**": "Los

padres pueden ayudar a sus niños pequeños siempre y cuando los afirmen en el sexo que han nacido, los quieran y les enseñen que Dios y su naturaleza están en su genética, en su biología".

Lahl, por su parte, recuerda que los niños son "vulnerables" porque estamos ante "un experimento nuevo" del cual desconocemos los riesgos a largo plazo, y tanto ella como Cretella señalan algunas **contradicciones flagrantes** en las que incurre la ideología de género.

Que provienen todas, según sintetiza desde la antropología el profesor Lucas, de no entender que tanto la homosexualidad como la disforia de género tienen una **raíz psicológica, ambiental y del comportamiento**, "más que a nivel biológico genético".

Todas estas claves, en los 43 apasionantes minutos de *Camino abierto*:

NUEVO DOCUMENTAL SOBRE IDEOLOGÍA DE GÉNERO

"CAMINO ABIERTO"

<https://www.youtube.com/watch?v=bD2lSyUNcwA>

Nueva Zelanda aprueba la eutanasia para los pacientes de Covid-19 que lo soliciten⁵⁹



Ashley Bloomfield, ministro de Sanidad de Nueva Zelanda

EL MINISTERIO DE SANIDAD RESPONDE AFIRMATIVAMENTE A UNA PREGUNTA EN ESE SENTIDO

Los pacientes neozelandeses ingresados en el hospital con COVID-19 pueden solicitar morir por eutanasia si los médicos deciden que no pueden sobrevivir, según ha declarado el gobierno del país.

29/12/21

(CH/InfoCatólica) El Ministerio de Sanidad neozelandés confirmó que el **derecho a una inyección letal** en virtud de una nueva ley de eutanasia **podría extenderse a los pacientes que estuvieran muriendo por Covid-19** o sufrieran insoportablemente sus consecuencias.

En respuesta a una petición de aclaración sobre la ley de eutanasia que entró en vigor el mes pasado, el gobierno declaró que «en algunas circunstancias una persona con COVID-19 puede ser elegible para la muerte asistida».

La admisión de que los pacientes con COVID pueden recibir una inyección letal se produjo después de que Henoch Kloosterboer, editor del sitio web

⁵⁹ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42305>

antieutanasia *The Defender*, presentara una solicitud en virtud de la Ley de Información Oficial, el equivalente neozelandés a la Ley de Libertad de Información de 2000.

Afirmó que la política **dejaba «la puerta abierta al abuso» de los pacientes ancianos y vulnerables**, especialmente si el servicio de salud del país se veía sometido a la presión de una oleada de COVID:

«No sería difícil prever una situación en la que un aumento rápido y considerable de las hospitalizaciones por COVID-19 podría dar lugar a presiones para utilizar la eutanasia y el suicidio asistido como herramientas para resolver una crisis tan grave».

La ley de eutanasia, agregó, «ahora ha hecho que la pandemia de COVID-19 sea potencialmente más peligrosa para la gente de Aotearoa (*ndr:idioma maorí*) Nueva Zelanda».

La Ley de Elección del Fin de la Vida de 2019 está considerada como una de las leyes de eutanasia más extremas de todo el mundo, y los críticos dicen que las salvaguardias son tan endebletes que se pueden eludir fácilmente.

Permite tanto la eutanasia como el suicidio asistido a los adultos que padezcan una enfermedad que sea terminal en un plazo de seis meses, o que se encuentren en un estado avanzado de deterioro físico irreversible o que sufran de forma insoportable.

La ley, ratificada tras un referéndum en 2020, garantiza a todos los residentes el derecho a **acceder a un médico que les mate en un plazo tan breve como cuatro días** desde la recepción de la solicitud.

Los médicos reciben una tarifa gubernamental de 1.000 dólares más gastos por cada muerte por eutanasia que realicen.

Sin embargo, **sólo 96 de los 16.000 médicos del país se han ofrecido a participar**, y **todos menos uno de los 32 hospicios del país han indicado que no permitirán la eutanasia.**

La única excepción -el hospicio de Totara, en South Auckland- ha accedido a asignar un espacio en sus instalaciones para la práctica, aunque su personal se opondrá en conciencia a cualquier participación.

En el Reino Unido, la baronesa Finlay de Llandaff, profesora de medicina paliativa, afirmó que la ley de eutanasia neozelandesa contradice el propósito fundamental de la medicina y los servicios sanitarios de curar a los enfermos:

«Es extraño que un país que ha tratado de proteger a sus ciudadanos confinándolos por completo por un virus del que la gente puede recuperarse totalmente... sugiera ahora que estos pacientes sean asesinados por sus médicos. Esto pone patas arriba la ética de la medicina».

«Realmente no se puede predecir la muerte al 100%», añadió. «Así que, ¿por qué no apoyarles mientras se están muriendo y dejar la puerta abierta por si están en el grupo que desafía todos los pronósticos y se recupera completamente?».

Documento contra la eutanasia para formar a los agentes de pastoral de la salud: cuatro argumentos⁶⁰



La eutanasia no elimina el dolor sino a la persona, advierten los redactores del documento.

ReL, 30 diciembre 2021

La Delegación diocesana de Pastoral de Salud de la Archidiócesis de Sevilla quiere formar a los agentes de pastoral ante el desafío de la eutanasia y para ello ha elaborado un documento que aclare conceptos y dé respuestas ante una ley ya vigente en España.

El texto reflexiona sobre la eutanasia, una **“práctica lejana al más esencial cometido de la Medicina, que es siempre curar y cuando no se puede, cuidar y paliar”**. Aunque la Conferencia Episcopal Española ha encargado el tratamiento pastoral de este tema al Departamento de Familia y Vida, Manuel Sánchez de Heredia, delegado diocesano de Pastoral de la Salud, ve “necesario” que los agentes de esta pastoral tengan “algunos conocimientos básicos a este respecto, para saber manejarnos con criterios claros en un asunto con el que podemos **tropezar en algún momento**”.

⁶⁰https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/959798893/eutanasia-documento-agentes-pastoral-salud.html

Respuesta al sufrimiento

El documento se basa en el texto ‘Sembradores de Esperanza’⁶¹ publicado por la Conferencia Episcopal Española en 2019.

“Quien sufre y se encuentra ante el final de esta vida necesita ser acompañado, protegido y ayudado a responder a las cuestiones fundamentales de la existencia, abordar con esperanza su situación, recibir los cuidados con competencia técnica y calidad humana, ser acompañado por su familia y seres queridos y recibir consuelo espiritual”, afirma el documento.

Por tanto, **“el suicidio asistido y la eutanasia no aportan soluciones a la persona que sufre”**. Ambas prácticas, asegura el documento, “incluyen el descarte del enfermo como una posibilidad” y muestran “una falsa compasión frente a la petición de que se le ayude a anticipar la muerte”.

Esta perspectiva, además, viene respaldada por las asociaciones médicas. Concretamente la Asociación Médica Mundial (AMM) reconocía en octubre de 2019 que **“ningún médico debe ser obligado a participar en eutanasia o suicidio con ayuda médica**, ni tampoco debe ser obligado a derivar un paciente con este objetivo”.

¿Debate social?

En su formación, la Pastoral de la Salud defiende que no existe un debate social real sobre la eutanasia y el suicidio asistido, sino que estamos siendo objeto de diversas campañas propagandísticas a su favor: “En el fondo **nos encontramos ante una determinada concepción del ser humano y sus implicaciones familiares y sociales** y un concepto de libertad concebida como voluntad absoluta desvinculada de la verdad sobre el bien”.

Asimismo, señala algunos de los aspectos que se promueven en estas campañas, como la presentación del ‘caso límite’ que interpela la sensibilidad colectiva, sumado al uso de eufemismos como **“muerte digna”, “autonomía” o “liberación”**.

Argumentos para su legalización

En el documento formativo, Sánchez de Heredia propone **cuatro argumentos ante las principales “defensas” de la eutanasia**.

Por un lado, responde a aquellos que afirman que esta práctica alivia “el sufrimiento insoportable” de los enfermos. Al respecto, mantiene que la **“experiencia clínica demuestra suficientemente que la solución no es la eutanasia**, sino la atención adecuada, humana y profesional, y a este fin se dirigen los Cuidados Paliativos”.

⁶¹ <https://www.conferenciaepiscopal.es/sembradores-de-esperanza/>

En segundo lugar, los defensores de la eutanasia sostienen que se trata de una práctica compasiva. Esto provoca que muchos enfermos se sientan como una carga para los demás y consideren que su vida dependiente está carente de dignidad. Sin embargo, el documento resulta tajante ante esta supuesta compasión: **“Hay que suprimir el dolor y no al paciente”**, porque “la auténtica compasión es de otro orden”.

Además, se refiere también al término “muerte digna”, expresión asociada a la calidad de vida, que se antoja demasiado subjetivo, dado que en ciertas situaciones **se podría defender que esta calidad de la vida “vale más que la vida misma”**.

Finalmente, y relacionado con lo anterior, explica el cuarto argumento: la autonomía del paciente, concebida como un absoluto. Ante este argumento apunta que **en caso de enfermedad grave o terminal el paciente no es siempre totalmente libre, ya que sus decisiones vendrán condicionadas por su propia situación**, la medicación, el dolor o sufrimiento que pueda estar padeciendo y por otras circunstancias que limitan necesariamente su capacidad de decisión.

El texto concluye denunciando que es **“especialmente contradictorio defender la eutanasia precisamente en una época como la actual**, en la que la Medicina ofrece alternativas, como nunca hasta ahora, para tratar y cuidar a los enfermos en la última fase de sus vidas”.

Puedes leer aquí el documento íntegro publicado por la Archidiócesis de Sevilla⁶²

Eutanasia: aclarando conceptos, por el Dr. Boceta - Campaña #Cadavidacuenta

<https://www.youtube.com/watch?v=baWs9jr7IxQ>

Testimonio de José M^a Cabral - Campaña #Cadavidacuenta contra la eutanasia

<https://www.youtube.com/watch?v=dW5p7kSsWTY>

Testimonio de Carmen Osuna - Campaña #Cadavidacuenta contra la eutanasia

https://www.youtube.com/watch?v=sfKPtWI-b_E

⁶² <https://docs.google.com/gview?url=https://www.archisevilla.org/?wpdmdl=118424> Añadimos el texto completo a continuación.

EUTANASIA – ¿MUERTE DIGNA?

¿Este tema tiene que ver con pastoral de la salud?

Llevamos un tiempo en el que suena mucho esta terrible palabra, aunque tratan de dulcificarla o esconderla, debido a la aprobación de una Ley que pretende regular una práctica lejana al más esencial cometido de la Medicina, que es siempre curar y cuando no se puede, cuidar y paliar. La Conferencia Episcopal Española ha encargado el tratamiento pastoral de este tema al Departamento de Familia y Vida, pero creo necesario que los agentes de Pastoral de la Salud tengamos algunos conocimientos básicos a este respecto, para saber manejarnos con criterios claros en un asunto con el que podemos tropezar en algún momento, cuando algún enfermo o familiar nos pregunte sobre este respecto. Cada vez más conseguimos alargar la media de edad de la vida humana, con los adelantos científico-técnicos, por eso surgirán más los debates sobre el final de la vida.

El Documento “Sembradores de Esperanza” de la CEE, del que he tomado algunas partes en este sencillo resumen, presenta de manera clara y sistemática lo más importante a tener en cuenta cuando hablamos de este tema, a modo de preguntas y respuestas fáciles de entender, lejos de un vocabulario técnico.

Tras la presentación del texto, podría estar bien que en el grupo se plantearan las preguntas que encabezan cada apartado y se escuchasen las respuestas que cada uno entienda que se pueden dar y después leer el texto para aclarar las dudas que puedan surgir al conocer la respuesta concreta y adecuada.

Espero sirva de provecho, para ayudarnos a pensar y a tener claro los conceptos que se manejan sobre este tema delicado y complicado.

El Delegado Diocesano de Pastoral de la Salud

SEMBRADORES DE ESPERANZA

1/ Presentación

Con este documento pretendemos ayudar con sencillez a **buscar el sentido del sufrimiento**, acompañar y reconfortar al enfermo en la etapa última de su vida terrenal, llenar de esperanza el momento de la muerte, acoger y sostener a su familia y seres queridos e iluminar la tarea de los profesionales de la salud. El Señor ha venido para que tengamos vida en abundancia (cfr. Jn. 10,10) y en Él hemos sido llamados a ser sembradores de esperanza, misioneros del Evangelio de la vida y promotores de la cultura de la vida y de la civilización del amor.

La alegría del Evangelio debe alcanzar a todos, de modo particular a quienes viven en el sufrimiento y la postración. Queremos reconocer y agradecer a quienes dedican tiempo y esfuerzo a transmitir esta alegría y esperanza del Evangelio a los enfermos y sus familiares. De modo particular queremos mostrar nuestra gratitud a los equipos de pastoral de la salud en los diversos ámbitos, a los capellanes, personas idóneas, profesionales y voluntariado en hospitales, residencias e instituciones, a las congregaciones que tienen como carisma propio el cuidado de los enfermos y ancianos.

Quien sufre y se encuentra ante el final de esta vida necesita ser **acompañado, protegido y ayudado** a responder a las cuestiones fundamentales de la existencia, abordar con esperanza su situación, recibir los cuidados con competencia técnica y calidad humana, ser acompañado por su familia y seres queridos y recibir consuelo espiritual y la ayuda de Dios, fuente de amor y misericordia. El suicidio asistido y la eutanasia, que consiste en la acción u omisión que por su naturaleza e intencionadamente causa la muerte con el fin de eliminar cualquier dolor, no aportan soluciones a la persona que sufre.

La Tradición de la Iglesia y su Magisterio han sido constantes en señalar **la dignidad y sacralidad** de toda vida humana, así como la ilicitud de la eutanasia y el suicidio asistido.

El Papa Francisco⁶³, en su audiencia a la Federación italiana de los colegios de médicos cirujanos y odontólogos el pasado septiembre de 2019, afirmaba que **«es importante que el médico no pierda de vista la singularidad de cada paciente, con su dignidad y su fragilidad.** Un hombre o una mujer que debe acompañarse con conciencia, inteligencia y corazón, especialmente en las situaciones más graves. Con esta actitud se puede y se debe rechazar la tentación —inducida también por cambios legislativos— de utilizar la medicina para apoyar una posible voluntad de morir del paciente, proporcionando ayuda al suicidio o causando directamente su muerte por eutanasia. Son formas apresuradas de tratar opciones que no son, como podría parecer, una expresión de la libertad de la persona, cuando incluyen el descarte del enfermo como una posibilidad, o la falsa compasión frente a la petición de que se le ayude a anticipar la muerte.

“No existe el derecho de disponer arbitrariamente de la propia vida, por lo que ningún médico puede convertirse en tutor ejecutivo de un derecho inexistente”».

La Asociación Médica Mundial (AMM)⁶⁴, que representa a las organizaciones médicas colegiales de todo el mundo, afirmaba en su resolución adoptada en octubre de 2019 en su septuagésima asamblea general: «La AMM se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica. Para fines de esta declaración, la eutanasia se define como el médico que administra deliberadamente una sustancia letal o que realiza una intervención para causar la muerte de un paciente con capacidad de decisión por petición voluntaria de este. El suicidio con ayuda médica se refiere a los casos en que, por petición voluntaria de un paciente con capacidad de decisión, el médico permite deliberadamente que un paciente ponga fin a su vida al prescribir o proporcionar sustancias médicas cuya finalidad es causar la muerte. Ningún médico debe ser obligado a participar en eutanasia o suicidio con ayuda médica, ni tampoco debe ser obligado a derivar un paciente con este objetivo»

El drama de la eutanasia y el suicidio asistido son asuntos profundamente humanos, que afectan a la dignidad y no se reducen únicamente a una cuestión religiosa o para las personas que profesan la fe cristiana (cf. *Evangelium Vitae* 64).

⁶³ https://twitter.com/Pontifex_es

⁶⁴ <https://www.wma.net/es/>

2/ El debate social sobre la eutanasia, el suicidio asistido y la muerte digna

¿Qué subyace en el reciente debate social sobre la eutanasia y el suicidio asistido?

- Ambos son objeto en nuestro tiempo de campañas propagandísticas a su favor: El debate actual no es propiamente planteado como una cuestión médica, sino más bien ideológica con una profunda raíz antropológica. En el fondo nos encontramos ante una determinada concepción del ser humano y sus implicaciones familiares y sociales y un concepto de libertad concebida como voluntad absoluta desvinculada de la verdad sobre el bien.

Se manifiesta la dificultad de encontrar un sentido al sufrimiento y el modo de encajarlo en el recorrido vital de las personas, y las consecuencias que estos planteamientos tienen sobre el modo de entender las relaciones sociales, la responsabilidad política y su repercusión en el ámbito sanitario.

¿Qué aspectos se promueven en las campañas favorables a la eutanasia y el suicidio asistido?

Las campañas favorables a la eutanasia y el suicidio asistido suelen promover los siguientes aspectos:

- Lo primero que se presenta es un «caso límite». Se busca una situación terminal y dramática especialmente llamativa que interpele la sensibilidad colectiva. Admitido este caso, desaparecen las razones profundas para no admitir otros parecidos, ensanchándose la casuística.
- Lo anterior se complementa con eufemismos ideológicos y semánticos. Así, se evitarán expresiones como «provocar la muerte del enfermo» o «quitarle la vida». Por el contrario, se ensalzan otras como «muerte digna», «autonomía», o «liberación».
- Junto a esto, se procura presentar a los defensores de la vida como retrógrados, intransigentes, contrarios a la libertad individual y al progreso. De este modo se evita un diálogo sosegado y constructivo, que busque sobre todo el bien del enfermo.
- Otro elemento de la estrategia consiste en transmitir la idea de que la eutanasia es una cuestión religiosa. Por eso, en una sociedad pluralista la Iglesia —o cualquier confesión religiosa— no puede, ni debe, imponer sus opiniones.

- Como complemento de estas estrategias, se pretende transmitir a la sociedad la idea de que la eutanasia es una demanda urgente de la población y propia de nuestros tiempos.

¿Cuáles son los principales argumentos que se emplean para promover la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido?

Las diferentes cuestiones aducidas para la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido pueden ser reconducidas principalmente a cuatro argumentos:

a) El sufrimiento insoportable.

Ha sido el argumento invocado durante muchos años. El acompañamiento de la familia es un elemento muy importante para ayudar al enfermo a re-situarse ante la aparición de la enfermedad, de modo particular si ésta es grave. Y, entre otros, es un deber del médico y el personal sanitario aliviar el sufrimiento y eliminar el dolor al paciente, contando con el parecer del propio enfermo y la colaboración de la familia, especialmente cuando nos encontramos ante una persona en el final de la vida. A este respecto, es importante advertir que, si no se garantiza que el paciente que pasa por esa situación no tenga dolor, inevitablemente pueden surgir peticiones de eutanasia. Y la experiencia clínica demuestra suficientemente que, para esas situaciones, la solución no es la eutanasia, sino la atención adecuada, humana y profesional, y a este fin se dirigen los cuidados paliativos.

b) La compasión.

La segunda bandera enarbolada por los movimientos a favor de la eutanasia y el suicidio asistido es la compasión. A fin de que el paciente no sufra, se justifica poner fin a su vida. Además, se afirma que de esa manera se contribuye al bien de la sociedad, porque de este modo no se dilapidan los recursos sanitarios limitados de la comunidad, que pueden ser dedicados a otros fines. Eso hace que no pocas personas, llegados esos momentos de la vida, puedan sentirse como una carga para los demás (sus familiares y la sociedad), y no quieran seguir viviendo. También, que otros consideren insoportable y carente de dignidad la vida de dependencia (en la alimentación, el aseo, el transporte, la falta de control personal) y piensen que en esas condiciones es mejor la muerte. La solución que se presenta en este contexto es la eutanasia o el suicidio asistido. Se trata de la eutanasia por compasión: para que no sufra, que deje de vivir. Pero enseguida percibimos que esta no es la actitud adecuada. Lo más humano no es provocar

la muerte, sino acoger al enfermo, sostenerlo en estos momentos de dificultad, cuidarlo con afecto y atención y poner los medios necesarios para aliviar el sufrimiento. Hay que suprimir el dolor y no al paciente.

La auténtica compasión es de otro orden. La experiencia sostiene que, cuando se percibe el cariño y cuidado de la familia, la importancia de la propia vida que siempre contribuye al bien de la familia, de los demás y de la sociedad, el respeto a la dignidad de todo ser humano con independencia de su estado de salud o de cualquier otro condicionamiento, y se reciben los cuidados paliativos adecuados, si son necesarios, un porcentaje muy bajo de pacientes pide explícitamente la eutanasia. Sembrar esperanza verdadera, aliviar la soledad con una compañía afectiva y efectiva, aliviar la angustia y el cansancio, hacerse cargo del enfermo «cargándolo sobre la propia cabalgadura», a ejemplo del buen samaritano (cfr. Lc 10, 25-37), son expresiones de una verdadera compasión.

c) La muerte digna.

El tercer argumento del movimiento pro-eutanasia es el concepto de «muerte digna». A veces, lo que se quiere decir es que «yo soy dueño de mi vida; yo muero cuando quiera». Es decir, es una cuestión que hace referencia al concepto de libertad, elemento clave en la concepción que cada uno tenga de la vida y el modo de conducirla, también cuando acecha el sufrimiento o la muerte. Una expresión que, además, está relacionada con la calidad de vida, que, a su vez, se interpreta como criterio último de la dignidad de la vida. Según este criterio, cuando la calidad de vida es pobre, ya no merece la pena seguir viviendo. Desde esa perspectiva, la vida humana no vale por sí misma. La calidad de la vida vale más que la vida misma. Pero, además ¿con qué baremos se mide la calidad para llegar a afirmar que ya carece de valor o que no merece la pena ser vivida?

d) El concepto de autonomía absoluta.

Relacionado con el anterior está el cuarto argumento: la autonomía del paciente, concebida como un absoluto. En muchos de nuestros contemporáneos existe una idea de «autonomía» que remite a la concepción que cada uno tenga de la libertad, que se traslada también al campo del final de la vida. En el fondo es expresión de una concepción de una libertad absolutista desvinculada de la verdad sobre el bien. La eutanasia sería un derecho de la autonomía personal llevado al extremo: «Yo soy dueño de mi vida, me moriré cuándo y cómo yo lo determine». Ciertamente, la autonomía es un elemento fundamental.

El ser humano es libre y se perfecciona con su actuar libre. Pero concebir la dignidad de la persona únicamente sobre la propia autonomía constituye una visión reductiva que deja al margen otras dimensiones fundamentales. Por un lado, hay personas que, en este sentido, no son autónomas, como los niños, enfermos dependientes, personas con graves discapacidades psíquicas, pacientes en coma, etc. ¿Es que estas personas solo tienen la dignidad que otros les otorgan? ¿No la tienen como tales? Si la autonomía fuera el fundamento último de la dignidad de la persona, muchas personas carecerían de dignidad. Por otra parte, es evidente que la autonomía de la persona no es absoluta. Tampoco en el campo de las relaciones humanas ni en la convivencia familiar o social.

En el ámbito de la medicina, el concepto de autonomía tampoco es total. El enfermo, y más en situación terminal, o sin capacidad del uso de razón, no es autónomo. La misma enfermedad, la medicación y otras circunstancias limitan necesariamente su capacidad de decisión.

La aceptación de la eutanasia y el suicidio asistido ¿no es un signo de civilización?

Signo de civilización es justamente lo contrario, es decir, la fundamentación de la dignidad de la persona en el hecho elemental de ser humana, con independencia de cualquier otra circunstancia como raza, sexo, religión, salud, edad, habilidad manual, capacidad mental o económica. Esta visión esencial del ser humano significa un progreso cualitativo importantísimo, que distingue justamente a las sociedades civilizadas de las que se daban en tiempos ya superados, en las que la vida del prisionero, el esclavo, la persona discapacitada o el anciano, según épocas y lugares, era despreciada. La eutanasia y el suicidio asistido no hacen a la sociedad mejor ni más libre, ni son expresión de verdadero progreso.

Con la eutanasia o el suicidio asistido se elimina la vida de quien sufre para que deje de sufrir. Y eso es incompatible con la civilización verdadera, porque un ser humano no pierde la dignidad por sufrir. Resulta especialmente contradictorio defender la eutanasia precisamente en una época como la actual, en la que la Medicina ofrece alternativas, como nunca hasta ahora, para tratar y cuidar a los enfermos en la última fase de sus vidas.

Es probable que este resurgimiento de las actitudes eutanásicas sea una consecuencia de la conjunción de dos factores: por un lado, los avances de la ciencia en la prolongación de la vida; y por otro, un ambiente cultural que considera el dolor y el sufrimiento como los males por excelencia, que se deben

eliminar a toda costa. Esto se da de manera particular cuando no se percibe una visión trascendente de la vida, que ayude a penetrar en el misterio del sufrimiento, que es inherente a toda vida humana.

En el Reino Unido los médicos ofrecen «no resucitar» a los pacientes discapacitados y ancianos internados por Covid⁶⁵



© Escena de médicos atendiendo a un paciente infectado de virus PCCh. (Toma de pantalla: YouTube/60 Minutes Australia).

CULTURA DE LA MUERTE

Durante la última semana, un gran escándalo se ha propagado en todo Reino Unido después de que médicos británicos del sistema público de salud, la NHS, comenzaran a dar la opción a sus pacientes ancianos o discapacitados internados con covid-19 de no ser resucitados.

2/01/22

(BLes/InfoCatólica) Actualmente, se cuentan al menos 500 personas que han recibido este ofrecimiento por parte de los médicos, bien sea de no ser resucitados en caso de ser pacientes o de no resucitar a seres queridos en dichas condiciones. Sin embargo, desde el primer caso que se dio a conocer causó mucha indignación, tratándose de un joven de 15 años con Síndrome de Down, internado por covid-19 en Londres, llamado Toby Woollard.

Toby había comentado a su madre que, durante su estancia en el hospital, los médicos le pidieron llenar un formulario digital donde se encontraba la

⁶⁵ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42328>

alternativa «no resucitar» en caso de que su salud se agravase. Al inicio, su madre no le dio importancia, sin embargo, posteriormente, también le fue presentada la opción de no resucitar a su hijo, por lo que fue directamente a los medios para denunciar.

Woollard testimonia: «¡Fue tan perturbador! Algunas personas necesitan un poco de ayuda para guiarlas a lo largo de la vida: no significa que deba imponerles una sentencia de muerte o que no sean dignas de vivir».

En respuesta, las autoridades del centro de salud negaron estar ofreciendo «no resucitar» a sus pacientes con discapacidad e insistieron en que esto había sido un error. Sin embargo, este no ha sido el único caso.

Después de que este se haya publicado masivamente, el Comité Conjunto de Derechos Humanos procedió a investigar la situación a fondo, descubriendo así que, entre 2020 y 2021, **se había ofrecido «no resucitar» a unos 500 pacientes más, de tercera edad o con discapacidades.**

En respuesta a esto, los jefes del NHS explicaron que la orden de «no resucitar» no debe ser impuesta a nadie, ni a grupos particulares de pacientes simplemente por presentar edad avanzada, autismo, problemas de aprendizaje o cualquier tipo de discapacidad cognitiva, puesto que esto sería una violación a sus derechos humanos.

Aun así, las denuncias continúan llegando y se desconoce de dónde provino la orden de dar esta opción, también llamada DNACPR (no intentar reanimación cardiopulmonar), ya que puede haberse originado dentro de los hospitales o ser una bajada de línea del gobierno nacional.

Frente a esto, el gobierno ha confirmado que no tiene nada que ver e informó que sancionaría a cualquier médico o proveedor de atención que oriente a pacientes mayores a firmar este tipo de formularios.

Asimismo, **el gobierno prometió investigar la cifra de ancianos fallecidos en geriátricos fallecidos debido a la orden de no resucitar**, puesto que, aunque hayan firmado el contrato, se desconoce la posibilidad de que hayan sido engañados o forzados a hacerlo.

El aborto fue la causa número uno de muertes en el mundo en 2021⁶⁶



© **Bebé durmiendo en una manta azul, publicado el 10 de marzo de 2017 (Carlo Navarro/Unsplash).**

GENOCIDIO EN PROGRESO

Esto quiere decir que un poco más del 42 por ciento de todas las muertes en 2021 fueron de niños dentro del útero materno. Esto califica al aborto como un genocidio.

2/01/22

(BLes/InfoCatólica) La empresa Worldometer ha publicado un informe el 31 de diciembre donde muestra el aborto como la principal causa de muerte en el mundo durante el año 2021 con 42.6 millones de niños muertos por nacer. Esto hace llegar al aborto a la magnitud de un genocidio.

Las muertes por todas las otras causas juntas ascienden a los 58.7 millones.

Según la OMS las muertes por COVID-19 fueron casi 3.5 millones en todo el año, en todo el mundo.

Si lo comparamos con el dato de muertes por Covid 19 (Virus PCCh), que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) totalizaron alrededor de 3,5

⁶⁶ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42332>

millones en el año, podemos dimensionar la magnitud del genocidio de vidas inocentes por nacer.

Worldometer fue reconocido como uno de los mejores sitios web de referencia gratuitos por la Asociación Estadounidense de Bibliotecas (ALA), acorde a lo que informó Breitbart.

Esta organización está dirigida por un equipo internacional de desarrolladores, investigadores y voluntarios con el objetivo de hacer estadísticas mundiales.

Mantienen actualizadas sus estadísticas y estas se refieren con frecuencia a datos importantes para todos.

El aborto mató más personas que el cáncer, el SIDA, malaria, accidentes de tránsito, etc. Estas estadísticas están basadas en las cifras de la Organización Mundial de la Salud.

En Estados Unidos, se llevará a cabo la 49ª Marcha anual por la Vida en Washington, DC, el 21 de enero de 2022, bajo el lema «La igualdad comienza en el útero», para «conmemorar la infame decisión de la Corte Suprema del 22 de enero de 1973 en Roe v. Wade que, junto con Planned Parenthood v. Casey de 1992, anuló 50 leyes estatales e hizo que el aborto fuera legal y disponible a demanda en todo Estados Unidos».

Implantes y cápsulas suicidas: dilemas de la «elección» al final de la vida⁶⁷

© Sarco, un dispositivo creado para la eutanasia inventado por Philip Nitschke. (foto: Ratel /



CC BY-SA 4.0).

EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

La cápsula, llamada «Sarco», parece una pequeña nave espacial o cabina. Entra una persona, cierra la trampilla y la enciende. Se bombea oxígeno, entra nitrógeno y provoca la muerte.

1/01/22

(**NCRegister/InfoCatólica**) Philip Nitschke, el proponente australiano de la eutanasia, quiere ser el Thomas Edison de la eutanasia. Está ocupado inventando nuevas formas de suicidarse.

Dos de los últimos inventos de Nitschke son la «cápsula» y un implante suicida.

La cápsula, llamada «Sarco», parece una pequeña nave espacial o cabina. Entra una persona, cierra la trampilla y la enciende. Se bombea oxígeno, entra nitrógeno y provoca la muerte.

Según The New York Times, Nitschke diseñó *Sarco* porque quiere que la eutanasia sea totalmente autónoma. En la mayoría de los lugares donde la

⁶⁷ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42327>

eutanasia es legal, toma la forma de un asesinato «asistido por un médico», es decir, un médico que proporciona una dosis letal de algún fármaco al aspirante a suicida. Nitschke quiere eliminar a los médicos de la escena y hacer del suicidio un trabajo en solitario.

Las razones varían. Los verdaderos médicos tienen objeciones morales, por lo que han tenido que ser obligados por las leyes locales o los organismos médicos a brindar la «ayuda médica para morir». Otros pueden ser menos escrupulosos éticamente pero más reacios a los litigios. A algunos les preocupa el lado de la «justicia social» del problema: las personas que no viven en lugares propicios para la eutanasia tienen su «derecho a morir» limitado. Por último, para Nitschke, el problema es ideológico: el suicidio es la elección personal fundamental y no quiere que otros factores interfieran con él.

Pero incluso los defensores de la eutanasia tienen dudas sobre *Sarco*. ¿Qué pasa si alguien queda atrapado sin darse cuenta en una cápsula, como un bebé o una persona incompetente? Nitschke insiste en que tiene medidas de seguridad integradas: debe registrarse verbalmente y reconocer verbalmente el descargo de responsabilidad legal que se le leyó antes de que se encienda la máquina. (La máquina también graba tu muerte, por si hay alguna duda). Pero todos sabemos que los programas fallan.

A otros defensores de la eutanasia no les gusta el aislamiento de la persona que se suicida. A un grupo partidario de la eutanasia, *Life Circle* (que identifica a los «católicos» como «enemigos») no le gusta *Sarco* porque «no hay calidez humana con este método».

Nitschke espera comercializar este invento en Suiza, donde las leyes a favor de la eutanasia son relativamente permisivas. Su objetivo es hacer que los planos del dispositivo estén disponibles para que cualquier persona con una impresora 3D pueda producir su propia cápsula de muerte.

En caso de que piense que Nitschke planea descansar y relajarse después de su «cápsula», *The Independent* de Gran Bretaña informa de que ahora está hablando de un implante automático para causar la muerte. Este dispositivo sería implantado y programado para activarse en la fecha futura fijada.

¿La razón fundamental del dispositivo? También sitúa al médico de forma más alejada respecto al suicidio real (aunque, a diferencia de la cápsula autoimprimible, parece que la persona necesitaría de algún tipo de técnico médico para colocar el implante). Su fuerza impulsora, sin embargo, es asegurarse de que nadie provoque un cortocircuito en el deseo declarado de alguien de suicidarse.

Nitschke teme que una persona que ha declarado previamente una intención de morir pero que luego se ve superada por una enfermedad cerebral degenerativa vea frustrado ese deseo por familiares o médicos que ignoran su voluntad de morir declarada o determinan que el paciente ya no es capaz de hacer tal decisión. Incluso sugiere que el implante tenga un dispositivo de advertencia regular que requiere que la persona lo apague para establecer un historial de suicidio intencional que no se vería afectado si la persona perdiera sus capacidades mentales.

El australiano admite que el implante está solo en la mesa de dibujo. Admite que hay barreras técnicas que superar. Pero la idea está ahí. Y los paralelismos con el aborto son inquietantes.

Cuando se decidió por primera vez a Roe, el juez Harry Blackmun estructuró el aborto en torno a una decisión de una mujer en consulta con su médico (quien, obviamente, a menudo encontró razones no médicas para el aborto).

Los defensores del aborto siempre encontraron que la advertencia médica interfiere con el «derecho» puro y prístino de «mi cuerpo, mi elección» y el papel del médico se degradó cuando Casey reconstruyó a Roe. Desde entonces, los partidarios del aborto han argumentado que los estados no pueden restringir los abortos porque limita aún más a los médicos dispuestos a realizarlos. Han impulsado la formación obligatoria sobre el aborto en la escuela de medicina. Y ponen sus esperanzas en las píldoras abortivas que pueden diseminarse a través de las fronteras estatales y alejar a los médicos del panorama.

Nitschke claramente espera que *Sarco* supere las restricciones jurisdiccionales sobre la eutanasia al hacer que su cápsula personal de muerte esté tan cerca como Internet y una impresora 3D.

Eludir las restricciones complacería a *LifeCircle*. Al grupo le preocupa que Suiza tenga una mala reputación por su «turismo de muerte». ¿La solución? Si todo el mundo legalizara el suicidio, nadie tendría que viajar por ello.

Nitschke evitaría el problema de la legalización: simplemente usaría el mercado global para eludir las restricciones locales, sabiendo muy bien que habrá una masa suficiente de defensores locales para facilitar tal elusión.

Por supuesto, toda la lógica de la «elección» en relación con la eutanasia requiere más flexibilidad que Simone Biles. El artículo del New York Times sobre Sarco o The Independent sobre implantes suicidas está redactado en el lenguaje de la «elección», pero incluye un descargo de responsabilidad en la parte inferior que le dice al lector que busque ayuda si tiene tendencias suicidas. Entonces, ¿el suicidio es bueno o no?

LifeCircle quiere «calor humano» mientras te suicidas, es decir, aprobación social y bendición.

Pase lo que pase en el caso de aborto de la Corte Suprema, Mississippi v. Jackson Women's Health, es probable que la presión por la eutanasia también aumente, especialmente en sociedades que envejecen. El proceso probablemente se verá impulsado en medio de la confusión sobre la «elección»: la elección de los médicos de no matar, la «elección» de una persona expresada hace mucho tiempo y en diferentes condiciones, las elecciones de los miembros de la familia y la contradicción última: la «elección» que excluye todas las elecciones futuras (pero hace una eterna).

Holmes y el mito de Silicon⁶⁸

Con la condena por fraude a Elizabeth Holmes se confirma la imprecisión de una de las leyendas que ha acompañado a Silicon Valley por décadas



Laura Coronado Contreras / Panorama Internacional Anáhuac / Opinión de México OPINIÓN, · 11/1/2022

El fin del sueño de Theranos, una empresa tecnológica de salud que llegó a ser valuada en 9 mil millones de dólares era impensable hace unos años. Liderada por una mujer considerada como la “nueva Steve Jobs” prometía revolucionar el diagnóstico de enfermedades sin el uso de las temibles agujas. Sin embargo, con la condena por fraude a Elizabeth Holmes se confirma la imprecisión de una de las leyendas que ha acompañado a Silicon Valley por décadas.

Joseph Campbell señalaba que “los mitos son sueños públicos” y asociamos a la tecnología con la improvisación y el azar. Constantemente escuchamos de start-ups que convierten a sus fundadores en billonarios, CEO’s cuyo liderazgo es referente empresarial e inversionistas que confían en proyectos elaborados desde un garaje o por jóvenes con carreras universitarias inconclusas.

¿Por qué confiaron en una estudiante de 19 años? Holmes es tataranieta de un cirujano, inventor y decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cincinnati. Alumna brillante de química en la Universidad de Stanford, que tuvo una estancia en el Instituto del Genoma de Singapur. Contaba con credenciales y el apoyo del profesor Channing Robertson para iniciar su proyecto. Era joven pero no improvisada. Su problema fue una desmedida ambición, la falta de controles gubernamentales y una sociedad ávida por ensalzar compañías hechas al vapor.

Los medios la comparaban con otros jóvenes empresarios-estrellas. En su gestión los imitaba con vestuarios sencillos y un lenguaje cotidiano, pero, en el fondo, era distinta a los fundadores de Apple, Microsoft o Meta, quienes se han preocupado por sumar a sus equipos el mayor talento posible y acercar a las mejores mentes a sus proyectos. Basta con mencionar el programa entre la OEA

⁶⁸ <https://heraldodemexico.com.mx/opinion/2022/1/11/holmes-el-mito-de-silicon-368751.html>

y Meta para capacitar a miles de creadores de América Latina en Realidad Aumentada o la labor de la Fundación Bill y Melinda Gates en investigación científica y la erradicación de enfermedades en África.

El mito de la genialidad se popularizó con el dato en común de relegar sus estudios universitarios para emprender sus propios negocios dejando de lado sus esfuerzos previos. Zuckerberg ganó premios en ciencias y contó con un tutor privado especializado en desarrollo de software. Gates acudió a centros de educación de élite y Jobs formó parte del programa de ingenieros de Hewlett-Packard que enseñaban a niños y jóvenes.

En una sociedad global que enaltece el antiestablishment vale la pena recordar a Jane Austen quien mencionaba que el “genio no es a menudo otra cosa que perseverancia bien disfrazada”. Holmes se perdió en el camino y ahora será ejemplo de las consecuencias de tomar a la ligera la salud y privilegiar el ego y las ganancias frente al trabajo duro.

POR LAURA CORONADO CONTRERAS
INVESTIGADORA DE LA UNIVERSIDAD ANÁHUAC MÉXICO.
AUTORA DE LA LIBERTAD DE EXPRESIÓN EN EL CIBERESPACIO
(TIRANT), LA REGULACIÓN GLOBAL DEL CIBERESPACIO
(PORRÚA) Y 12 ÓPERAS PARA CONOCER EL DERECHO (BOSCH)

Ver video: Juicio contra Elizabeth Holmes: Los ojos de Silicon Valley puestos sobre la dueña de Theranos

<https://www.youtube.com/watch?v=1HIQtG47etM>

he Inventor: Out for Blood in Silicon Valley (2019) | Official Trailer | HBO

<https://www.youtube.com/watch?v=wtDaP18OGfw>

La Mayor Estafa Empresarial del Siglo | Caso Theranos

https://www.youtube.com/watch?v=Ibb_xMSUzzw

Imprescindible «Dopesick», la serie que enseña cómo la medicina se corrompe al lucrarse matando⁶⁹



Dopesick es una teleserie de 8 capítulos de 2021 que nos explica que médicos que son buenas personas pueden recetar cosas muy malas, por cobardía, engaño o ideología

Pablo J. Ginés/ReL, 12 enero 2022

Desde octubre de 2021, podemos acceder a la miniserie de 8 capítulos *Dopesick*, un **drama médico y judicial muy fiel a terribles hechos reales** que atrapa, inquieta y educa a partes iguales. En España la ofrece Disney+, en algunos países hispanos Star+.

La cultura cristiana y la judía enseñan la idea de que, en principio, hay que fiarse de los médicos. **En *Eclesiástico*, 38** (libro que Lutero quitó de las Biblias protestantes) **leemos: "Dale al médico, por sus servicios, los honores que merece, que también a él le creó el Señor. La ciencia del médico realza su cabeza. El Señor puso en la tierra medicinas, el varón prudente no las desdeña"**.

Para la Biblia, el médico es un colaborador de Dios en algo bueno y sagrado. También para los griegos de la tradición de Hipócrates el médico juraba por los

⁶⁹ <https://www.religionenlibertad.com/cultura/128719834/imprescindible-dopesick-serie-medicina-corrompe-matando.html>

dioses cuidar y curar, no matar. **El médico hipocrático no mataría ni envenenaría** aunque se lo pidieran, ordenaran o pagaran por ello.

Pero **¿y si los médicos y farmacéuticos, de forma masiva, empezaran a recomendar y prescribir algo malo**, algo dañino? No unos pocos, por error o maldad, sino toda una estructura construida a la vez sobre falsa piedad, ideología, inercia, afán de lucro y mentiras.

En el siglo XX lo vimos con **la eugenesia**, después con **el aborto**, y con las **técnicas *in vitro* que fabrican, almacenan y desechan millones de seres humanos** en edad embrionaria. En el s.XXI lo vemos en Occidente con **la eutanasia**, **el vientre de alquiler**, la pornografía ultra-adictiva, la marihuana accesible, las píldoras legalizadas para hacer abortos caseros y los experimentos transgénero de hormonación y mutilación en el cambio de sexo.

Si muchos médicos y asociaciones coinciden en apoyar esos horrores, si hasta hay un permiso legal oficial, ¿será que detrás hay buena ciencia y buena ética? (Pensemos por ejemplo en el manifiesto orgulloso en España de "médicos por la eutanasia"⁷⁰, llamando sectarios a todos los demás.)

La serie *Dopesick* nos enseña que no, que no hay ética, que detrás hay **márketing, sobornos, periodistas a sueldo, ideología al servicio de un negocio, asociaciones dóciles o cobardes, venta de mentiras confortables** y una industria sin moral.

Lo hace contando **la epidemia de adicción al OxyContin**⁷¹ y a los opioides de acceso fácil en EEUU desde los 90 a nuestros días.

La serie sigue el libro de investigación real de Beth Macy *Dopesick: Dealers, Doctors, and the Drug Company That Addicted America*⁷². Macy colaboró directamente en la teleserie, y mientras la rodaban seguían saliendo documentos y sentencias.

Se trata de **una serie fascinante y también dura**, que en muchos aspectos nos recuerda la magnífica miniserie sobre Chernóbil de 2019. Pero detrás de Chernóbil había una encartonada dictadura comunista, y aquí **un sistema de mercado cuyos controles han fracasado una y otra y otra vez**, con distintos gobiernos y administraciones.

Es una serie que puede ser **adecuada a partir de los 16 años**: cuenta con algunas escenas de sexo sin desnudos, bastante **propaganda gay** (aunque,

⁷⁰<https://www.religionenlibertad.com/polemicas/58065637/Lista-medicos-proeutanasia-manifiesto-sectarios.html>

⁷¹https://es.wikipedia.org/wiki/Crisis_de_opioides_en_los_Estados_Unidos

⁷²<https://www.amazon.es/DOPESICK-DEALERS-DOCTORS-DRUG-COMP/dp/0316551244>

como veremos, eso es curiosamente matizable) y **muchas de personas drogándose y drogadas.**

Una trama que salta por distintas épocas

Cada capítulo de la serie ofrece varias tramas que saltan entre distintas épocas. **En los 90**, los médicos **empiezan a recetar esa droga**, animados por los vendedores y su etiqueta engañosa.

En 2016 se produce el primer gran proceso judicial, con admisiones de culpabilidad y más sentencias en 2020 y 2021. Mientras tanto, **se suceden los daños a gente sencilla y trabajadora que queda enganchada.**

Los espectadores asistimos a la degradación de los adictos y el dolor de sus familias, el hundimiento de poblaciones rurales. Vemos su intento de salir de la adicción con los métodos de Alcohólicos Anónimos, pero el opioide es mucho peor que el alcohol, porque transforma por completo el cerebro. **Asistimos a la escalada de avaricia y de engaños en la farmacéutica, Purdue Pharma**, propiedad de la familia Sackler⁷³. Asistimos a **intentos de investigar y frenar a los culpables**, pero serán **bloqueados por funcionarios y políticos** ineptos o sobornados.

AVISO DE SPOILERS: *A partir de aquí, detallaremos mucho sobre trama y personajes: quien no quiera spoilers, que deje de leer aquí*

La religión es bastante importante en la serie. Uno de los tenaces investigadores es converso, **se hizo cristiano a los 40 años, bendice la mesa para comer, se ofrece a rezar por sus compañeros enfermos.**

Parece que se arrepiente de cosas de su pasado, que nunca explica. Habla de la fe con su compañero... sin llegar a contar su testimonio personal (lo cual suena raro: un converso suele contar su historia si le preguntan). Los abogados de la familia Sacker se lo explican a su jefe "para **que veas que no vas a poder comprarlo**".

"El fiscal Castle es cristiano, se convirtió a los 40 años, no vas a poder comprarlo"

Tampoco pueden sobornar a **la hermana Beth Davies**, religiosa de la Congregación de Notre-Dame que existe de verdad, veterana en luchas sindicales de los mineros y ahora volcada en ayudar a los drogadictos. Purdue ofrece dinero para tratar a algunos adictos, pero no retirar su droga adictiva. **La religiosa impide el acuerdo diciendo a sus compañeros de lucha: "antes preferiría arder en el infierno"**. Parece que en la vida real dijo: "no podemos

⁷³ https://en.wikipedia.org/wiki/Sackler_family

aceptar nunca dinero manchado de sangre". Nunca la vemos rezar, pero es evidente que su fe le da fuerza y protección.



*Foto de la verdadera
Hermana Beth Davies, de
la Congregación de Notre
Dame,
tenaz contra las drogas,
mencionada en Dopesick;
ella impidió que la
farmacéutica
comprara al pequeño
grupo de resistentes que
denunciaba su droga letal*

En la familia Sackler -de origen judío ucraniano, aunque la serie nunca lo señala- se mezclan varias ramas de parientes, que buscan enriquecerse y ser admirados. Los periodistas que los han investigado en la vida real admiten que es difícil conocerlos, especialmente a Richard Sackler, el que **presiona para vender más y más dosis, más y más fuertes, para todo tipo de dolencias menores**, generando la epidemia de adictos. Cuando llegan los informes sobre adicción y sobredosis, buscará que la gente acuse a los "drogatas" que abusan.

La película presenta a Richard Sackler como alguien cercano a un trastorno narcisista, **incapaz de sentir empatía por los que sufren, incluyendo su esposa e hijos** (en la vida real se divorciará). Busca solo prestigio y reconocimiento.

Admite que **"soy distinto, no conecto con la gente"**. Y por eso logra aliarse con su prima, **Kathe Sackler, que es abiertamente lesbiana** (en la vida real y en la serie). "A ti también te miran distinto, tú tampoco encajas, tenemos que ayudarnos", le dice. Y **juntos toman el control de la empresa para ser aún más despiadados**. (La Kathe real decía en 2020 que no se arrepentía de nada

y que "sabiendo lo que sabía entonces, no lo que sé hoy, habría hecho lo mismo"; vídeo aquí⁷⁴).

Bajo estas líneas, la familia Sackler en la visión de Dopesick; y con fondo naranja, la familia Sackler real



⁷⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=dR1-Zjyf2UE>

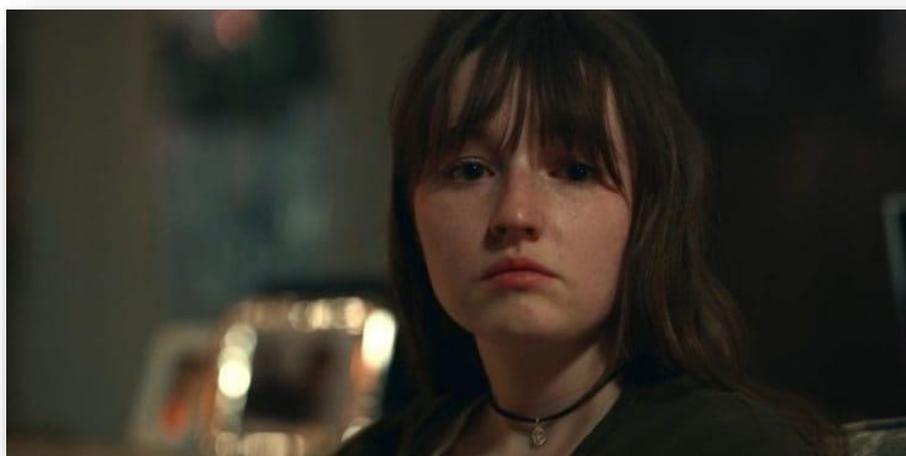
Por lo tanto, en la vida real tenemos que **los héroes y las víctimas son personas cristianas que rezan**. Hay gente en EEUU que querría pensar que la drogadicción es sólo cosa de negros pobres urbanos, de familia desestructurada. Purdue intentó reforzar esa idea.

La serie quiere mostrar otra cosa: **las víctimas eran personas honradas y trabajadoras, blancas y cristianas**, de zonas rurales, que trabajaban en la mina y en tareas físicas. Para sus heridas les dieron una droga diciéndoles que no era adictiva, y **se quedaron brutalmente enganchados**.

Los "malos" de la serie son blancos ricos... pero también son judíos y una lesbiana ejecutiva de éxito. En el cine actual de EEUU, con sus cuotas ideológicas e identitarias, **para hablar mal de una lesbiana ejecutiva de éxito, se necesita compensar con personajes LGBT positivos y "víctimas"**. Y **si hay demasiados cristianos, hay que compensarlo con descreídos**. Y así nacen los personajes de ficción de la historia.

La minera lesbiana de ficción... pero hay detalles...

Betsy Mallum (interpretada magníficamente por Kaitly Dever) es la **chica joven de ficción en la que encarnan los estragos de la droga**. Hija única de un matrimonio cristiano, trabaja en la mina con su padre, que no deja que digan palabrotas cerca de ella. Cuando en casa comentan rumores de que una vecina llamada Grace es lesbiana, su madre dice que rezará por ella. Parece una tontería... pero seis capítulos después esa Grace estará felizmente casada con un marido y un bebé. Mientras tanto, ya en el capítulo 1 **Betsy y Grace se acuestan y planean fugarse a una ciudad que acepte su relación**.



*Kitly Dever
como Betsy en
Dopesick; es un
personaje de
ficción que nos
permite
empatizar con
todos los
jóvenes
destrozados por
el Oxycontin;
sus vivencias
resumen las de
muchos*

Betsy queda enganchada al Oxycontin. Sus padres lucharán por ella, tratarán de ayudarla. La llevan a Alcohólicos Anónimos. En su iglesia **organizan una oración de intercesión por ella, imponiendo manos, que la serie muestra de forma bastante respetuosa.**

Betsy se deja llevar, y llegará a rezar desesperada, pero en muchas ocasiones en la serie repetirá que no cree, que no puede creer y punto. Nunca dice por qué, ni negocia o matiza en qué puede creer y en qué no. También insistirá en que su lesbianismo es clave para ella (incluso cuando lleve años sin novia). Suena falso, probablemente por ser una mezcla artificial de varias cosas.

Hay una **escena absolutamente asombrosa**, cuando el padre de Betsy va a pescar con el doctor Finnix. El padre comenta que ha oído que **existen terapias y grupos de oración para dejar la homosexualidad.** El doctor Finnix responde que rezar no hace daño a nadie, pero que **los homosexuales no pueden cambiar, porque, dice, "hay un estudio que lo demuestra".**

Los lectores de ReL saben que los estudios, en realidad, demuestran que **el cambio sí es posible** (como explicamos aquí⁷⁵). Pero lo interesante es que precisamente **todo Dopesick se basa en denunciar que Pursue usó un único estudio pequeño y malo de una revista** para basar **todo su negocio** de venta de una pastilla opiácea que quitaba el dolor sin adicción.

Todo **Dopesick protesta por la mala ciencia, por citar estudios diminutos** - en realidad, una Carta al Director- para legalizar una barbaridad. Los médicos de SEGM, opuestos a las cirugías de **cambio de sexo**, señalan que estas prácticas irreversibles y dañinas se han **legalizado en numerosos países en base a un solo estudio, pequeño y malo**⁷⁶, de 2014, a partir de 55 casos, sin seguimiento, nunca replicado. Es el equivalente en la industria transgénero a la frase engañosa "Oxicontin causa adicción en menos del 1% de los casos", la frase que Purdue repitió durante años.

⁷⁵ <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/131746888/ciencia-dejar-homosexualidad.html>

⁷⁶ https://www.religionenlibertad.com/ciencia_y_fe/73305469/negocio-cambio-sexo-estudio-pequeno-malo-2021-segm.html



Betsy, adulta joven, habla con el doctor Finnix; ella esconde a sus padres -pero no al doctor- que quiere fugarse con su novia; el doctor tiene buenas intenciones, pero la enganchará a la droga... y tampoco le ofrece alternativa a su autoetiquetado sexual

Los médicos dóciles que repiten la propaganda

Es terrible ver en la teleserie como los médicos, con su bata blanca, que se supone que saben lo que hacen, en los que confiamos... **¿se limitan a repetir lo que les ha dicho un comercial que les ha vendido la droga!**

"Adicción en menos de 1%", "no tiene picos y valles como otros opiáceos", "no te triplico la dosis, solo te la individualizo"... **frases inventadas por los ejecutivos para vender, repetidas como loros** por los médicos. ¿Cuántos defensores de la eutanasia, de la eugenesia o de las mutilaciones transgénero hacen lo mismo?

DOPESICK PSEUDO ADDICTION

<https://www.youtube.com/watch?v=l8NbbKo8DYc>

En esta escena, la empresa se inventa la "pseudoadicción"; el dogma es que no hay adictos a esa píldora, así que los que tiene problemas son casos de "pseudoadicción"; así se lo dicen a los comerciales, y ellos a los médicos, que lo repetirán; una vendedora que protesta es despedida

Estos **médicos bienpensantes pero inocentones**, que engancharon a sus pacientes y luego se engancharon ellos mismos, quedan representados por el personaje del doctor Finnix. Lo encarna magistralmente el **actor Michael Keaton**, ganador de un Oscar, y recientemente premiado con un **Golden Globe precisamente por este papel**.

Su personaje se inspira bastante en **un médico real, el doctor Stephen Loyd**, que quedó enganchado al OxyContin pero se recuperó y ahora ayuda a adictos en un centro llamado [Cedar Recovery](https://www.cedarrecovery.com/)⁷⁷, en Nashville. Pero **los guionistas le han añadido experiencias de otros médicos**: cómo los comerciales les visitaban, les invitaban a lujosos congresos, y les repetían que el dolor debía ser combatido, y para eso estaba su droga.

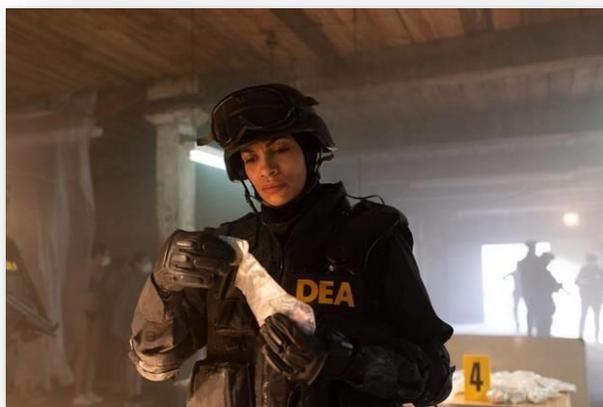
La serie recoge también otra táctica comercial: "**si usted no receta nuestra pastilla contra el dolor, le denunciarán por mala práctica, por insensibilidad ante el dolor**".

Es fácil pensar en **frases similares en el negocio de la eutanasia o del cambio de sexo**: "haga lo que pedimos o le meteremos en líos judiciales".

Algunos policías y fiscales tenaces

Por último, el trabajo de muchos **policías e investigadores que se hicieron preguntas e indagaron pero fueron bloqueados por políticos y funcionarios** corruptos queda representado por la policía negra Bridget Meyer (interpretada por una actriz que en 2018 declaraba ser LGTBI, Rosario Dawson, con lo que se cubre otra cuota obligatoria).

El espectador asiste asombrado a la **acumulación de desidia y banalidad del mal** durante 8 capítulos.



La agente Bridget esperaba encontrar cocaína o heroína... y se encuentra un medicamento legal, que es la causa de que se destruyan vidas y familias

⁷⁷ <https://www.cedarrecovery.com/>

Un técnico de la FDA **aprueba una etiqueta especial, insólita, única, que dice que el opiáceo de Purdue no causa adicción, algo que ningún país europeo aceptaría.** Poco después, se va a trabajar con Purdue cobrando un dineral. La DEA (la agencia antidroga de EEUU) lo investiga, pero **la FDA se niega a rectificar incluso con decenas de miles de muertos sobre la mesa.** Políticos de izquierda y derecha bloquean la investigación.

Asociaciones y revistas médicas contra el dolor, de nombres rimbombantes pero creadas y financiadas por la patronal, pantallas, hablan del derecho a combatir el dolor y vivir sin dolor (drogarse). Crean toda una ideología del sin-dolor que responde a una aspiración real, pero ofrece falsas salidas.

Una oficina de fiscal se vuelca en el caso y **le dedica muchos años y muchos recursos.** La agente Bridget -representando muchos policías reales- le dedican atención y esfuerzos. **Aparecen chivatos y soplonos que han salido dañados de Purdue y traen documentos.** Salen libros enteros y documentales. Las familias de las víctimas mortales (se habla de 1 millón de muertos, otros lo bajan a 500.000) **se dedican a ello en cuerpo y alma.** Y pese a todos esos esfuerzos, en 2021 nadie de la familia Sackler ha sido juzgado, la familia ha pagado una multa ridícula ante sus brutales beneficios y los procesos judiciales, 25 años después, aún continúan, habiéndose condenado solo algunos ejecutivos medianos de la empresa.

Aplicar esta serie a la lucha de la buena ética médica contra la eutanasia, el vientre de alquiler o a las cirugías mutiladoras transgénero es **descorazonador.** ¡Qué fácil es convertir a los antaño sabios y nobles médicos en meros **repetidores de consignas (y repartidores de drogas)!**

Si después de tantos muertos y tanta investigación Purdue no admite sus horrores, ¿qué pasará con los médicos del negocio transgénero, que "solo" machaca, daña y mutila a unos pocos miles de adolescentes? ¿Y las eutanasias, donde los parientes pueden ser los que aspiran a "librarse" de su pariente problemático?

Si los vendedores de OxiContin siguen ahí pese al esfuerzo sostenido de 25 años de fiscales profesionales a tiempo completo, ¿qué pueden hacer contra el horror eutanásico, su opacidad y sobres cerrados, unos pocos activistas provida o unos pocos médicos de buena ética que le dedican ratos libres?



El doctor Van Zee y la hermana Beth Davies, personas reales que con tenacidad impulsaron la lucha contra el Oxycontin y su adicción; es posible ayudar a la hermana Beth contra las adicciones con donaciones en este GoFundMe⁷⁸

Y sin embargo, la teleserie y la investigación de Beth Macy muestran que **vale la pena luchar**. Señalan que en cierto momento, frente a una industria millonaria y hechos consumados inamovibles, **se levantaron apenas un puñado de personas**: la hermana **Beth Davies**, preocupada por los adictos; el doctor rural **Art Van Zee** y su esposa; la antigua farmacéutica **Sue Cantrell** y **4 parientes de víctimas** que con la web **OxyKills** que crearon el grupito llamado **RAPP**.

Al principio, nadie les hacía caso, nadie recogía sus quejas. Hoy *Dopesick* toca millones de corazones por su perseverancia. **Ojalá otras locuras de la medicina sin ética ni control (control real) se atajen pronto** y ojalá perseveren los que deben denunciar esos males.

El director de *Dopesick* explica sus opciones artísticas: sí, quería que tuviera la tensión de una película de terror

<https://www.youtube.com/watch?v=ONqZSzzpImo>

⁷⁸ <https://www.gofundme.com/f/nf4wch-helping-the-helpers>

Las razones del Colegio de Psiquiatras de Irlanda para rechazar la eutanasia y el suicidio asistido⁷⁹



La eutanasia y el suicidio asistido quiebran el principio básico milenario de la práctica médica: no hacer daño al paciente. Foto (contextual): Olga Kononenko / Unsplash.

ReL, 16 enero 2022

La posición del Colegio de Psiquiatras de Irlanda⁸⁰ sobre **la eutanasia y el suicidio asistido**, adoptada recientemente, es que ambas prácticas no son compatibles con la buena práctica médica y su introducción **pone en peligro a los pacientes vulnerables**.

Cuatro razones

⁷⁹ https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/397720984/razones-psiquiatras-irlanda-eutanasia-suicidio-asistido.html

⁸⁰ <https://www.irishpsychiatry.ie/wp-content/uploads/2021/12/CPsychI-Position-Paper-Physician-Assisted-Suicide-and-Euthanasia-17-December-2021-.pdf>

Según la síntesis del documento ofrecida por BioEdge⁸¹, los argumentos de los facultativos irlandeses son básicamente cuatro:

- -La muerte asistida es **contraria a los esfuerzos** de los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, y de la propia opinión pública, para la **prevención de las muertes por suicidio**.
- -Los pacientes vulnerables quedan expuestos a un alto riesgo de solicitar la eutanasia por el **temor a ser una carga** para sus seres queridos o por el miedo a morir con unos **dolores inabordables** terapéuticamente, siendo así que existen servicios de cuidados paliativos que pueden hacer mucho más tolerable el periodo final de la vida.
- -Aunque la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido siempre empieza por los pacientes con enfermedades terminales, una vez introducidas ambas prácticas lo más probable (y lo que demuestra la experiencia universal en cualquier país o estado donde se han autorizado) es **que se aplique a grupos cada vez más amplios**, de modo que el número de las personas que piden esa muerte crece considerablemente respecto a las expectativas iniciales.
- -La introducción de la eutanasia y el suicidio asistido supone un **cambio radical en la milenaria tradición de la práctica médica**, que excluye expresamente en sus códigos éticos la muerte deliberada de un paciente.

La auténtica muerte digna

Al valorar esta declaración, el doctor **Eric Kelleher**, psiquiatra asesor del Colegio, recordó que "morir con dignidad es el objetivo de toda atención médica en el final de la vida", pero que eso se hace posible "reforzando nuestras **redes de cuidados paliativos y apoyo social**".

"El suicidio asistido y la eutanasia no solo no son necesarios para dignificar la muerte", añadió, "sino que las propias técnicas empleadas para producir la muerte producen **un sufrimiento considerable y prolongado**".

Allí donde el suicidio asistido está disponible como servicio público y legal, concluyó el doctor Kelleher, "muchas peticiones proceden, no de un dolor intratable, sino de causas como **el miedo, la depresión, la soledad y el deseo de no ser una carga** para los cuidadores. Con recursos adecuados, entre ellos atención psiquiátrica, psicológica, unidad del dolor y apoyo sociales, es posible una buena atención en el periodo final de la vida".

⁸¹ <https://bioedge.org/end-of-life-issues/irish-psychiatrists-oppose-dying-with-dignity-bill/>

Cómo queda un cerebro que consume pornografía⁸²

Es gratuita, puede consumirse en cualquier momento, pero cada vez hay más evidencias de sus efectos destructivos para la persona y su entorno



Por **José Antonio Méndez**

La historia de Lucas R. –nos ha pedido que usemos ese nombre, aunque por razones que el lector entenderá, es falso– empieza como la de un niño normal que, animado por sus amigos y para evadirse de los problemas que tenía en casa, empezó a ver pornografía con 10 años. Una edad temprana, pero que según los estudios más recientes (como el publicado por la plataforma **Dale Una Vuelta**), se encuentra justo en la edad promedio de acceso al porno online.

Tras casi 20 años consumiendo pornografía por internet (“creía que lo controlaba porque alternaba épocas de no ver nada, con otras de ver muchísimo si algo no me iba bien”), hoy, a sus 34 años, lamenta que pertenece a una

⁸² <https://www.revistamision.com/como-queda-un-cerebro-que-consume-pornografia/>

generación “en la que nadie nos ha dicho que el porno es malo, al contrario: la sociedad te anima, te dice que sirve para pasarlo bien, evadirte o liberar estrés, y que es muy difícil perder el control”.

Sin embargo, como muchos de sus actuales compañeros de **Sexólicos Anónimos**, Lucas sabe que “lo que nadie te cuenta es que la pornografía te atrapa igual que una droga, porque está pensada justo para eso”.

Cuando ya es tarde

Después de tocar fondo con un consumo de pornografía que le llevaba a ver cine X durante horas, Lucas explica que “hasta que no es tarde, no te das cuenta de que lo normal no es ver porno: lo normal es que verlo te amargue la vida, porque te afecta en tus relaciones y poco a poco te quita la alegría y la libertad”.

“Como es gratis, infinito y puedes verlo en cualquier sitio o a cualquier hora –añade–, llega a obsesionarte: yo salía del trabajo pensando en lo que iba a buscar al llegar a casa. Te quita tiempo para dormir, ir con amigos o hacer cosas constructivas. Te encierra en ti mismo, te va volviendo egoísta. Te mete en una doble vida que te rompe por dentro. Y aunque crees que controlas, llega a ser ingobernable: aunque lo niegues, sabes que no puedes dejarlo. Eso produce frustración, baja autoestima... Maltratas una parte íntima de ti, que es preciosa. Te sientes mal, porque cosificas a las personas y tratas a las de tu entorno como a objetos. Y te llena de remordimientos porque sabes que colaboras con un negocio turbio”.

Química, no moral

Aunque algunos pudieran argumentar que sus palabras nacen solo de una mala experiencia, los estudios clínicos que constatan el proceso de dependencia que el porno desencadena en el organismo dan la razón a Lucas. Así lo detalla, por ejemplo, el doctor Peter C. Kleponis, psicoterapeuta experto en adicciones, en Pornografía. Comprender y afrontar el problema (Voz de papel, 2018). Su oposición al porno no parte de una premisa moral, sino de una evidencia científica.

Kleponis documenta el proceso por el cual cuando vemos imágenes pornográficas, nuestro cerebro libera grandes cantidades de dopamina (y en los varones, de testosterona), mientras reduce la serotonina. Junto a otros procesos neuronales, el organismo crea un cóctel químico cuyos efectos adictivos son similares a los que produce la heroína.

800 millones de webs X

En esa espiral, el cerebro induce de forma inconsciente a un consumo cada vez más frecuente y prolongado, y debilita la región cerebral (reduciendo su tamaño

físico) que regula el autocontrol, la capacidad de distinguir el bien del mal, el sueño...

En muchas ocasiones la persona ni siquiera busca porno para masturbarse, sino por la necesidad física de excitarse rápidamente: es la dopamina de la excitación lo que genera dependencia, no las endorfinas que se liberan tras el orgasmo. La industria pornográfica (que produce beneficios de 13 billones de dólares al año) es consciente de ello, y por eso apenas ofrece películas completas: en el mar de porno que inunda internet (hay 800 millones de webs X, según Dale Una Vuelta), el contenido más frecuente son montajes de escenas cortas e impactantes, o recopilatorios de imágenes similares entre sí. Esta variedad fomenta que la excitación se prolongue mucho más tiempo (en ocasiones, hasta cinco o seis horas), algo casi imposible en una relación personal.

Además, muchas de estas escenas no son realizadas por actores, sino por parejas amateurs que graban sus propias relaciones sexuales, lo que propicia delitos contra la intimidad (el llamado porno de venganza), engorda las arcas de las productoras profesionales (muchas veces vinculadas a redes de explotación), e hipoteca el futuro de miles de jóvenes, que el día de mañana tendrán sus vídeos íntimos al alcance de cualquiera... incluso de sus propios hijos.

Una nueva vida

Pero la historia de Lucas R. (esa R falsa es de “rehabilitado”) muestra que el consumo de porno, sea esporádico, compulsivo o adictivo, puede ser vencido. “Para derrotar al porno y a la lujuria tienes que buscar ayuda. No te puedes engañar: en solitario no puede nadie”, explica. Y cuenta: “Un día que ya no podía más, y aunque ya no era muy creyente, pedí a Dios que me ayudara. Hoy sé que Él me llevó hasta Sexólicos Anónimos. Otra gente va a otros sitios, porque lo importante es pedir ayuda: esto no tiene que ver con ser creyente”.

Tras dos años y medio sin ver pornografía, Lucas concluye: “He descubierto una nueva forma de vida más libre, realista y feliz. Ya no tengo que esconderme. He ganado”.

Un misil contra la salud y la familia

El consumo de imágenes pornográficas, incluso de forma esporádica, puede causar severos problemas de salud. La causa última está en la dopamina. Al ver porno, el cerebro libera de forma muy rápida grandes cantidades de este neurotransmisor, conocido como hormona de la felicidad, que es el mismo que se genera en dosis más moderadas cuando dormimos... y en grandísimas cantidades en los estados de vigilia.

Así, aunque la persona haga un esfuerzo por no ver pornografía, para obtener los niveles de dopamina a los que está acostumbrado, su cerebro le induce la necesidad física de mantenerse más tiempo despierto a costa de las horas de sueño. Y esa falta de sueño es un misil en la línea de flotación de la salud: baja las defensas, altera la percepción sensorial, provoca irritabilidad y mal humor, incide en procesos como la digestión o la hidratación...

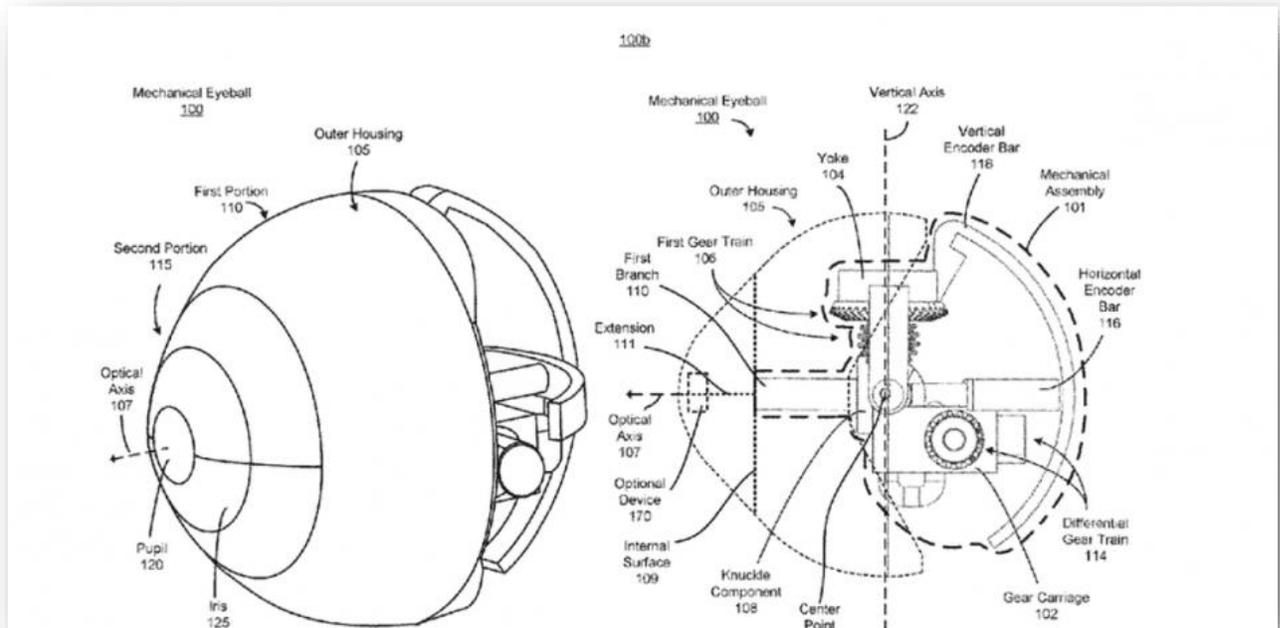
Además, la pornografía tiene terribles efectos para la sociedad y para la familia. Según la Academia Americana de Abogados Matrimonialistas, con datos de 2010, el porno interviene en el 58 por ciento de los divorcios, multiplica un 318 por ciento las infidelidades y tiene estrecha relación con el incremento de agresiones y delitos sexuales.

Ver Kimberly S. Young. CLASIFICACIÓN DE LOS SUBTIPOS, CONSECUENCIAS Y CAUSAS DE LA ADICCIÓN A INTERNET. St. Bonaventure University, NY (Estados Unidos). En Psicología Conductual, Vol. 13, N° 3, 2005, pp. 463-480. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/09.Young_13-2oa.pdf

Meta patenta un ojo robótico para mejorar su metaverso⁸³

VISIÓN PARA ROBOTS

Este globo ocular, igual que la piel fina con tacto para robots, es una de las herramientas que la compañía podría utilizar para mejorar su mundo virtual



Los robots podrán 'ver' gracias a este ojo

TEKNEO, 16/01/2022

Meta no deja de trabajar en su metaverso⁸⁴, su intento de trasladar la vida real a un mundo de avatares. El conglomerado se está estrujando los sesos para encontrar posibles mejoras que se pueden implementar para que su universo virtual, que ha sido criticado por Elon Musk⁸⁵, sea lo más cómodo y accesible para los usuarios.

En este sentido, la compañía que dirige Mark Zuckerberg, además del metaverso, también tiene otros frentes abiertos. Es el caso del ojo mecánico que acaba de

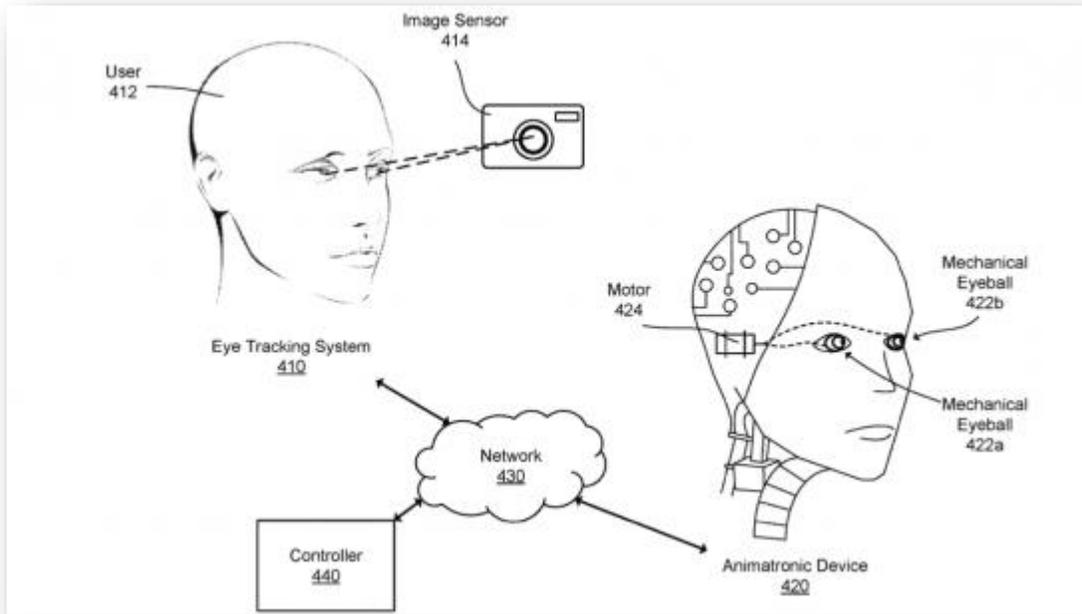
⁸³ <https://www.lavanguardia.com/tecnologia/20220116/7990819/ojo-robotico-meta-metaverso-pmv.html>

⁸⁴ <https://www.lavanguardia.com/videojuegos/20211019/7799242/metaverso-que-es-mark-zuckerberg-facebook-fortnite-microsoft.html>

⁸⁵ <https://www.lavanguardia.com/tecnologia/20220107/7965956/elon-musk-metaverso-mark-zuckerberg-neuralink-pmv.html>

patentar y que, de una manera u otra, acabará ayudando a mejorar su ambicioso metaverso.

Insider ha conseguido tener acceso a la patente de este globo ocular mecánico, que fue registrado en diciembre, y que está diseñado para parecerse a un ojo humano: en este artefacto se imitan la la esclerótica, la retina y la córnea de un ojo humano, así como la pupila y el iris.



La visión se irá perfeccionando utilizando datos de ojos reales

En Meta quieren incorporar este ojo, que tiene dos ejes de rotación que se cruzan en un punto central, a la cabeza de un robot animatrónico, que lo utilizaría para poder ver gracias a sus sensores. Esta visión, que en ningún caso sería como la de las personas, se podría ir entrenando para mejorarla a través del aprendizaje automático utilizando los datos recopilados de ojos humanos reales.

Con la mirada puesta en el metaverso

La compañía podría utilizar este ojo para acelerar el desarrollo de sus aplicaciones de realidad aumentada y realidad virtual. En este sentido, podría

llegar a ser una herramienta fundamental para su metaverso, que no acaba de arrancar⁸⁶.

Durante el pasado mes de noviembre se anunció que Meta se había asociado con la Universidad Carnegie Mellon para desarrollar una especie de piel para robots que les otorgaría sentido del tacto. Para Zuckerberg, esta piel, igual que el ojo, tendría un gran impacto para "crear "objetos virtuales realistas e interacciones físicas en el metaverso".

⁸⁶<https://www.lavanguardia.com/tecnologia/20220106/7971644/facebook-organizado-tres-conciertos-metaverso-fracaso-pmv.html>

Identificado el virus que causa la esclerosis múltiple⁸⁷



El descubrimiento abre la vía a mejorar la prevención con vacunas y el tratamiento con fármacos antivirales

Josep Corbella, Barcelona 14/01/2022

La esclerosis múltiple, una enfermedad neurodegenerativa que afecta a unas 50.000 personas en España, es consecuencia de la infección por el virus de Epstein-Barr, según una investigación que ha analizado todos los casos diagnosticados a lo largo de veinte años en una muestra de más de diez millones de personas de Estados Unidos. Los resultados, presentados hoy en la revista *Science*, abren la vía a prevenir la esclerosis múltiple con vacunas y a mejorar su tratamiento con fármacos antivirales.

“Es un avance muy importante que aportará energía a la investigación en esclerosis múltiple para mejorar la atención a los pacientes y para evitar casos

⁸⁷<https://www.lavanguardia.com/cdn.ampproject.org/c/s/www.lavanguardia.com/ciencia/20220113/7985769/virus-epstein-barr-causa-esclerosis-multiple.amp.html>

de la enfermedad en el futuro”, destaca Xavier Montalban, neurólogo del hospital Vall d’Hebron y director del Centre d’Esclerosi Múltiple de Catalunya (Cemcat).



Centro de esclerosis múltiple en el Hospital Vall d'Hebron. Propias

La compañía Moderna ha iniciado un ensayo clínico de una vacuna contra el virus de Epstein-Barr

La enfermedad, que suele iniciarse entre los 25 y los 35 años de edad, se caracteriza por la destrucción de la mielina, una vaina aislante que recubre los axones de las neuronas. Al degradarse la mielina, las neuronas pierden capacidad de transmitir señales nerviosas. De ahí que los síntomas más comunes de la esclerosis múltiple incluyan problemas de equilibrio y coordinación, cosquilleo y entumecimiento en las extremidades, problemas de visión, trastornos del habla o incontinencia urinaria.

Investigaciones anteriores han demostrado que la mielina se destruye por una reacción autoinmune en que el sistema inmunitario ataca las neuronas por error. Pero la causa de este ataque autoinmune aún no se había podido identificar.

El virus de Epstein-Barr era el sospechoso número uno. Este virus, que se transmite principalmente a través de la saliva y es uno de los más comunes en la especie humana, infecta los linfocitos B, un tipo de células inmunitarias que producen anticuerpos. Algunos de los anticuerpos producidos a raíz de la infección parecen atacar la mielina. La nueva investigación, realizada en la Escuela de Salud Pública de Harvard (EE.UU.), aporta ahora las pruebas que demuestran la culpabilidad del virus.

Los investigadores han revisado datos de más de diez millones de jóvenes alistados en el Ejército de Estados Unidos, a los que se extrae sangre cada dos años. Se diagnosticó esclerosis múltiple a 955 de ellos mientras estaban en activo entre 1993 y 2013.



Pacientes de esclerosis múltiple en el hospital de Vall d Hebron, en Barcelona

La mayoría habían contraído el virus de Epstein-Barr antes de alistarse. Pero se identificaron 34 casos de personas que no habían contraído la infección en el momento de alistarse, se contagiaron posteriormente y más adelante desarrollaron esclerosis múltiple. El tiempo medio entre la infección y el diagnóstico fue de siete años y medio.

Dado que solo una minoría de las personas infectadas por el virus de Epstein-Barr desarrollan esclerosis múltiple, tienen que haber otros factores que influyan en el origen de la enfermedad, observa Xavier Montalban. Los factores de riesgo identificados hasta ahora incluyen la predisposición genética, el tabaquismo, la obesidad y el déficit de vitamina D. También pueden influir factores hormonales, ya que las mujeres tienen el triple de riesgo de sufrir esclerosis múltiple que los hombres. Pero los nuevos datos indican que, si no se produce una infección por el virus de Epstein-Barr, el riesgo de desarrollar esclerosis múltiple es prácticamente nulo.

Solo una minoría de las personas que contraen el virus de Epstein-Barr desarrollan esclerosis múltiple

“La gran mayoría de casos de esclerosis múltiple están causados por el virus de Epstein-Barr y potencialmente se podrían prevenir con una vacuna adecuada”, escriben los investigadores de la Escuela de Salud Pública de Harvard en Science.

La compañía Moderna anunció el 20 de diciembre el inicio de un ensayo clínico de una primera vacuna contra el virus de Epstein-Barr basada en la tecnología del ARN mensajero. El ensayo clínico, que se realizará en Estados Unidos con 272 voluntarios de entre 18 y 30 años, se alargará hasta junio de 2023. Si los resultados son positivos, la vacuna podría ser eficaz no solo para prevenir la esclerosis múltiple sino también las otras enfermedades que el virus de Epstein-Barr puede causar: mononucleosis (popularmente conocida como la enfermedad del beso)⁸⁸, linfoma de Burkitt o linfoma de Hodgkin, entre otras.

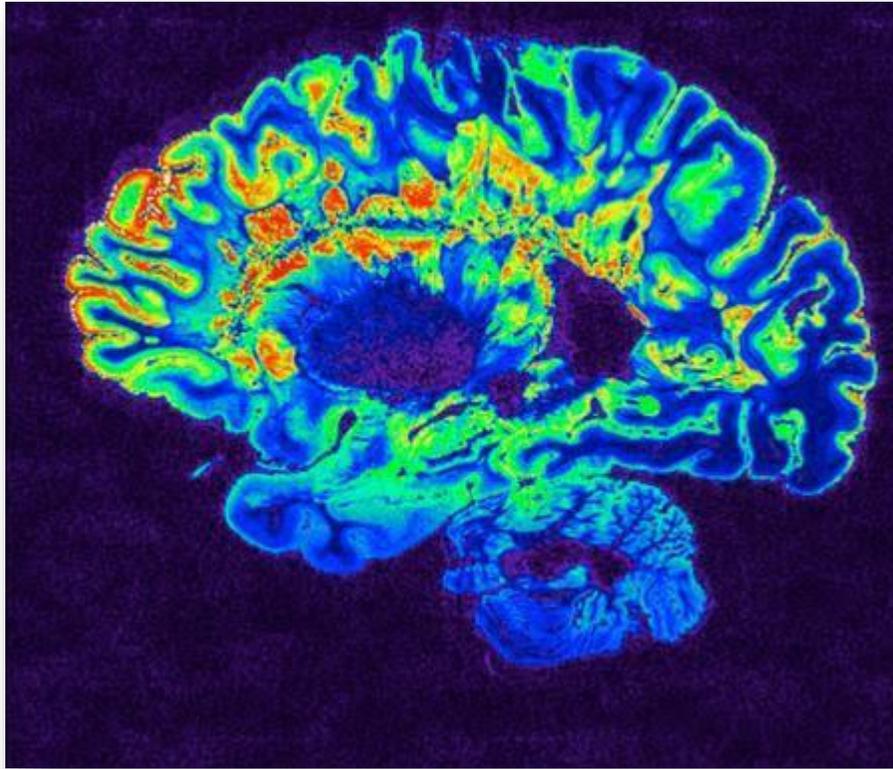
Los investigadores han analizado datos de más de diez millones de personas sobre un periodo de veinte años

El virus de Epstein-Barr no solo interviene en el origen sino probablemente también en la progresión de la esclerosis múltiple, apuntan los investigadores de la Escuela de Medicina de Harvard. Recuerdan que se ha encontrado este virus en neuronas dañadas de algunos pacientes y que los fármacos que se utilizan actualmente para tratar la enfermedad (los anticuerpos anti-CD20) atacan las células inmunitarias en las que se encuentra el virus. Un fármaco antiviral que ataque directamente el virus de Epstein-Barr, señalan los investigadores, podría tener más eficacia con menos efectos secundarios.

Los investigadores han analizado datos de más de diez millones de personas sobre un periodo de veinte años

88

<https://www.lavanguardia.com/vida/salud/enfermedades-infecciosas/20190413/461606388035/monucleosis-saliva-beso-contagio-virus-epstein-barr-herpresvirus-citomegalovirus.html?facet=amp>



Govind Bhagavatheeshwaran, Daniel Reich, National Institute of Neurological Disorders and Stroke, National Institutes of Health

“Puede nuevas oportunidades de terapia”, destacan William Robinson y Lawrence Steinman, de la Universidad de Stanford (EE.UU.), en un artículo de análisis en Science. “Ahora que el desencadenante inicial de la esclerosis múltiple se ha identificado, tal vez la esclerosis múltiple se podría erradicar”.

[¿Cómo puede un virus común causar la esclerosis múltiple?](#)

[¿Qué es la esclerosis múltiple?](#)

Eutanasia, no; eubiosia, sí... los médicos católicos italianos explican en qué consiste⁸⁹



Médicos católicos italianos de AMCI en 2021 en un convento franciscano en la fiesta de San Lucas, médico y evangelista

ReL, 19 enero 2022

¿Qué es la eubiosia? Del griego "vivir bien", la eubiosia es lo contrario de la eutanasia. Es "la buena vida, el verdadero desafío para un renovado humanismo del cuidado, que se reafirma potenciando el admirable compromiso personal y profesional, científico y humano, que siempre ha distinguido la acción médica en la lucha diaria contra la enfermedad, a favor de la dignidad de la vida, nunca suficientemente comprendida".

Así lo explica el Manifiesto⁹⁰ que ha difundido el **presidente de la Asociación Médica Católica Italiana (AMCI⁹¹)**, **Filippo M. Boscia**, comentando los movimientos para intentar implantar la eutanasia en Italia.

⁸⁹ https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/337406455/eutanasia-no-eubiosia-si-medicos-catolicos-italianos.html

⁹⁰ <https://www.amci.org/index.php/eventi/801-boscia-manifesto-dei-medici-cattolici-il-medico-e-per-la-vita-no-al-disumano-ragionevole-per-pieta>

⁹¹ <https://www.amci.org/>

(España, por desgracia, y quizá para vergüenza del catolicismo español, no tiene una asociación médica católica).

Boscia protesta al escuchar que **"algunos comienzan a distinguir entre "vida" y "no vida", entre "digno" y "no digno", entre "morir con dignidad" y "morir sin dignidad", etiquetando así muchas condiciones de vida con juicios subjetivos y arbitrarios frágiles"**.

"Debemos tener mucho cuidado para **no aceptar fácilmente lo inhumano como piedad**, lo inhumano como si fuera una compasión razonable", advierte.

"Creemos firmemente que **el suicidio asistido y la eutanasia no pueden incluirse entre los deberes profesionales y éticos del médico**. Estas opciones no son posibles ni practicables en la alianza médico-paciente y en la relación de cuidado y confianza: el médico se encontraría en conflicto moral consigo mismo, especialmente si sus actividades fueran meras actuaciones técnicas sin valor humano y ético", añade el manifiesto.

Acompañar, cuidar, evitar el encarnizamiento, no matar

"En el proceso de morir la acción del médico debe ser de **acompañamiento, de empatía, de proximidad humana**, de compromiso profesional, ciertamente **renunciando siempre a terapias desproporcionadas o extraordinarias**, inútiles, fútiles y onerosas", añade.

Pide **"garantizar el acceso a los cuidados paliativos y a la terapia del dolor"** y que esto se logre "de manera homogénea y universalista", atendiendo "al enfermo terminal en un camino existencial, sustentado al máximo por las relaciones humanas y afectivas".

Los buenos médicos "tienen la obligación de **indicar la proporcionalidad de los tratamientos** teniendo en cuenta la historia natural de la enfermedad. Siguen teniendo la obligación de realizar terapias del dolor y cuidados paliativos adecuados, eficaces y completos sin excluir apodícticamente las sedaciones paliativas profundas y sin provocar nunca actos de abandono, sustracción o ausencia de atención".

Los médicos católicos, aclara, **no pueden "administrar drogas con fines de eutanasia o complacer los deseos suicidas"**.

"A los médicos no se les puede asignar la tarea de causar o provocar la muerte", protesta Boscia. "En el caso de una **ley intrínsecamente injusta, el médico tendrá siempre el deber de obedecer a su conciencia profesional"**.

Peligro para la democracia, el bien común y las personas frágiles

Además, **despenalizar la eutanasia, "puede comprometer los fundamentos mismos de la democracia y el bien común** y alterar los principios de solidaridad y justicia reservados para las personas más frágiles. Insistimos en que el Estado nunca niegue formas de asistencia y protección a los enfermos crónicos, ancianos, discapacitados, enfermos mentales, etc., apoyando así formas de **eutanasia social o selección de frágiles y débiles"**.

La Asociación de Médicos Católicos nació durante la ocupación alemana de Roma, en 1943, cuando en la Acción Católica italiana se decidió que las organizaciones de laicos se organizaran con "formación específica y capacidad de influencia profesional". En julio de 1944, el presidente de la Juventud de Acción Católica, Luigi Gedda, y **7 médicos de entre 30 y 40 años, se reunieron en la iglesia de los padres barnabitas en Roma**, en la fiesta de su fundador, San Antonio María Zaccaria -quien siempre se mostró interesado en la medicina- y ante su altar se comprometieron en **fundar esta asociación, hoy presente por toda Italia.**

Ver también:

<https://www.aciprensa.com/noticias/medicos-catolicos-dicen-no-a-la-eutanasia-no-podemos-provocar-la-muerte-37005>

La surrogata più prolifica del mondo cerca il suo “bambino numero nove”⁹²

Aveva affittato l'utero così tante volte da dare per scontato che anche quel figlio fosse dei “committenti”. Invece era suo e del marito. Storia di Carole Horlock, madre biologica di 13 neonati



Caterina Giojelli, 19/01/2022

La signora Carole Horlock, 55 anni, di Colchester nell'Essex, una vita tra il Regno Unito e la sua fattoria a Bordeaux, è conosciuta come la **madre surrogata** più prolifica del pianeta («l'utero migliore del mondo», l'hanno ribattezzata i giornali) e ne va fierissima. Prima di andare in “pensione” ha partorito 13 bambini, è entrata nel Guinness dei Primati ed è stata la voce narrante dello storytelling sull'**utero in affitto “solidale”**⁹³ più ascoltata dai tabloid inglesi: «Sono immensamente orgogliosa della mia carriera di madre surrogata e di avere 13 bambini amati dalle loro famiglie», «la maternità surrogata ha portato a me e alle famiglie che ho aiutato una gioia incommensurabile», «la maternità surrogata è il dono supremo che una donna può fare a un'altra», ha raccontato per anni in tv e sui giornali.

⁹² <https://www.tempi.it/madre-surrogata-cerca-bambino-numero-nove/>

⁹³ <https://www.tempi.it/surrogata-solidale-bambina-ucraina/>

Lo storytelling della surrogata

«Non mi preoccupa il fatto che la mia progenie venga allevata da qualcun altro. La biologia è la parte facile; maternità è allattare, nutrire, crescere un bambino», ha assicurato la donna ad ogni intervista rilasciata in principio di ogni nuova gravidanza su commissione («lo faccio per amore», è il mantra di Horlock e delle surrogate solidali ricompensate con rimborsi spese invece di una tariffa fissa come nella surrogata commerciale) promettendo che prima o poi si sarebbe fermata.

Come quella volta che perse un bambino a 50 anni, dopo una fecondazione in vitro in Grecia: «Purtroppo, l'ovulo della donatrice era "rovinato" e la gravidanza è fallita non a causa della mia età, ma perché l'embrione non era vitale. Non ho legato con quella coppia, mi sentivo per loro solo una macchina per fare i bambini». Nonostante questo, e nonostante la ferma contrarietà delle sue due figlie biologiche, ormai adulte e preoccupate della salute della loro madre, la donna si rifiutò di sospendere "le attività"; chiese anzi un permesso speciale a un comitato etico per continuare a fare la surrogata **anche dopo i 52 anni suonati**⁹⁴: «Userò gli ovuli e lo sperma della coppia (spesso aveva fornito anche i propri ovociti ai committenti, ndr), non c'è assolutamente alcun motivo per cui la gravidanza non sia un successo», «desidero disperatamente portare un altro bambino».

LEGGI ANCHE:

“Mamma, perché mi hai abbandonato?”. Chiedetelo a chi straparla di surrogata⁹⁵

20 NOVEMBRE 2021

Il bambino “numero 9”

Oggi la signora Horlock **torna a parlare a tv e giornali**⁹⁶: questa volta però non lo fa per annunciare la nascita di altri due o tre gemelli, né l'inizio di una nuova gravidanza, ma per implorare un incontro col bambino “numero 9” che compirà 18 anni a giugno. Un bambino surrogato speciale, «ho pensato più a lui che ha tutti gli altri, mi si spezzerebbe il cuore se non volesse conoscere me e Paul». Perché a differenza degli altri il “bambino numero 9”, partorito nel 2004,

⁹⁴<https://www.dailymail.co.uk/news/article-7539757/Surrogate-mum-14th-time-52-admits-pregnancy-compulsion.html>

⁹⁵<https://www.tempi.it/surrogata-ucraina-marina-terragni/>

⁹⁶<https://www.mirror.co.uk/news/uk-news/worlds-most-prolific-surrogate-mum-25917978>

non condivide una sola cellula con la coppia di committenti che si fanno chiamare mamma e papà: il bambino numero 9 è di Carole e di suo marito.

Holrock racconta di averlo dato via inconsapevolmente nel 2004: si era “autoinseminata” nove mesi prima con il seme di un uomo di affari che insieme alla moglie inglese cercava di avere un bambino. E ha dato per scontato, una volta incinta, che quel figlio in pancia fosse loro. E invece. «Questo ragazzino è stato creato inavvertitamente con un atto d’amore tra me e il mio partner. Non lo sapevamo quando lo abbiamo consegnato»: usa questa terminologia Holrock per giustificare l’evento più naturale del mondo, due persone che con un atto sessuale – e non con siringhe, guanti, provette – concepiscono un bambino. Così naturale che dopo aver fatto di tutto per snaturarlo ed evitarlo – «portavo i figli degli altri», «non avevamo figli nostri, ne avevamo da precedenti relazioni», «abbiamo preso precauzioni», «non ci siamo astenuti dal sesso (come suggerito alle surrogate, ndr) ma abbiamo usato contraccettivi» – Holrock non ha assolutamente pensato che quel figlio fosse davvero suo.

«Quel figlio surrogato era mio»

Era stata una gravidanza da manuale, i “genitori intenzionali” avevano partecipato con gioia a tutte le ecografie, Holrock aveva preso tutte «le distanze psicologiche» del caso, certa di avere imparato a non «investire emotivamente nella gravidanza, altrimenti ti si spezza il cuore alla consegna del bambino». A sei settimane dal parto stava già pensando alla prossima coppia da aiutare quando l’uomo d’affari, furioso, chiamò l’agenzia: quel figlio commissionato non era suo. Un secondo test del Dna aveva in seguito confermato: il bambino era della mamma surrogata e di suo marito Paul. «Cosa avremmo dovuto fare? Era una situazione terribile per tutti. “Lo vogliono ancora?”, chiedevo continuamente all’agenzia, “vogliono restituirlo?”. Dopo tutto lo avevano amato fin dal concepimento e lo avevano cresciuto loro appena nato, mentre io avevo solo fornito l’utero e mi ero allontanata mentalmente da lui per tutti i nove mesi della gravidanza». Alla fine, «fu Paul a prendere la decisione. Disse: “Se non lo vogliono, lo tireremo su noi”. Ma se lo amavano ancora e volevano tenerlo, lo avremmo lasciato stare con loro». E così fu.

Ma la vita non è uno spot sulla surrogata. Dopo aver sbrigato le pratiche dell’adozione, la coppia iniziò a defilarsi. Qualche anno di comunicazioni postali finché i rapporti si interruppero completamente. E Holrock iniziò a sentire la mancanza di quelle lettere e delle notizie di suo figlio, a farsi mille domande su cosa stava facendo, come stesse crescendo, a spiare i social della mamma adottiva per vedere le foto del suo ragazzo.

«Ma anche gli altri erano figli miei»

«Sono rimasta in contatto con quasi tutti i miei bambini surrogati, ma non con lui. Con il passare degli anni ho iniziato a pensare a lui ogni giorno», racconta la donna, spiegando di aver lasciato una lettera per suo figlio al Registro dei contatti per l'adozione nella speranza che, una volta maggiorenne, il ragazzo decidesse di conoscere sua madre e suo padre: «Paul ha sviluppato un problema cardiaco e mi si spezzerebbe il cuore se non si incontrassero mai». Non è la prima volta che cade il velo, si guasta lo zucchero, si scioglie il cotone idrofilo con cui è stata infiocchettata, addolcita, ovattata la farsa criminale dell'utero in affitto. La signora Carole Horlock non si dice pentita ma non si presenta più come «il migliore utero del mondo» in televisione. Non parla più di doni e gioia incommensurabile. Carole Horlock ha un nuovo, disperato, desiderio: conoscere suo figlio.

Alla gente che le chiede “come hai potuto dare via questo bambino che era tuo” non propina più lo storytelling sulla distanza emotiva in utero ma la cruda verità: anche gli altri «bambini surrogati che ho dato via sono stati miei biologicamente». La differenza, spiega, è che questo bambino è figlio «anche di Paul». Difficile davanti a un padre continuare a concepirsi solo come un utero, concepire un figlio come un dono da consegnare chiavi in mano, concepire la biologia come una faccenda del tutto superabile dalle intenzioni dell'amore.

Francia pretende prohibir las terapias de reorientación sexual⁹⁷

OBSERVATORIO DE BIOETICA UCV, 27 enero 2022



La Asamblea Nacional francesa acaba de aprobar por unanimidad (142 votos a favor y ninguno en contra), una ley que prohíbe las “terapias de reorientación” sexual que traten de imponer la heterosexualidad a lesbianas, gays, bisexuales y transexuales. Además, anuncia sanciones de hasta tres años de prisión y multas de hasta 45.000 euros a quien trate de imponer una orientación sexual o de género⁹⁸.

“No hay nada que curar. Ser uno mismo no es un delito, no debemos intentar cambiar la identidad de género o la orientación sexual” de las personas, ha afirmado la ministra francesa de Igualdad y Diversidad, Elisabeth Moreno. Asimismo, la ministra califica las llamadas terapias de conversión de “bárbaras” y el sufrimiento “muy a menudo deja marcas permanentes en los cuerpos y las mentes”⁹⁹.



El presidente de Francia, Emmanuel Macron, celebró en su cuenta de Twitter la aprobación de la ley, asegurando que “estas prácticas indignas no tienen cabida en la República. Ser uno mismo no es un delito, porque no hay nada que curar”.

⁹⁷<https://www.observatoriobioetica.org/2022/01/francia-pretende-prohibir-las-terapias-de-reorientacion-sexual/37921>

⁹⁸<https://www.rtve.es/noticias/20211006/asamblea-nacional-francesa-prohibir-terapias-conversion/2181560.shtml>

⁹⁹ <https://www.france24.com/es/francia/20220126-francia-ley-prohibicion-terapias-conversion-lgbtq>



Esta posible Ley, que aún debe tramitarse en el Senado, ha despertado movilizaciones en el país, apoyadas por las redes sociales, donde un colectivo de “víctimas” de la reorientación lidera la iniciativa.

Francia no es el primer país que pretende prohibir las “terapias de conversión”. Países Bajos y Reino Unido están tomando medidas parecidas. También Canadá ha aprobado un proyecto de ley en este sentido. En cambio, **países como**

Japón¹⁰⁰, **Suecia**¹⁰¹ y Gran Bretaña¹⁰² y algunos estados de EEUU, han modificado sus posturas al respecto incluyendo muchas más restricciones a la aplicación de los tratamientos de **transición de género**¹⁰³ por la falta de evidencia científica que los avale y el alto riesgo que suponen para los pacientes¹⁰⁴.

Valoración Bioética

Las afirmaciones, tanto de la ministra francesa Elisabeth Moreno como del presidente Macron acerca de que “no hay nada que curar”, no se sostienen si se toman en cuenta las evidencias científicas relacionadas con los casos de disforia de género. Con elevada frecuencia, la disforia que en si misma supone un proceso doloroso para el que la sufre, necesitado de atención y tratamiento, aparece asociada a otros trastornos que pueden originarla o agravarla. Ignorarlos, evitando cualquier diagnóstico previo, supone introducir riesgos inasumibles en los pacientes afectados que tras los procesos de transición, experimentan un agravamiento de sus síntomas y un empeoramiento de su calidad de vida, de su disforia y de los trastornos previos que pudieran existir. Estos síntomas pueden tardar en presentarse varios años después de la intervención, y ello ha promovido que muchos especialistas de diversos países como hemos mencionado, estimen que la relación riesgo beneficio de estas intervenciones sea desfavorable, máxime cuando se llevan a cabo prematuramente al comienzo de la adolescencia. La irreversibilidad de muchos de estos procesos puede dejar secuelas permanentes en los afectados, como recogen **algunas experiencias de arrepentidos**¹⁰⁵.

¹⁰⁰<https://www.observatoriobioetica.org/2019/05/se-restringen-en-japon-las-terapias-de-regeneracion-de-sexo/30540>

¹⁰¹<https://www.observatoriobioetica.org/2021/12/una-investigacion-en-suecia-revela-los-graves-danos-producidos-por-los-tratamientos-de-transicion-de-genero-en-ninos/37640>

¹⁰²<https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>

¹⁰³<https://www.observatoriobioetica.org/2017/06/mas-sobre-transexualismo/19464>

¹⁰⁴[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30739-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30739-1/fulltext)

¹⁰⁵<https://www.observatoriobioetica.org/2022/01/un-transexual-arrepentido-destapa-las-mentiras-de-la-ideologia-de-genero/37919>

Adiós al «nosotras decidimos»: según un estudio, el hombre es «determinante» antes de abortar

El documento de Care Net profundiza en el papel de la pareja en los abortos



Según el nuevo informe de Care Net, "lo que dice el hombre determina la trayectoria" de la decisión de abortar o seguir adelante.

J.M.Carrera / ReL

01 febrero 2022

Según la principal conclusión del informe publicado recientemente¹⁰⁶ por la organización provida Care Net¹⁰⁷, la consigna feminista que afirma **que el aborto es una decisión exclusiva de la mujer está cerca de ser desmontada por completo**. De hecho, el informe muestra que los novios y parejas de las mujeres que van a abortar no son solo a los que primero recurren para tomar la decisión: también son los que más influyen.

¹⁰⁶ <https://www.care-net.org/mens-survey>

¹⁰⁷ <https://www.care-net.org/>

El *Estudio de hombres cuya pareja ha tenido un aborto* ha sido encargado por Care Net a Lifeway Research y se realizó entre febrero y marzo de 2021, consultando a **1000 hombres mayores de 18 años en la situación descrita**.

Preguntados por la influencia y decisión que recomendaron tener a su pareja antes de que esta tomase una postura definitiva, **el 42% respondió haber recomendado el aborto a sus parejas frente a un 27% que lo desaconsejó**.

Sin embargo, al presidente y director ejecutivo de Care Net, Roland Warren, la cifra que le resultó más significativa de esta pregunta es **el 31% que no ofreció a su pareja ningún consejo sobre el aborto**. Y es que para Warren es factible considerar que ese porcentaje estaría, al menos tácitamente, en contra del aborto.

"Creemos que **estos hombres serían más partidarios de la postura provida que de la abortista**: si [su pareja] sigue adelante y tiene el hijo y el no quiere que lo tenga, el riesgo de permanecer en silencio es bastante elevado como para no pronunciarse", explica.

"Por ello, nuestra perspectiva es que **si él no dijo nada, no es porque quisiera que ella abortara al niño**: la cultura ha afectado tanto a los hombres en los últimos 40 años que aquellos que normalmente ayudarían a su pareja a llevar el embarazo a término, hoy a menudo guardan silencio", añade Warren.

El novio o pareja, por encima del médico

Es por ello, recoge *Live Action*¹⁰⁸, que la cifra en la que se centra Care Net es este 31%, especialmente en base a las conclusiones de uno de sus informes de 2015, según el cual **las mujeres que habían abortado indicaron que escuchaban más a sus parejas que a ningún otro**, ya fuese el médico o miembros de su familia.

"**Si una mujer le dice a un chico que está embarazada, lo que él dice a continuación determina la trayectoria** de lo que ocurrirá", afirma. Por ello, el directivo incidió en la "gran necesidad y urgencia" de lograr que los hombres participen en estas conversaciones "desde una perspectiva pródica", añadió.

Es el caso de la iniciativa provida Sav-a-Life¹⁰⁹, dirigida por Lisa Hogan, que atiende a más de 1.000 padres cada año, a los que se asesora e imparte formación de cara al papel activo que tienen respecto de la vida de sus hijos incluso antes de que nazcan.

¹⁰⁸ <https://www.liveaction.org/news/survey-abortion-men-decision-abortion/>

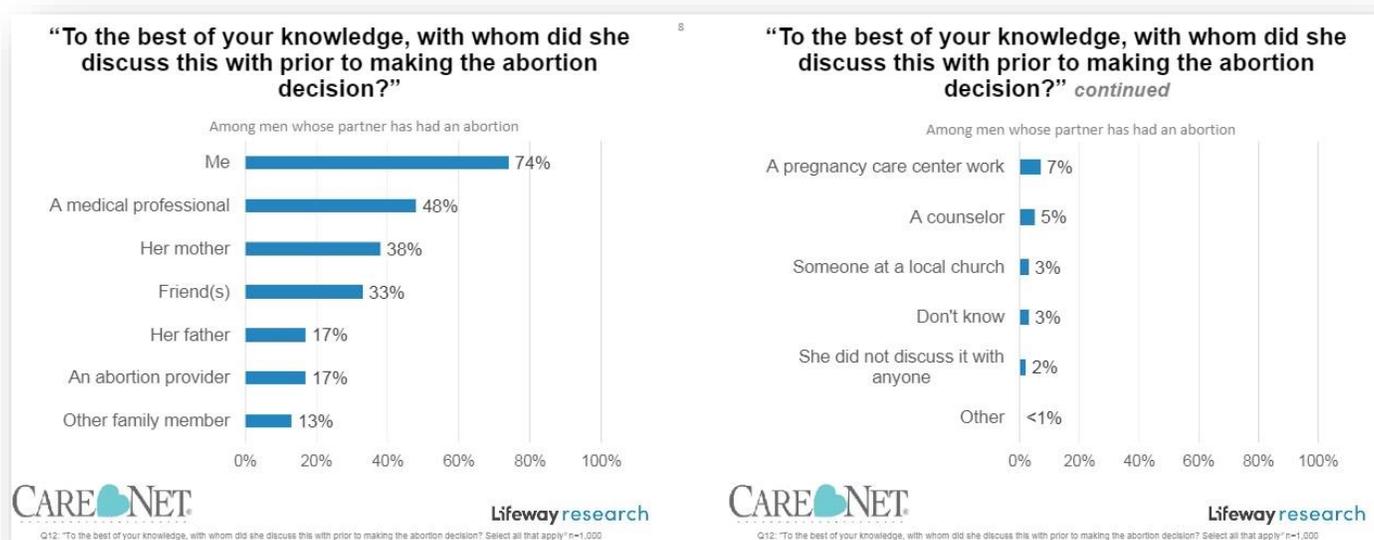
¹⁰⁹ <https://www.savafetroy.org/>

Entre las razones que ofrecían a sus parejas los hombres partidarios del aborto, un **46%** eran económicas -"no podemos permitirnos un niño en este momento"- y un **39%** consideraba "no estar preparado para ser padre".

Una de las conclusiones más destacadas y uniformes de la estadística es el **destacado peso del hombre en la resolución definitiva para abortar o seguir adelante con el embarazo.**

Máxima influencia para abortar, mínima para la vida

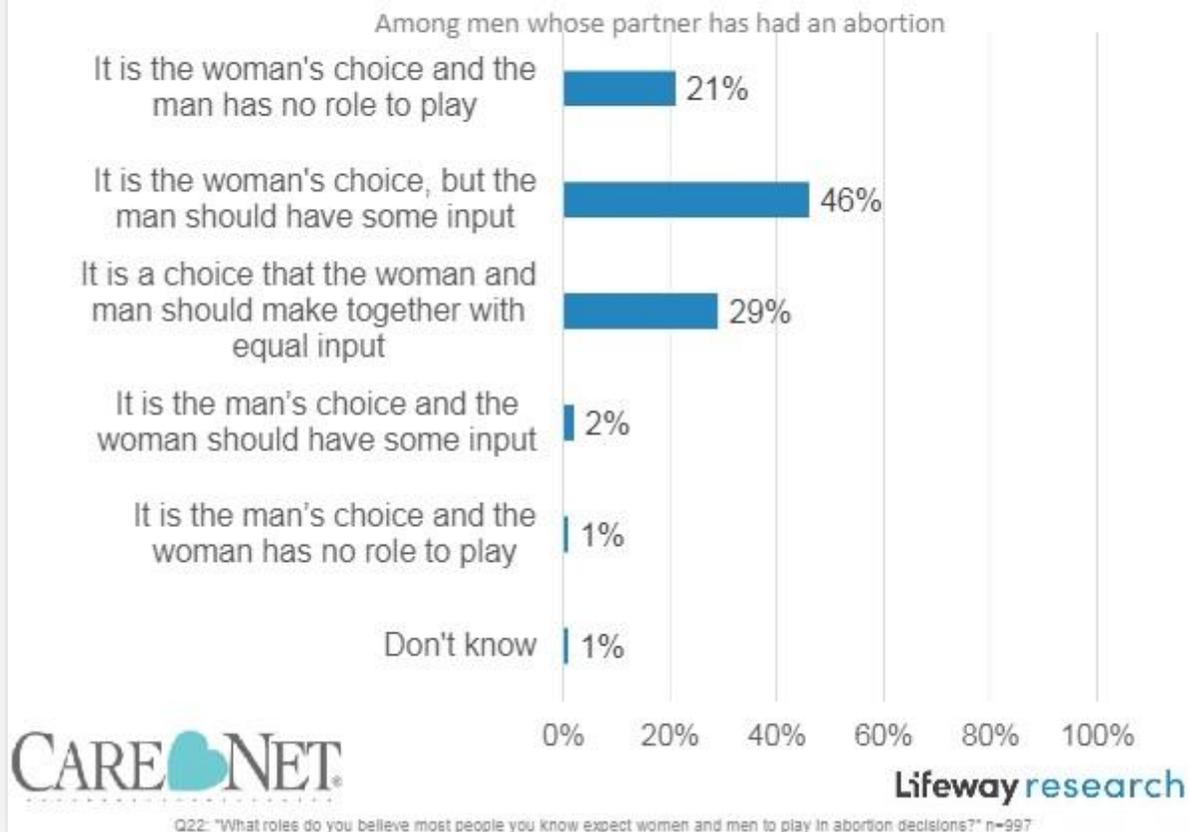
A la pregunta **¿Con quién discutió esto antes de tomar la decisión?**, un **74%** de los hombres consultados respondieron "conmigo", quedando los profesionales sanitarios o las madres en unos lejanos 48 y 38%, respectivamente. Después de que sus parejas se sometiesen al aborto, **el 38%** de los consultados admitió haber sido la mayor influencia en la decisión.



En este sentido, es llamativo que la mayoría de los participantes considera que la decisión de abortar no debería ser tomada de forma unilateral.

Frente a un 21% que considera que "el hombre no juega ningún papel" en esta decisión, **el 67%** es partidario de que o bien el hombre tenga "alguna" capacidad de decidir en caso afirmativo o bien de que debería ser una **decisión consensuada para llevarla a cabo.**

67% say than an abortion is the woman's choice, with 46% saying the man should have some input



Los católicos, a la cabeza en abortos

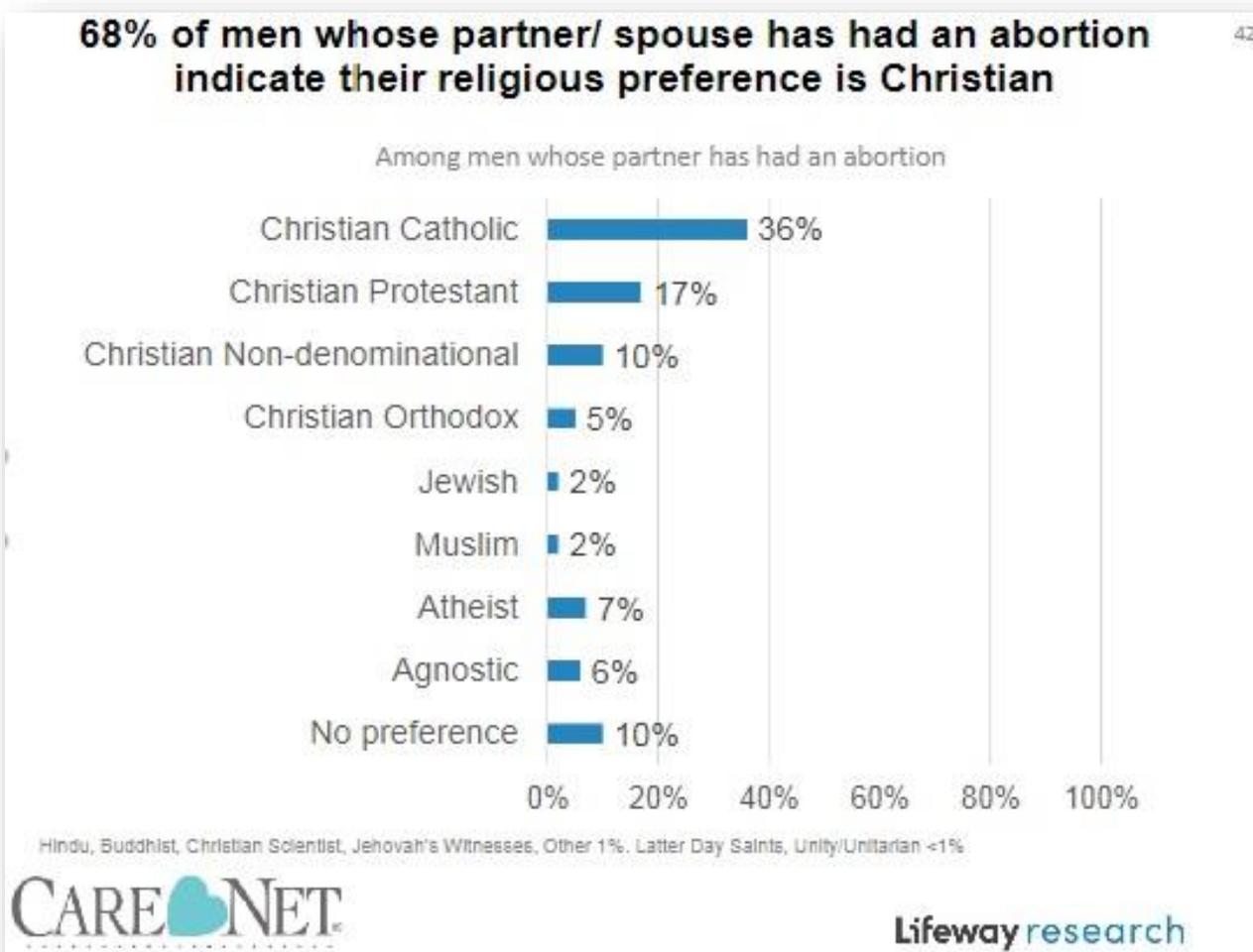
Según el informe, cuatro de cada diez consultados reconoció que el matrimonio no estaba en sus planes, frente a un 29% que afirmaba que era una idea compartida por ambos.

En torno a la práctica y asistencia religiosa en el momento del primer aborto - uno de los principales objetivos del informe- **el 46% reconoció ir, como mínimo, una vez al mes a una iglesia cristiana.**

El documento revela también algunos aspectos relativos al síndrome postaborto, en lo referido por ejemplo a la creencia de poder ser perdonados por abortos pasados: **un porcentaje superior de hombres (51%) sobre el de mujeres (43%) creía que Dios les perdonaría haber cometido un aborto o colaborado con él.**

Es relevante también la confianza que el 62% de los encuestados deposita en las iglesias, al considerarlas instituciones preparadas para apoyar a las parejas en caso de que decidan seguir adelante con un embarazo no deseado.

Sin embargo, se resalta un dato preocupante de cara a la vivencia de la fe: del 68% de los encuestados que confirmó que "el cristianismo" era la creencia de sus parejas **en el momento del aborto, el 36% de ellas se adscribían a la fe católica.**



El drama del suicidio: “No podía controlar mi mente y llevaba años sin dormir, hasta que decidí que lo mejor era irme de aquí”¹¹⁰

Hace tres años, Manuel despertó en el Gregorio Marañón y creyó que estaba muerto, que había logrado quitarse la vida; empezaba su segunda oportunidad



Manuel, de espaldas, observa un cuadro de un paciente en el Centro de Salud Mental Retiro, en Madrid FOTO: JESÚS G. FERIA LA RAZÓN

[MACARENA GUTIÉRREZ](#), 05-02-2022

Hace unos pocos años, habría sido impensable que un periódico como este publicara a doble página el testimonio de un intento de suicidio. Por temor a que se produjera un efecto imitación, por incomodidad, por ignorancia. Pero **la pandemia nos está impidiendo obviar por más tiempo las zonas oscuras**. La tiniebla lo invade todo y no queda más remedio que tratar de poner un poco de luz. Es lo que pretende Manuel (nombre ficticio) con este relato honesto y los

¹¹⁰ <https://www.larazon.es/sociedad/20220206/jwb575fbr5hwlkvnsmymdsnq4y.html>

profesionales del Centro de Salud Mental de Retiro, que le han ayudado a reconstruirse y le han facilitado empezar una segunda vida.

El protagonista de esta historia es un hombre en la cincuentena, casado, con un par de hijos. Hace unos tres años, «ciertos problemas económicos y de la vida en general» le abocaron a un callejón que él creía sin salida. Estuvo **varios meses dándole vueltas, con el ánimo hecho polvo, insomne, exhausto.**

Sentado en una sala de este ambulatorio dependiente del Hospital Gregorio Marañón, en Madrid, explica que «hacía tiempo que estaba metido en un hoyo, sin pedir ayuda porque pensaba que podía solo. No era capaz de controlar mi mente, llevaba años sin poder dormir. Era imposible. Igual me acostaba y a las dos o tres de la mañana ya estaba despierto para todo el día. Eso hace que estés agotado y todo vaya complicándose. Cada día me sentía más frágil, hasta que llegó un momento en que **consideré que lo mejor era irme de aquí**».

El alivio que le producía la ideación suicida es fácil de entender para cualquiera. El nivel de malestar llega a un grado que la muerte se antoja un bálsamo: **«Piensas que ese dolor desaparecerá, que no lo vas a sufrir más** porque no estarás aquí. Que tu familia estará mal unos meses y luego se le pasará, cosa que no es cierta. El sufrimiento empieza a tener fecha de caducidad. No habrá más problemas, ni más necesidades. Este es el círculo de pensamientos los meses previos».

Manuel cuenta que se **fijó una fecha para quitarse la vida que aún pospondría un par de veces.** Fue planeando la manera de hacerlo mientras evitaba por todos los medios que nadie de su círculo próximo adivinara sus intenciones. Él cree que cuando la voluntad de suicidarse es firme, como era la suya, no deja rastro.

En un punto **se disoció por completo de las emociones, comenzó a actuar «robóticamente»:** «Cuando llegó el momento, estaba como metido en una vía de tren, encarrilado e impulsado. No habría nada que me parase hasta que se acabara la vida. Y fuera». Por eso, el día marcado salió de casa «como cualquier otro, sin demostrar absolutamente nada. Fue totalmente imposible para mi entorno saber lo que iba a pasar, no di ninguna señal. Para todos fue una bofetada cuando se enteraron».

Manuel despertó en una cama del Marañón. **Pensaba que estaba muerto.** «Cuando abrí los ojos en el hospital creía que había llegado al cielo, que no estaba aquí. Además, una luz iluminaba desde arriba a mi mujer y veía su silueta a mi lado. Ella no se separó de mí ni un minuto».

Tardó en volver del coma, por momentos parecía que no lo iba a lograr por la contundencia de lo que había tomado. Una vez consciente, en lugar de frustración por la tentativa abortada se llenó de gratitud. «Sentí un agradecimiento pleno por esta segunda oportunidad que me daba la vida. Los meses posteriores con mi familia entera fueron como una luna de miel. Entre otras cosas, **retomé la relación con mi padre, que siempre fue conflictiva**. Hablamos mucho. Me apoyaron y entendieron por lo que había pasado».

Pese a que el entorno fue crucial en su recuperación, está seguro de que, por mucho amor y cuidado que le pongan, los familiares no están preparados para ofrecer el tipo de ayuda que se necesita después de volver de la muerte. Además, uno **trata de evitar hablar machaconamente sobre lo mismo** porque «se es consciente del gran dolor que produce».

La presencia en la sala en la que tiene lugar esta conversación de María Mallo, psicóloga clínica, y Adrián Capllonch, psiquiatra, valida su testimonio sin necesidad de apostillas. Sentados a ambos lados de Manuel, su actitud silente expresa lo que Manuel califica de «**calidez, ausencia de juicio, cercanía y comprensión** de la de verdad».

Manuel tuvo la suerte de ser derivado tras su **ingreso al Programa de Atención al Riesgo de Suicidio (Prisure)** de este centro de Retiro. Pionero en su género, fue puesto en marcha en 2014 y ha sido replicado en Moratalaz, también dependiente del Marañón. Ofrecen una intervención ambulatoria inmediata, intensiva, integral y multidisciplinar para pacientes adultos con riesgo moderado-alto de suicidio.

«**Lo más probable es que lo hubiera vuelto a intentar** de no ser por esta gente. Lograron revertir por completo mi estado de ánimo. Gracias a sus pautas y a las herramientas de la terapia, junto a la medicación, logré salir adelante y llegar hasta aquí», continúa. Han sido muchos meses de trabajo, de ir rebobinando hacia atrás en su biografía para comprender ciertas cosas, darse cuenta de la depresión que arrastraba y establecer unos cimientos firmes sobre los que volver a asentarse.

«En un principio, el seguimiento fue mucho más intenso. Venía constantemente y desde Enfermería **me llamaban a diario**, solo para saber cómo estaba». Pensar ahora en recibir el alta definitiva le da un vértigo enorme porque, aunque está «muchísimo mejor, más fuerte», sabe que en cuanto pone un pie aquí está en puerto seguro. «De verdad, me siento totalmente arropado, es un entorno cálido desde que entro por la puerta y me sonrío la persona de recepción».

El equipo multidisciplinar que han puesto en pie los trabajadores de este centro de la calle Lope de Rueda, por la que Manuel pasó millones de veces sin saber

que iba a ser tan determinante para su supervivencia, funciona. Tiene un éxito del 100%: de los más de 300 pacientes valorados, solo ha habido tres muertes de personas que, o bien no llegaron a entrar en el programa, o lo habían abandonado. Nadie les ha puesto más recursos, pero de la conversación con ellos se desprende que **están motivados como pocos sanitarios estos días**. El trabajo en equipo de Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría y los internos que pasan por aquí parece contener también la angustia de las situaciones límites a las que ellos mismos se enfrentan a diario.

La psicóloga María Mallo explica que **el suicidio es un fenómeno multicausal causado en un 80% por trastornos previos** y en un 20% por un cúmulo de circunstancias que les colocan en una situación de desesperanza. No existen mapas, ni rutas prefijadas, aunque ella tiene claro que «predecimos poco, pero prevenimos mucho». Esta creencia de que sí, que se puede, que hay opciones y salidas para los que no las encuentran solos es compartida por Manuel: «Si supiéramos que existen estos recursos se evitaría muchísimo sufrimiento. Es muy probable que, de haberlo sabido, aunque fuera en secreto, yo mismo habría intentado entrar y pedir ayuda. Segurísimo».

El incremento de las tentativas suicidas **no es una pandemia silenciosa, se trata de una que hace mucho ruido**. Con las cifras que se manejan desde que empezó la crisis del coronavirus, es estadísticamente imposible que no nos haya tocado de cerca. Pese a que a Manuel lo vivió en tiempos precovid, no se le escapa que este tipo de programas «es imprescindible en un momento como este. Vivimos una época muy complicada, la gente se siente muy insegura. La crispación nos rodea por todos lados».

Cuanta más naturalidad en la forma de tratar esta tragedia, menos estigma y más prevención natural, orgánica. «El suicidio es algo que ocurre todos los días, no es una cifra a ocultar. Se hacen grandes campañas para evitar el maltrato de género, por ejemplo, pero el maltrato que se da a la familia de una persona que se suicida es muy fuerte. Sé que es algo que a la gente no le gusta escuchar, que alguien se quita la vida. Yo me di cuenta de que lo que me pasaba no era algo particular mío, lo sufre mucha gente», concluye. **En 2020 se suicidaron en España 3.941 personas**, según datos del INE. Un 7,4% más que el año anterior y la cifra más alta de nuestra historia. Continúa siendo la primera causa de muerte no natural.

Cuando se aproxima su «segundo cumpleaños», la familia de Manuel, sin decir nada, se va posicionando a su alrededor, como para protegerlo. Aún son pocos los que saben de este aniversario, apenas un puñado de familiares de su núcleo

duro. **Le queda una conversación pendiente**, quizá la que resulte más difícil, con sus hijos. Ahora sabe que tendrá tiempo.

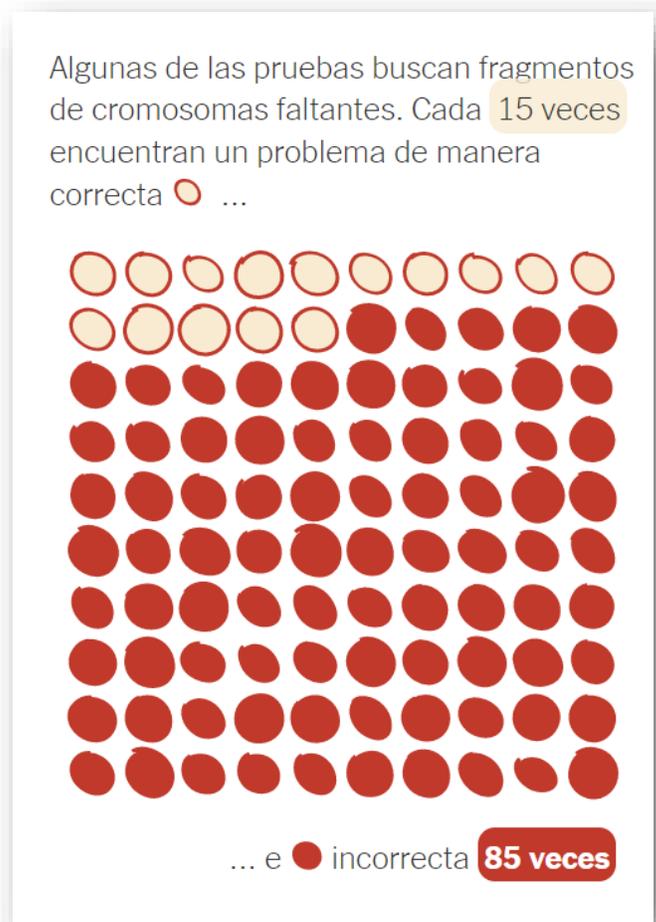
<https://telefonodelaesperanza.org/>

<https://www.plataformanacionalsuicidio.es/>

<https://www.fsme.es/>

(El Teléfono contra el Suicidio anunciado por el Gobierno sigue sin estar disponible)

El problema de las pruebas prenatales que detectan enfermedades raras¹¹¹



Por Sarah Kliff y Aatish Bhatia

Publicado 4 de enero de 2022 Actualizado 7 de enero de 2022

En noviembre de 2020, tras un año de tratamientos de fertilidad, Yael Geller se emocionó al enterarse de que estaba embarazada. Luego de un ultrasonido normal, tuvo la confianza suficiente para decirle a su hijo de 3 años que su “hermano o hermana” estaba creciendo en su vientre.

Sin embargo, unas pocas semanas después, cuando llevaba a su hijo de la casa a la escuela, recibió una llamada del consultorio de su médico. Un análisis de

¹¹¹ <https://www.nytimes.com/es/2022/01/04/espanol/prueba-prenatal-nipt.html>

sangre prenatal indicaba que a su feto podría faltarle parte de un cromosoma, lo cual podría acarrear padecimientos y trastornos mentales graves.

Esa noche, sentada en el sofá con su esposo, Geller lloró al explicarle que quizá tendrían que enfrentar la decisión de interrumpir el embarazo. Él se sentó en silencio, a procesar la noticia. “¿Cómo me puede estar pasando esto?”, se preguntaba Geller, de 32 años.

Al día siguiente, los médicos usaron una aguja larga y dolorosa para tomar un pequeño pedazo de su placenta. Le hicieron análisis y se comprobó que el resultado inicial era erróneo. Ahora, su hijo Emmanuel ya tiene 6 meses y no muestra ningún síntoma del padecimiento que se le había detectado antes de nacer.



Image. Yael Geller y su hijo Emmanuel, en su casa en Teaneck, Nueva Jersey Credit...Casey Steffens para The New York Times

Geller creyó en la maravillosa promesa que la tecnología de Silicon Valley le hizo a las futuras madres: que unas cuantas ampollitas de su sangre, tomadas en el primer trimestre, pueden lograr que las empresas detecten problemas graves de desarrollo en el ADN del feto con una precisión impresionante.

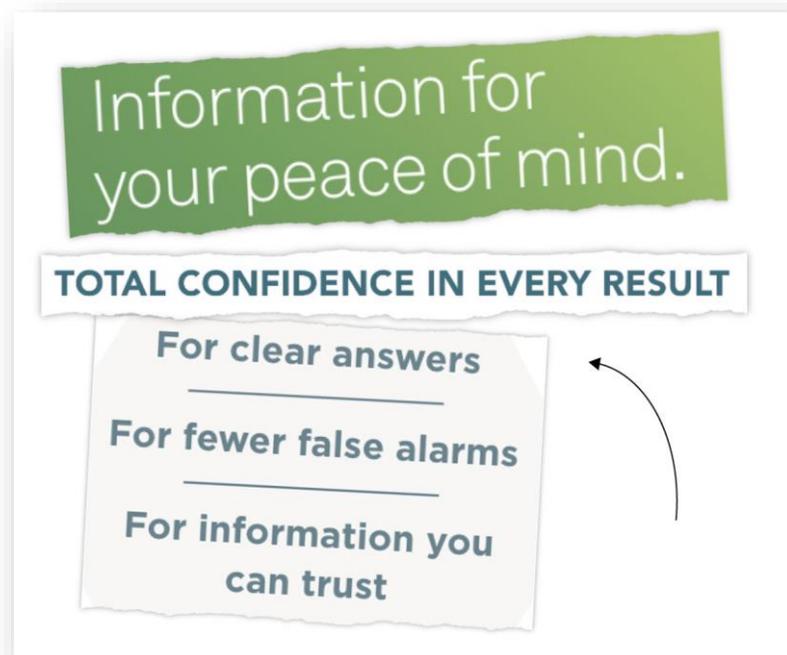
En poco más de una década, las pruebas han pasado de ser experimentos de laboratorio a conformar una industria que atiende a más de una tercera parte de las mujeres embarazadas en Estados Unidos, y atrae al negocio a compañías de alto perfil como Labcorp y Quest Diagnostics, así como a muchas empresas emergentes.

En un inicio, las pruebas se usaron para detectar el síndrome de Down y funcionaron muy bien. Pero conforme los fabricantes intentaron superar las ventas de los demás, empezaron a ofrecer análisis adicionales para detectar padecimientos cada vez más raros.

Las predicciones funestas que hacen estas nuevas pruebas suelen estar equivocadas, según reveló una investigación de The New York Times.

Eso incluye la prueba positiva de Geller, que detecta el síndrome de Prader-Willi, un trastorno que ofrece pocas probabilidades de llevar una vida independiente en la edad adulta. Hay estudios que revelan que los resultados positivos de esta prueba son incorrectos en más del 90 por ciento de los casos.

Sin embargo, en sus catálogos de productos y los documentos de resultados, las empresas describen las pruebas como algo casi definitivo. Presentan sus hallazgos como “confiables” y “de alta precisión”, y afirman que ofrecen “total certeza” y “tranquilidad” para los padres que quieren tener toda la información posible.



Ejemplos de mercadeo sobre las pruebas prenatales

[Quest Diagnostics](#)¹¹²; [Myriad Genetics](#)¹¹³; [Roche](#)¹¹⁴

Algunas empresas ofrecen pruebas sin publicar ningún dato sobre su precisión, o señalan las cifras de sus mejores análisis y excluyen los menos favorables. Otras basan sus aseveraciones en estudios en los que solo uno o dos embarazos padecían el trastorno en cuestión.

Esta no es la primera vez que la tecnología de Silicon Valley intenta construir un negocio centrado en los exámenes de sangre. Años antes de que abriera la primera empresa de pruebas prenatales, Theranos, una compañía emergente, afirmó que podía realizar más de mil pruebas con una pequeña muestra de sangre, antes de colapsar en medio de acusaciones de fraude.

En contraste con el caso de Theranos, la ciencia en la que se basan estas empresas para analizar la sangre en busca de padecimientos comunes no está en duda. Los expertos afirman que ha revolucionado la detección del síndrome de Down, y ha reducido de manera significativa la necesidad de realizar pruebas más riesgosas.

No obstante, la misma tecnología —conocida como prueba prenatal no invasiva (NIPT, por su sigla en inglés)— genera resultados menos precisos cuando intenta detectar padecimientos menos comunes. La mayoría de estos síndromes se deriva de pequeños fragmentos faltantes de cromosomas que se conocen como microdeleciones. Otros son causados por copias faltantes o excesivas de cromosomas completos. Pueden manifestarse en una amplia gama de síntomas como discapacidad intelectual, defectos del corazón, una expectativa de vida reducida o una tasa de mortalidad infantil elevada.

No todos los pacientes se someten a pruebas para detectar todas las afecciones; los médicos deciden qué pedir, y la mayoría de las empresas venden pruebas de microdelección como un complemento opcional para la detección de Down. La mayoría de los fabricantes no dicen con qué frecuencia se realizan sus pruebas de microdelección.

Pero queda claro que algunas de las pruebas se utilizan de manera generalizada. Un importante fabricante de pruebas, Natera, declaró que en 2020 realizó más de 400.000 análisis por una sola microdelección, lo que equivale a decir que

¹¹² https://images.health.questdiagnostics.com/Web/QuestDiagnosticsIncorporated/%7B05cdde14-8483-4025-8940-e2e4cfe7417c%7D_QNatal_Advanced_Brochure_PP5183.PDF

¹¹³ <https://web.archive.org/web/20211116203541/https://myriadwomenshealth.com/patient-prequel/>

¹¹⁴ https://www.harmonytest.com/content/dam/RMS/harmonytest/global/documents/pdf/Harmony-Expecting-Parents-Patient-Brochure_MC--05298.pdf

aproximadamente el 10 por ciento de las mujeres embarazadas en Estados Unidos usaron sus pruebas.

Para evaluar las pruebas más nuevas, el Times entrevistó a investigadores y luego combinó los datos de múltiples estudios para producir los mejores cálculos disponibles sobre la precisión de los resultados de las pruebas de detección de microdeleciones más comunes.

El análisis mostró que los resultados positivos son incorrectos en alrededor del 85 por ciento de los casos.

Los expertos afirman que no hay un umbral único para la frecuencia con la que una prueba debe producir resultados positivos correctos para que valga la pena ofrecerla al público. Señalan que, cuando las pruebas sí identifican una anomalía con precisión, les pueden dar tiempo a los futuros padres para informarse y prepararse para los retos que les esperan. Algunos dijeron que una prueba de microdelección común para una condición llamada el síndrome de DiGeorge tiene el mayor potencial de precisión.

Pero hay cientos de síndromes de microdelección, y las pruebas más amplias buscan entre cinco y siete, lo que significa que las mujeres no deben tomar un resultado negativo como prueba de que su bebé no tiene un trastorno genético. Para las pacientes que están especialmente preocupadas, los obstetras recomiendan otros tipos de exámenes que conllevan un pequeño riesgo de aborto espontáneo, pero son más fiables.

Algunos dijeron que los análisis de sangre que buscan las condiciones más raras son buenos para poco más que reforzar los resultados de las empresas de análisis.

“Es un poco como realizar mamografías en niños”, dijo Mary Norton, obstetra y genetista de la Universidad de California en San Francisco. “La posibilidad de cáncer de mama es muy baja, entonces, ¿por qué lo estamos haciendo? Creo que es una cuestión de mercadeo”.

Hay ciertas restricciones para lo que pueden ofrecer los fabricantes de pruebas. La Administración de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos (FDA, por su sigla en inglés) suele solicitar evaluaciones sobre la frecuencia con la que otras pruebas médicas relevantes generan resultados correctos y si las fallas se les explican con claridad a los pacientes y a los médicos. Pero la FDA no regula este tipo de pruebas¹¹⁵.

¹¹⁵ <https://www.pewtrusts.org/-/media/assets/2021/10/understanding-the-role-of-lab-developed-tests-in-vitro-diagnostics.pdf>

Alberto Gutierrez, exdirector de la oficina de la FDA que supervisa muchas pruebas médicas, revisó los materiales de publicidad de tres empresas que fabrican pruebas y los describió como “problemáticos”.

“Creo que la información que ofrecen es engañosa”, dijo.

Se supone que las pacientes que reciben un resultado positivo deben realizar pruebas de seguimiento, que a menudo requieren una extracción de líquido amniótico o una muestra de tejido placentario. Esas pruebas pueden costar miles de dólares, conllevan un pequeño riesgo de aborto espontáneo y no se pueden realizar hasta más tarde en el embarazo, en algunos estados, más allá del punto en que los abortos son legales.

Desde hace años, las empresas saben que las pacientes no siempre se realizan las pruebas de seguimiento. Un estudio de 2014¹¹⁶ reveló que el 6 por ciento de las pacientes que resultaron positivas se practicaron un aborto sin hacerse otra prueba para confirmar el resultado. Ese mismo año, The Boston Globe citó a un médico que describía tres abortos después de resultados positivos no confirmados¹¹⁷.

Tres genetistas relataron ejemplos más recientes en entrevistas con el Times. Uno describió un caso en el que las pruebas de seguimiento revelaron que el feto estaba sano. Pero cuando llegaron los resultados, la paciente ya había decidido terminar su embarazo.

Luego de que se les facilitaron secciones del reportaje del Times, media docena de las empresas más grandes de pruebas prenatales se rehusaron a dar entrevistas. Emitieron comunicados por escrito que afirmaban que las pacientes siempre debían revisar los resultados con un médico y advertían que las pruebas no están diseñadas para diagnosticar un padecimiento, sino para identificar a pacientes de alto riesgo que deben realizarse análisis adicionales.

En diversas entrevistas, 14 pacientes que obtuvieron falsos positivos relataron que la experiencia fue agonizante. Recuerdan que investigaron frenéticamente esas enfermedades de las que nunca habían oído hablar, pasaron noches de insomnio y muchos días en los que escondían sus embarazos. Ocho dijeron que nunca recibieron información sobre la posibilidad de un falso positivo, y cinco recuerdan que sus médicos trataron los resultados de las pruebas como definitivos.

¹¹⁶ [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(14\)00818-7/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(14)00818-7/fulltext)

¹¹⁷ <https://www3.bostonglobe.com/metro/2014/12/14/oversold-and-unregulated-flawed-prenatal-tests-leading-abortions-healthy-fetuses/aKFAOCP5N0Kr8S1HirL7EN/story.html?arc404=true>

Cuando el embarazo de Meredith Bannon dio positivo para el síndrome de DiGeorge, una enfermera la llamó y le dijo que ella y su esposo pronto tendrían que enfrentar “decisiones difíciles” relacionadas con la “calidad de vida” de su hijo, lo que Bannon interpretó como una decisión sobre si terminar el embarazo.

Bannon recibió la llamada mientras manejaba hacia la casa de sus padres. Su hijo estaba en el asiento trasero y estaba usando una camiseta que decía “hermano mayor”. “Iba a decirles que estaba embarazada, pero, en vez de eso, tuve que decirles que obtuve ese resultado horrible”, recuerda Bannon.

Más pruebas revelaron que el resultado era incorrecto. Su bebé nacerá en abril.

Algunas mujeres empezaron a planear abortos tentativos tras recibir las detecciones positivas.



Allison Mihalich cerca de su casa en St. Petersburg, Florida.

Ella se sometió a una prueba prenatal que, de manera errónea, detectó un problema. Credit...Eve Edelheit para The New York Times

“No pude evitar pensar en interrumpir mi embarazo”, dijo Allison Mihalich, de 33 años, cuyo análisis indicó, de manera incorrecta, que su bebé podría tener síndrome de Turner, una condición que puede causar infertilidad y defectos del corazón. (Ciertos estudios muestran que los resultados positivos de esta prueba son incorrectos en el 74 por ciento de los casos¹¹⁸). En ese momento, ella vivía en Indiana y recuerda que tuvo que apresurarse para someterse a las pruebas de seguimiento porque las leyes estatales prohíben el aborto a las 22 semanas de gestación.

Un gran mercado para los padecimientos raros

Entre 2011 y 2013, Sequenom, una pequeña empresa de biotecnología, triplicó su tamaño. La clave de su éxito fue MaterniT21, una prueba de detección prenatal que identificaba el síndrome de Down con increíble precisión.

Las pruebas de detección tradicionales tardaban meses en generar resultados y solían requerir varios análisis de sangre. Esta nueva prueba producía menos falsos positivos con una sola muestra de sangre.

La prueba también podía determinar el sexo del feto, por lo que rápidamente se convirtió en un éxito. “La gente entraba y me decía: ‘Quiero hacerme esta prueba que determina el sexo’”, recuerda Anjali Kaimal, especialista en medicina materno-fetal del Hospital General de Massachusetts.

La competencia empezó a lanzar sus propias pruebas. En la actualidad, los analistas estiman que el tamaño del mercado oscila entre 600 millones y miles de millones de dólares, y se espera que el número de mujeres que se someten a estas pruebas se duplique para el año 2025.

A medida que las empresas comenzaron a buscar maneras de diferenciar sus productos, muchas decidieron tratar de detectar más trastornos menos comunes. Todas las detecciones pueden realizarse con la misma muestra de sangre, por lo que los médicos ordenan muchas más pruebas durante las consultas de atención prenatal.

Sin embargo, para las empresas de pruebas, la adición de las microdeleciones puede duplicar el monto que paga una aseguradora: desde un promedio de 695 dólares por pruebas básicas hasta 1349 dólares para el conjunto ampliado, según la empresa de datos sanitarios Concert Genetics. (Las pacientes cuyo seguro no cubrió completamente las pruebas describen que les cobraron cifras tremendamente diferentes, que van desde unos pocos cientos hasta miles de dólares).

¹¹⁸ <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31675>

No obstante, estos padecimientos eran tan poco comunes que las pruebas los identificaban en menos ocasiones.

Por ejemplo, Natera realizó 400.000 pruebas en 2020 para el síndrome de DiGeorge, un trastorno asociado con defectos cardíacos y discapacidad intelectual.

Natera declinó una solicitud de entrevista después de que el Times le presentó su informe. En un comunicado, la empresa dijo que la detección temprana del síndrome de DiGeorge puede “mejorar profundamente” los resultados de las pacientes y destacó la poca frecuencia que identifica algunas de las otras condiciones. (Dijo que la prueba que dio un falso positivo para el síndrome de Prader-Willi en el embarazo de Geller, por ejemplo, había arrojado resultados positivos solo 113 veces desde 2015). Además, señaló un estudio reciente de 20.000 mujeres embarazadas que encontró que DiGeorge ocurre en 1 de cada 1600 nacimientos, lo que es dos veces más común que otras estimaciones¹¹⁹.

La empresa ofrece asesoramiento genético gratuito a las pacientes que dan positivo en la prueba. Natera también publica datos sobre la frecuencia con la que sus resultados positivos son correctos e incluye esa información en las hojas de resultados de los pacientes.

Otras empresas publican poca información sobre la cantidad de pruebas que venden y mucha menos investigación sobre cuán bien funcionan sus exámenes de detección.

La prueba prenatal de Myriad Genetics, Prequel, ofrece cinco exámenes de microdeleciones, aunque su estudio sobre la prueba solo incluye dos casos confirmados de microdeleciones.

En un comunicado, Myriad estimó que solo uno de cada 9000 de sus pacientes da positivo en una microdelección. Dijo que sus datos mostraban que una “fracción muy pequeña” de esos exámenes eran erróneos, pero se negó a proporcionar cifras específicas.

Algunas empresas buscan padecimientos tan raros que hay pocos ejemplos conocidos que sirvan de comparación.

Tanto Labcorp, que adquirió Sequenom, como Myriad Genetics ofrecen análisis de un trastorno tan poco común que su prevalencia es desconocida, y otro, llamado síndrome de Jacobsen, solo afecta 1 de cada 100.000 nacimientos.

¹¹⁹ <https://www.natera.com/company/news/smart-study-finds-22q11-2-microdeletion-prevalence-much-higher-than-expected/>

Diana Bianchi dirige un laboratorio de los Institutos Nacionales de Salud que estudia los análisis de sangre prenatales. Y, sobre el síndrome de Jacobsen, afirma: “Nunca he visto un caso de eso en mis más de 20 años de trabajo en genética”.

‘Confianza total en cada resultado’

Esas deficiencias rara vez se mencionan cuando las empresas les explican sus pruebas a médicos y pacientes.

Un informe de laboratorio de Labcorp MaterniT21 les dice a los pacientes que la prueba “detectó” un problema, aunque la mayoría de los estudios que muestran resultados positivos en ese examen suelen ser incorrectos. Myriad Genetics promete “confianza total en cada resultado” en su sitio web de pruebas prenatales, pero no dijo nada sobre la frecuencia con la que pueden ocurrir falsos positivos.

Después de que el Times preguntó sobre estas pruebas, Myriad eliminó esas afirmaciones.

El Times revisó 17 catálogos para pacientes y médicos de ocho empresas de pruebas, entre ellas Natera, Labcorp, Quest y rivales más pequeños. Diez de los catálogos nunca mencionan que un falso positivo puede suceder. Solo uno mencionaba la frecuencia con la que cada prueba produce resultados positivos incorrectos.

Test Result	Additional Finding Detected
	1p36 deletion
Monosomy X	High Risk greater than 99% probability - Recommend genetic counseling
22q11.2	High probability of a deletion - Recommend genetic counseling

Ejemplos de resultados positivos en las pruebas.

Labcorp MaterniT21¹²⁰

Las pruebas para estas condiciones por lo general, se equivocan en los positivos.

Roche Harmony¹²¹

Una nota a pie de página define “alta probabilidad” como “1 por ciento o más.”

Los asesores genéticos que han analizado los falsos positivos dicen que es posible que algunos médicos no comprendan cuán mal funcionan las pruebas. Y advierten que, aunque el personal sanitario interprete correctamente la información, es posible que los pacientes se sientan inclinados a creer en los resultados que suenan confiables.

Cuando Cloey Canida, de 25 años, obtuvo un resultado positivo en la prueba Harmony de Roche en septiembre, la hoja de resultados parecía clara: decía que su hija tenía una probabilidad “superior a 99/100” de nacer con el síndrome de Patau, una condición que hace que los bebés no sobrevivan más de una semana.

Su obstetra trató de tranquilizarla, citando datos independientes que muestran que para una mujer de su edad, el 93 por ciento de los resultados positivos son incorrectos.

Pero Canida no podía dejar de pensar en los resultados. Recuerda que lloró durante una ecografía, pensando que era una de las pocas veces que vería cómo se movía su hija.

Después de gastar 1200 dólares en pruebas de seguimiento, logró determinar que su embarazo es saludable y su hija no nacerá con el síndrome de Patau. Ahora está en su tercer trimestre.

¹²⁰ https://womenshealth.labcorp.com/sites/default/files/2021-11/rep-1355-v1-0320_MT21_Sample_report_booklet.pdf

¹²¹ https://www.harmonytest.com/content/dam/rochesequence/harmony/Worldwide/resources/SEQ100032-04_2017-CLIA-Lab-Report-Booklet_A4_VIEW.pdf



Cloey Canida con su esposo, Colton Canida, cerca de su casa en Tuolumne, CaliforniaCredit...Marissa Leshnov para The New York Times

“Ojalá nos hubieran dicho de la tasa de falsos positivos antes de que aceptara la prueba”, dijo. “No me dieron ninguna información sobre eso”.

Roche, quien recientemente vendió la prueba Harmony a otra empresa, dijo en un comunicado que “todas las mujeres deben discutir sus resultados con su proveedor de atención médica”, antes de tomar decisiones basadas en los resultados de las pruebas de detección.

Por solicitud del Times, tres expertos revisaron los materiales de mercadeo y las hojas de resultados e identificaron las razones por las que una paciente podría confundirse.

“Estos números no tienen sentido”, dijo Gutierrez, el exfuncionario de la FDA, después de revisar un anuncio de Quest Diagnostics QNatal Advanced Test.

La publicidad afirma que la prueba obtiene resultados positivos de microdeleción en el 75 por ciento de las veces. Pero esa cifra proviene de un solo estudio que incluyó nueve casos confirmados de microdeleciones, para una

prueba que detecta siete de esos trastornos. La empresa no especifica cómo se realizan las pruebas individualmente y se negó a proporcionar esos datos. (En un comunicado, Quest dijo que su prueba tiene un “desempeño excelente”).

La FDA consideró regular estas pruebas hace una década, pero no lo hizo. Si la agencia las supervisara, exigiría que Quest publique un folleto pero “no sería así”, dijo Gutierrez.

No obstante, las empresas siguen avanzando y ven las microdeleciones como una importante oportunidad comercial, especialmente si pueden persuadir a más médicos para que las ordenen y a más aseguradoras para que las cubran.

Myriad Genetics, propietaria de la prueba Prequel, ha dicho a sus inversores que planea iniciar una detección de microdeleciones de “próxima generación” en 2022 y que presionará para que los obstetras comiencen a recomendar la prueba.

Natera ha realizado más de dos millones de exámenes para el síndrome de Down desde 2013. Salió a bolsa en 2015 y el valor de sus acciones aumentó a 8800 millones de dólares.

Con su panel ampliado de exámenes, la empresa prevé un mayor crecimiento en el futuro. “Este es un momento realmente significativo para el negocio de las microdeleciones”, dijo el director ejecutivo de la empresa, Steve Chapman, en una conferencia de inversores en enero pasado.

En 2020, los ingresos de la compañía fueron de 391 millones de dólares y proyecta que sus ingresos en 2021 superarán los 615 millones. Pero, según Chapman, si más aseguradoras comienzan a pagar por las pruebas de microdelección, el potencial es “enorme” porque podrían generar 300 millones más cada año.

Kitty Bennett colaboró con la investigación.

Sobre el análisis

Para estimar el rendimiento de las pruebas de detección de microdeleciones, el Times entrevistó a asesores genéticos y expertos en pruebas médicas y atención prenatal, luego buscó estudios revisados por pares sobre las pruebas de detección realizadas por laboratorios estadounidenses que incluían las pruebas de diagnóstico de seguimiento. Seis estudios cumplieron con estos criterios: tres eran de laboratorios de pruebas de diagnóstico y tres eran estudios financiados por uno de los fabricantes de pruebas, Natera. Se agregó un informe adicional de Natera, realizado en 2021, porque incluía los resultados de un ensayo clínico

reciente de su prueba de microdelección. (Un octavo estudio¹²², publicado en 2015, fue excluido porque los expertos identificaron múltiples problemas¹²³ con su metodología). Luego, los periodistas combinaron los datos de estos estudios y calcularon el valor predictivo positivo general de las pruebas en un 15 por ciento. Dos investigadores revisaron el análisis resultante.

Tres de los cuatro estudios de Natera incluyen cifras de desempeño proyectadas que se obtuvieron luego de volver a analizar las muestras de sangre recolectadas con una versión modificada de la prueba original, una práctica que puede ayudar a mejorar los resultados. En ocasiones, la empresa no pudo replicar esas proyecciones en estudios posteriores. Para ser objetivo, el Times utilizó los números más altos de Natera en sus estimaciones; usar los datos iniciales en su lugar disminuiría el valor predictivo positivo calculado del 15 al 12 por ciento.

Sarah Kliff es una reportera de investigación de The New York Times. Su trabajo se centra en el sistema de atención médica estadounidense y cómo funciona para los pacientes.

Sarah Kliff is an investigative reporter for The New York Times. Her reporting focuses on the American health care system and how it works for patients.

¹²² <https://doi.org/10.1002/pd.4640>

¹²³ <https://doi.org/10.1002/pd.5217>

Gestación artificial: ¿avance o retroceso?¹²⁴



OBSERVATORIO DE BIOETICA UCV, 04 febrero

Algunos medios de comunicación se hacen eco de una investigación publicada en la revista china “Journal of Biomedical Engineering”, desarrollada por investigadores del Instituto de Ingeniería y Tecnología Biomédica de Suzhou, en China, que afirman haber construido un útero artificial capaz de simular las funciones del útero materno en humanos, aunque los experimentos desarrollados hasta ahora lo han sido con ratas, dados los límites éticos establecidos para la experimentación con embriones humanos (ver AQUÍ)¹²⁵.

¹²⁴ <https://www.observatoriobioetica.org/2022/02/gestacion-artificial-avance-o-retroceso/37992>

¹²⁵ https://www.elconfidencial.com/amp/tecnologia/novaceno/2022-02-03/china-maquina-capaz-gestar-embryones-humanos_3368815/

Aunque el mencionado medio habla de una técnica dirigida a una futura sustitución del útero materno en la gestación humana por este dispositivo que aportaría al embrión las mismas condiciones de la gestación natural, no parece ser este el objeto del hallazgo.



Según afirman los promotores del estudio, se trata de diseñar un instrumento que permita incrementar las posibilidades de supervivencia sin secuelas de los grandes prematuros, bebés nacidos alrededor de la semana 24 de gestación cuyas posibilidades de seguir vivos

sin padecer graves deficiencias

son limitadas, aunque se están dando grandes progresos en la medicina intensiva perinatal que permiten a muchos de estos prematuros evolucionar sanos.

Existen experimentos previos en este sentido, que se han ensayado con corderos y que aspiran también a ser sustitutos uterinos en casos de grandes prematuros, mejorando su supervivencia libre de secuelas (ver más)¹²⁶.

Pero afirmar, a partir de este último trabajo, que está próxima la posibilidad de sustituir la gestación humana “sin necesidad de una madre” tal como afirma el mencionado diario, es ir demasiado lejos.

La gestación, y específicamente la gestación humana, constituye un proceso de gran complejidad, del cual se desconocen aún muchos de sus mecanismos y procesos biológicos. De lo que se habla en estos ensayos es de prolongar el entorno uterino en grandes prematuros para permitirles un grado de maduración que mejore sus posibilidades de supervivencia sin secuelas, que es algo muy diferente de promover la gestación desde las etapas iniciales del desarrollo embrionario, algo mucho más complejo, que a fecha de hoy no parece que pueda producirse en los próximos años.

Valoración bioética

¹²⁶ <https://www.observatoriobioetica.org/2017/05/placentas-artificiales-podrian-reducir-la-morbimortalidad-en-prematuridad-extrema-28-6/19088>

Como **ya indicamos en su día**¹²⁷ respecto a la puesta a punto de las placentas artificiales ensayadas con corderos destinadas a grandes prematuros, este hallazgo constituye una excelente noticia científica y éticamente, porque puede



contribuir a la supervivencia y salud de estos neonatos cuando la técnica sea aplicable definitivamente en humanos, cosa que aún no se ha producido. Lo mismo cabría decir del experimento que nos ocupa ahora, que no sería más que una evolución de aquellas placentas artificiales de hace 5 años, constituyendo un entorno

artificial más parecido a un útero que pudiera mostrarse más eficaz en la contribución al desarrollo madurativo de grandes prematuros.

Pero afirmar que este es un paso para “liberar a la mujer de la gestación” e “incrementar las tasas de fecundidad” en entornos con riesgo de colapso demográfico **como ocurre en China**¹²⁸ y países del primer mundo, porque permitiría “producir individuos de manera artificial”, en un proceso industrializado, es alejarse de la evidencia científica, del sentido común de los límites de aceptabilidad ética.

Independientemente de las dificultades técnicas que implicaría una supuesta gestación artificial en su totalidad, imposibles de resolver hoy y durante los próximos años, debe matizarse que la gestación es mucho más que el sostenimiento biológico y nutrición de un embrión o feto. La interacción entre la madre gestante y su hijo durante el embarazo van mucho más allá e implica factores inmunológicos¹²⁹, metabólicos, genéticos y psicológicos (ver más¹³⁰), que “conforman al bebé y a su madre, como han demostrado algunos estudios sobre las modificaciones cerebrales de la mujer tras el embarazo además de los intercambios genéticos entre la mujer gestante y su hijo durante la gestación, todavía hoy no bien conocidos (ver AQUÍ¹³¹).

¹²⁷ <https://www.observatoriobioetica.org/2017/05/placentas-artificiales-podrian-reducir-la-morbimortalidad-en-prematuridad-extrema-28-6/19088>

¹²⁸ <https://www.observatoriobioetica.org/2022/01/china-registra-los-peores-indices-de-nacimientos-desde-1950/37895>

¹²⁹ <https://www.medicinaemorale.it/index.php/mem/article/view/45>

¹³⁰ https://www.eunsa.es/libro/la-comunicacion-materno-filial-en-el-embarazo_101191/

¹³¹ <https://journals.biologists.com/dev/article/142/18/3210/46906/Hsa-miR-30d-secreted-by-the-human-endometrium-is>

Algunos de los presentados como avances científicos esconden graves riesgos de retroceso para la humanidad, y este podría ser uno de esos casos, cuando una herramienta destinada a preservar la vida y mejorar la salud de los grandes prematuros se pretende desvirtuar presentándola como una alternativa a la gestación natural, que no contribuiría en absoluto, por las razones expuestas, a la salud integral del nasciturus y de su madre.

¿Quién escapa del fraude científico? Análisis de la investigación en Noruega¹³²



OBSERVATORIO DE BIOETICA UCV, 14 febrero

Un reciente artículo publicado en la revista **Science and Engineering Ethics**¹³³ presenta los resultados de una encuesta nacional realizada en 2018 para el proyecto “Integridad de la investigación en Noruega” (RINO).

Se realizaron 7291 encuestas a investigadores noruegos, y se analizó la prevalencia de determinadas actitudes y prácticas fraudulentas en la investigación, como son la fabricación, la falsificación y el plagio (FFP) en la producción científica.

Los autores encuentran un porcentaje relativamente bajo de FFP autoinformados (0.2-0.3 %), es decir, reconocidos por los propios investigadores, mientras que el número de ellos que reconoce haber cometido alguna “práctica de investigación cuestionable” (QRP) durante los últimos tres años alcanzó un problemático 40 %.

¹³²

https://www.observatoriobioetica.org/2022/02/quien-escapa-del-fraude-cientifico-analisis-de-la-investigacion-en-noruega/38110?utm_source=WhatsApp&utm_medium=IM&utm_campaign=share

¹³³ <https://link.springer.com/article/10.1007/s11948-021-00351-4>

El artículo también presenta una clasificación de la gravedad percibida de FFP y QRP entre los investigadores noruegos que manifiestan mayoritariamente que lo que resulta más problemático son las tasas de invención, falsificación o plagio de datos en los trabajos científicos.

Con respecto a la fabricación y la falsificación¹³⁴, un resultado digno de mención es que el porcentaje de investigadores que admitió haber realizado alguna de estas prácticas, es algo inferior a lo informado en otros estudios o metaanálisis internacionales, aunque, en líneas generales, las diferencias en la prevalencia de fraude no son importantes, oscilando entre el 0,2% y 1,06%¹³⁵.

Sin embargo, no debe infravalorarse la magnitud de estos preocupantes datos: “consideramos que éste es un significativo peligro potencial para la integridad y confiabilidad de la ciencia”, afirman los autores.

A la luz de estos resultados y su repercusión sobre la calidad científica de la investigación en Noruega en los tres años analizados, los autores afirman tener serias dudas sobre la eficacia de la Ley de Ética de la Investigación de Noruega y otras medidas implementadas para mejorar la ética en la investigación¹³⁶. No parece que hayan mejorado las cosas con respecto a los datos ofrecidos por trabajos publicados dos décadas atrás¹³⁷.

Valoración bioética

Como hemos publicado previamente, el complejo problema de la existencia de fraude en la investigación y publicación científicas se debe a múltiples factores, entre los que cabe mencionar los siguientes:

-Presión hacia la publicación científica de los investigadores que necesitan progresar en su promoción profesional, en buena medida dependiente de su volumen de publicaciones, especialmente en medios de alto impacto.

-Pobre formación bioética de los equipos de investigación de universidades e instituciones, que facilita la extensión del fraude.

-Gran competitividad de instituciones e investigadores que aspiran a mejorar su



¹³⁴ <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1556264615599686>

¹³⁵ <https://bmcedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-14-3>

¹³⁶ <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1556264615599686>

¹³⁷ <https://bmcedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-14-3>

visibilidad y prestigio, en buena medida dependiente del número de publicaciones en revistas de prestigio.

-Proliferación de **las llamadas “revistas depredadoras”**¹³⁸ que facilitan la publicación de trabajos sin el rigor exigible en su revisión y evaluación por pares, generalmente a cambio de abonar importantes sumas por parte de los investigadores para lograr su publicación.

De nuevo, la falta de solidez en la formación ética de los investigadores y los responsables de la evaluación de las publicaciones científicas constituye una asignatura pendiente en la instrucción de todo científico.

La Bioética bien fundamentada se perfila como el hilo conductor que debe acompañar al científico en su travesía de especialización investigadora, de manera que su capacidad y esfuerzo pueda finalmente contribuir al progreso humano, desde la honestidad y la calidad en la investigación, preparándolo no solo para resistir a la tentación de incurrir en fraudes bajo el engaño de mejorar su promoción personal, profesional o visibilidad, sino también a prevenirlo y denunciarlo cuando se produzca.



Julio Tudela

Observatorio de Bioética

Universidad Católica de Valencia

¹³⁸ <https://www.observatoriobioetica.org/2014/03/el-fraude-en-la-publicacion-cientifica-una-polemica-que-no-cesa/2692>

El gobierno de España aprueba la ley que concede más derechos a los animales que a los seres humanos no nacidos¹³⁹



NO PODRÁN SER ABANDONADOS NI SACRIFICADOS SALVO POR MOTIVOS DE SALUD

En España se puede sacrificar a los seres humanos no nacidos en los altares de las clínicas abortistas. Según informa Onda Cero, con la ley que ha aprobado hoy el gobierno social-comunista presidido por Pedro Sánchez, los animales de compañía no podrán ser sacrificados salvo por motivos de salud pública o, y esto les iguala también a los seres humanos, por eutanasia en caso de grave enfermedad.

18/02/22

(OndaCero/InfoCatólica) El Consejo de Ministros del gobierno social-comunista de España ha dado luz verde este viernes a la Ley de Bienestar y Protección Animal que regula la relación con los animales de compañía y castiga el maltrato, el abandono y el sacrificio de los animales.

¹³⁹ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42712>

La nueva norma impulsada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, **responde al compromiso fijado en el acuerdo de coalición** y supone un «avance» en el cumplimiento del mismo.

Uno de los puntos claves de la ley es el **sacrificio cero de animales de compañía**, que solo se contempla por motivos de salud pública o de eutanasia. Para ello, es clave también la **máxima de abandono cero** de dichos animales pues se estima que 150.000 y 300.000 mascotas padecen esta situación cada año en España.

Prohibido criar y vender en tiendas

Asimismo, la ley pondrá **fin a la comercialización de animales en las tiendas de mascotas**, así como su exhibición y exposición al público con fines comerciales. A ello se suma que **la cría, solo podrá llevarse a cabo por criadores autorizados**, en ningún caso por particulares y además deberán figurar en varios registros.

Otros de las medidas que incluye la norma es **prohibición de prácticas que provoquen sufrimiento en los animales**, como por ejemplo, el uso de collares eléctricos o pinchos o la posibilidad de llevarlos atados a un vehículo en marcha. Además se aboga por impulsar a los zoos en lugares de cría autóctona en cautividad y se establece que **los particulares no podrán tener más de cinco animales en su hogar**.

Ya no existen razas de perros peligrosos

La ley considera que **ningún animal es peligroso por su raza** y que los perros deben ser valorados individualmente. Por eso **se elimina la lista de perros peligrosos**, «sin perjuicio de que, reglamentariamente, se establezcan las condiciones en que deberían manejarse, previa realización de un estudio de sociabilidad».

Sanciones de hasta 600.000 euros

La Ley de Bienestar y Protección Animal, que abrió el plazo de información pública el pasado 6 de octubre, establece un **reglamento sancionador** que contempla tres tipos de multas (leve, graves y muy graves) y que podría llegar hasta los **600.000 euros**.

También incluye **sanciones para los incumplimientos que pueden dar lugar al decomiso del animal y su entrega a una entidad de protección**, así como la posibilidad de inhabilitar al propietario de la tenencia de animales «por un periodo máximo de cinco años para las infracciones graves y de cinco a diez años para las muy graves».

La nueva ley ha provocado algunas **contradicciones con el Ministerio de Agricultura** ya que buscaba promover una normativa propia para los perros de caza y las rehalas que se adapte a sus circunstancias y a la actividad para las que son empleadas.

El Constitucional de Colombia usurpa la autoridad del poder legislativo y despenaliza el aborto hasta la semana 24 de gestación¹⁴⁰



Corte Constitucional de Colombia

QUINTO PAÍS HISPANOAMERICANO QUE DESPENALIZA EL ABORTO

La Corte Constitucional de Colombia ha aprobado la despenalización del aborto hasta la semana 24 de gestación. De esa manera usurpa la autoridad reservada en las democracias liberales al poder legislativo y niega la soberanía del pueblo colombiano en algo tan fundamental como el derecho a la vida.

22/02/22

(InfoCatólica) En lo que la gran mayoría de los medios de comunicación de todo el mundo ha considerado «un paso histórico para los derechos de las mujeres» (sic), la despenalización del crimen del aborto ha sido acordada en sesión extraordinaria de la Corte Constitucional de Colombia.

Colombia se convierte en el quinto país de Hispanoamérica que despenaliza el aborto y en el más flexible en el plazo para llevarlo a cabo: hasta la semana 24 de gestación.

¹⁴⁰ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42739>

Cinco magistrados votaron a favor y cuatro en contra de la despenalización. Los votos favorables fueron de los magistrados Antonio José Lizarazo, Alberto Rojas, Diana Fajardo y José Fernando Reyes y del conjuce Julio Andrés Ossa, quien ha sido elegido para desempatar la votación en la Corte.

En contra han votado los magistrados Cristina Pardo, Paola Andrea Meneses, Gloria Stella Ortiz y Jorge Enrique Ibáñez, según la información facilitada por la Corte.

Esta es la parte de la nota de prensa emitida por la Corte Constitucional, referida a la causa defendida por la agrupación abortista «Causa Justa»:

Respecto a la demandada que atacaba el artículo 122 del Código Penal, relacionado con la descripción típica del delito de aborto, la Corte Constitucional declaró, en primer lugar, la EXEQUIBILIDAD CONDICIONADA del artículo 122 de la Ley 599 de 2000 “por medio de la cual, se expide el Código Penal”, en el sentido de que la conducta de abortar allí prevista solo será punible cuando se realice después de la vigésimo cuarta (24) semana de gestación y, en todo caso, este límite temporal no será aplicable a los tres supuestos fijados en la Sentencia C-355 de 2006. Dicha sentencia dispuso que no se incurre en delito de aborto, esto es, “(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto”.

La noticia ha sido **vitoreada a las puertas de la Corte Constitucional en Bogotá por medio centenar de mujeres** que esperaban ataviadas con las características pañoletas verdes y que rodearon a la organización feminista Causa Justa, impulsora de la demanda.

«**Después del derecho al sufragio, este es el logro histórico más importante** para la vida, la autonomía y la realización plena e igualitaria de las mujeres», escribió en Twitter la alcaldesa de Bogotá, Claudia López.

El aborto ya estaba despenalizado en Colombia desde 2006 por las tres causales que suelen abrir la puerta a la legalización del aborto¹⁴¹: si está en riesgo la salud o la vida de la madre, si el aborto es fruto de violación o incesto, o si hay

¹⁴¹ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=21391>

malformación del feto. Pero si no se daban esos motivos el aborto seguía siendo penado hasta con cuatro años y medio de cárcel.

Permiso para matar al bebé hasta la semana 24 de gestación

El niño concebido y no nacido en la semana 24 de gestación ya pesa entre 500 y 600 gramos y puede llegar a los 21 centímetros de longitud. El bebé flota en el líquido del saco amniótico, que es muy espacioso. Esto le permite moverse de un lado a otro, darse la vuelta, girarse, dar patadas y cambiarse de posición varias veces en un día. Sin embargo, pasa la mayor parte del día, unas 20 horas, durmiendo.

El presidente Iván Duque plantea que la decisión sobre el aborto en Colombia no la pueden tomar solo cinco personas¹⁴²



Iván Duque, presidente de Colombia

¿QUIÉN MANDA EN COLOMBIA?

El presidente de Colombia, Iván Duque, ha rechazado la despenalización del aborto hasta las 24 semanas en su país tras la sentencia en ese sentido del Tribunal Constitucional. El dirigente ha dicho que una decisión así no la pueden tomar solo cinco personas.

24/02/22

(**Agencias/InfoCatólica**) Iván Duque, que siempre se ha declarado provida, ha mostrado su preocupación porque la sentencia¹⁴³ «facilite que el aborto se convierta en una práctica casi que anticonceptiva, recurrente y regular»

Duque ha advertido que la sentencia es «preocupante» en una sociedad como la colombiana, dado los altos índices de embarazos no deseados: «Se está permitiendo que se pueda interrumpir sin ningún argumento hasta los casi seis meses de embarazo». Además ha indicado que muchos hombres pueden forzar a sus parejas a abortar.

¹⁴² <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42755>

¹⁴³ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42739>

El presidente colombiano ha cuestionado que una decisión de este calibre haya sido tomada por cinco personas¹⁴⁴, que son los magistrados que votaron a favor de despenalizar el aborto:

«Creo que la discusión es que **si este tipo de decisiones para la sociedad pueden ser tomadas sólo por cinco personas**».

Justicia totalitaria en Hispanoamérica

En estos últimos años **cada vez son más los países hispanoamericanos donde los jueces se arrogan la autoridad para imponer** la despenalización del aborto, ignorando el papel del poder legislativo, y, por tanto, **robando al pueblo la soberanía que se le atribuye en las democracias liberales**.

¹⁴⁴ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42739>

El cardenal Eijk condena el apoyo de miembros de la Pontificia Academia para la Vida a la legalización del suicidio asistido¹⁴⁵



Cardenal Willem Eijk, arzobispo de Utrech (Países Bajos)

EL ORGANISMO VATICANO NO SE HA PRONUNCIADO

El cardenal Willem Eijk, arzobispo de Utrech (Países Bajos), ha condenado la postura de dos miembros de la Pontificia Academia de la Vida a favor de la legalización del suicidio asistido. La tesis de que dicha legalización impediría la de la eutanasia es absurda, según el purpurado holandés, que indica que no hay diferencias esenciales entre ambos procedimientos y si apruebas uno, apruebas el otro.

23/02/22

(NCRegister/InfoCatólica) Dos miembros de la Pontificia Academia para la Vida del Vaticano han sido **criticados por instar públicamente a apoyar el suicidio asistido como táctica para evitar la legalización de la eutanasia** voluntaria en Italia.

¹⁴⁵ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42748>

El padre jesuita Carlo Casalone¹⁴⁶, profesor de teología moral en la Pontificia Universidad Gregoriana, propuso este enfoque que, según los críticos, contradice totalmente la doctrina de la Iglesia, en un artículo publicado el 15 de enero en la revista jesuita La Civiltà Cattolica, cuyos artículos son autorizados por la Secretaría de Estado.

Su punto de vista fue apoyado por otro miembro de la academia, Marie-Jo Thiel, profesora de ética en la Universidad de Estrasburgo, quien escribió en el periódico francés Le Monde el 31 de enero que la sugerencia del padre Casalone era un signo de un cambio más amplio en la posición de la Iglesia.

El padre Casalone, médico que también dirige la Fundación Cardenal Carlo Martini, escribió su artículo en vísperas de la decisión del Tribunal Constitucional italiano sobre la celebración de un referéndum sobre la eutanasia en el país.

El tribunal ya había legalizado el suicidio asistido bajo condiciones muy específicas y bien definidas en 2019, pero eso llevó a los defensores de la eutanasia para un impulsar un referéndum a nivel nacional sobre el asunto.

Su campaña acabó en el Tribunal Constitucional este mes, respaldada por una petición de 1,2 millones de firmas de defensores de la eutanasia, que supera con creces las 500.000 necesarias para celebrar una votación popular que modifique las leyes existentes.

Pero el tribunal la rechazó el 15 de febrero, dictaminando que un referéndum era «inadmisibile» y argumentando que un cambio en la ley penal del país para permitir la eutanasia voluntaria no garantizaría «la protección mínima constitucionalmente necesaria de la vida humana, en general, y con especial referencia a los débiles y vulnerables».

El suicidio médicamente asistido consiste en que una persona con una enfermedad terminal o incurable **ponga fin a su vida a petición propia con una dosis letal de fármacos; la eutanasia voluntaria permite legalmente que un médico mate a un paciente** que sufre una enfermedad incurable y dolorosa o está en coma irreversible, con el consentimiento del paciente.

El padre Casalone argumentó en su artículo que dar una «evaluación general negativa» a la legislación que pide la eutanasia voluntaria supondría el riesgo de «favorecer el referéndum» y su objetivo de legalizarla.

Por ello, sugirió invocar el principio de las «leyes imperfectas», según el cual en algunos casos ha sido lícito que un político católico vote a favor de una ley

¹⁴⁶ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42414>

que restringe otra ya aprobada que es contraria a la doctrina de la Iglesia, por ejemplo votando para reducir el plazo legal del aborto de 24 a 16 semanas.

En este caso, consideró que ese principio podría aplicarse a favorecer el suicidio asistido, supuestamente un mal menor, para evitar el mal mayor de la eutanasia voluntaria -una sugerencia que también pareció contar con cierta simpatía del canciller de la Academia Pontificia para la Vida, monseñor Renzo Pegoraro.

«Nos encontramos en un contexto específico, con una elección entre dos opciones, ninguna de las cuales -suicidio asistido o eutanasia- representa la posición católica», dijo Monseñor Pegoraro al periódico católico francés *Le Croix*, añadiendo que creía que algún tipo de ley era una conclusión inevitable.

Monseñor Pegoraro, que también es médico, dijo que, de las dos posibilidades, «el suicidio asistido es el que más restringe los abusos porque iría acompañado de cuatro condiciones estrictas: la persona que pide ayuda debe estar consciente y poder expresarlo libremente, tener una enfermedad irreversible, experimentar un sufrimiento insoportable y depender de un tratamiento de mantenimiento de la vida, como un respirador».

Pero el **cardenal Willem Eijk, también médico titulado y miembro de la academia**, rechazó firmemente la sugerencia y la argumentación del padre Casalone.

El cardenal-arzobispo de Utrecht (Países Bajos), argumentó que **no existe «ninguna diferencia moral significativa» entre el suicidio médicamente asistido y la eutanasia voluntaria**, «ni por parte del paciente ni por parte del médico», ya que ambos tienen «la misma responsabilidad moral» al llevar a cabo un asesinato.

El cardenal dijo al Register que, **al permitir el suicidio asistido, «quedas determinado a permitir también la eutanasia»**, y por lo tanto el argumento de que al permitir la legislación del suicidio asistido se podría impedir la legislación de la eutanasia «no tiene sentido».

El cardenal Eijk también rechazó el argumento de las «leyes imperfectas» en este caso. Señaló que **el principio fue planteado por el Papa San Juan Pablo II** en su encíclica *Evangelium Vitae* (73) **en el contexto de la restricción del aborto**, pero añadió que «votar una ley por la que se permita el suicidio médicamente asistido no implica en absoluto una restricción a la legalización de la eutanasia».

«Al contrario», dijo, **«legalizar el suicidio médicamente asistido prepara automáticamente el camino para legalizar la eutanasia como siguiente paso»**

lógico, ya que no existe ninguna diferencia moral significativa entre el suicidio médicamente asistido y la eutanasia.»

Jacopo Coghe, vicepresidente del grupo provida italiano Pro Vita & Famiglia Onlus, coincidió en que «no es moral favorecer las leyes sobre eutanasia o suicidio asistido. Punto».

Añadió que quienes piensan lo contrario «van en contra de las repetidas advertencias del Papa Francisco y de la Congregación para los Laicos, la Familia y la Vida.» Coghe también dijo al Register que el argumento esgrimido por el padre Casalone es un «planteamiento ilusorio» que no podrá «resistir la presión social ni la intervención judicial», como se ha visto con otras legislaciones similares.

Lo correcto, dijo Coghe, es «evangelizar siempre», anunciar al mundo el amor de Dios, «que da sentido a la vida y la hace siempre digna». Añadió que la «urgencia de la Iglesia» no consiste en «si se aprueban leyes de suicidio asistido o cómo hacerlo, sino en ayudar a millones de fieles desinformados, engañados y perdidos a hacer frente a los tiempos cambiantes y a las crisis a las que se enfrentan.»

Las declaraciones públicas del padre Casalone y de Thiel a favor de legislar el suicidio asistido han «molestado» a otros miembros de la academia, dijo Jean-Marie Le Méné, presidente de la Fundación Lejeune. La organización lleva el nombre de Jérôme Lejeune, presidente fundador de la academia.

Le Méné, que también es miembro de la academia, criticó a sus dos compañeros en un artículo en el diario francés Le Figaro, diciendo que «una cosa es que la gente exprese su opinión personal y otra muy distinta es utilizar sus posiciones para comprometer oficialmente a la Academia Pontificia para la Vida». Además, dijo que «menos mal» que no se consultó a otros miembros, ya que la academia no puede apoyar esas posiciones contrarias al magisterio de la Iglesia.

También se hizo eco del rechazo del cardenal Eijk a la aplicación del artículo 73 de la Evangelium Vitae en este caso, pues dijo que se trataría de «promulgar deliberadamente una ley mala para evitar otra futura, que sería más mala.»

«La ley que se pretende evitar acabará aprobándose aún más rápido», advirtió. «Nada ni nadie evitará que se prolongue la transgresión inicial, que invita a la medicina a provocar la muerte».

En declaraciones al Register, Le Méné dijo que no hay «ninguna razón para pensar que esta enseñanza pueda cambiarse» y que **la prohibición de matar «es en gran medida anterior al cristianismo; es una cuestión de moral**

natural». Votar por una ley inmoral, dijo, «nunca puede ser la elección de un cristiano», y si la academia «cayera en la trampa del mal menor [eso] le haría perder su justificación para existir».

Le Méné también criticó a Thiel por declarar públicamente en su artículo que era miembro de la academia. Los miembros de la academia están obligados por sus estatutos, concretamente por el artículo 5 §5(b), que establece que los académicos deben «comprometerse a promover y defender los principios relacionados con el valor de la vida y la dignidad de la persona humana, interpretados de forma conforme al magisterio de la Iglesia».

Le Méné dijo que apoyar la legislación a favor del suicidio asistido «es una desviación» de tal prescripción.

Le Méné dijo que estos incidentes podrían evitarse si hubiera una mayor colaboración entre los académicos y se tomaran decisiones conjuntas sobre qué trabajos son «dignos de ser publicados y cuáles no».

El Register preguntó a la Pontificia Academia para la Vida si deseaba comentar la aparente **violación de los estatutos de la academia** y si se tomarían medidas para evitar tales declaraciones en el futuro, pero no respondió.

En un comunicado del 18 de febrero, la academia «acogió con gran satisfacción» la decisión del Tribunal Constitucional del 15 de febrero, diciendo que un referéndum «habría abierto el camino a la eutanasia». Además, se pronunció «reiterando el magisterio de la Iglesia católica, reafirmando el valor y el respeto a toda vida humana, se opone al suicidio, por tanto también al suicidio asistido, como ha recordado varias veces el Papa».

Le Méné dijo al Register el 18 de febrero que respetaba la decisión de los jueces, añadiendo que no creía que el tribunal necesitara el artículo del padre Casalone para entender que el referéndum sobre el homicidio de una persona con consentimiento era una locura y que debía ser rechazado.

Pero añadió que, a falta de referéndum, el parlamento seguirá intentando legislarlo, y el artículo del padre Casalone proporciona una justificación para que se apruebe.

Irene Montero anuncia aborto gratuito en todos los hospitales públicos y sin consentimiento paterno a partir de los 16 años¹⁴⁷



Intervención de Irene Montero, Ministra de Igualdad, en la Comisión de Igualdad del Congreso de los Diputados, el 23 de febrero del 2022 ©elDiario.es

TAMBIÉN SE ELIMINARÁN LOS TRES DÍAS DE REFLEXIÓN

Irene Montero, Ministra de Igualdad del gobierno de España, ha comparecido hoy ante la Comisión de Igualdad del Congreso para anunciar sus planes de reforma de la ley del aborto. Su intención es que se pueda abortar en todos los hospitales públicos españoles, aunque no ha aclarado cómo lo conseguirá si la objeción de conciencia del personal sanitario lo hace imposible.

23/02/22

(InfoCatólica) El plan de Irene Montero es muy claro. **Aborto gratuito en la sanidad pública, fin del periodo de reflexión de tres días y supresión de la obligatoriedad del consentimiento paterno** en caso de las menores de edad a partir de los 16 años.

¹⁴⁷ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42752>

La ministra ha indicado que en la actualidad **la sanidad pública solo realiza un 15% de los abortos en España**, aunque las mujeres pueden abortar gratuitamente gracias a los conciertos económicos establecidos por las comunidades autónomas con las clínicas abortistas. Ocurre que dichas clínicas no tienen la misma presencia ni en los entes autonómicos ni en las provincias (*), lo cual provoca que muchas mujeres que quieren abortar han de viajar para ello. Eso es lo que Montero quiere evitar.

En cuanto a la objeción de conciencia, ha confirmado¹⁴⁸ que se seguirá un sistema parecido al que se ha aprobado para la ley de suicidio asistido y eutanasia. Es decir, se establecerá un registro nacional de objetores al aborto. Tal método recibió la crítica del Comité de Bioética de España¹⁴⁹. La política de Unidas Podemos ya amenazó a los médicos que no quieren matar a los no nacidos¹⁵⁰.

Montero también ha asegurado que **si una menor de edad de 16 años es libre para mantener relaciones sexuales, lo es para abortar sin que sus padres puedan oponerse**. Y por ello piensa acabar con la tibia reforma que el PP aplicó a la Ley Aído, ley sobre la que el Tribunal Constitucional lleva once años sin pronunciarse, que estableció que el aborto era un derecho de la mujer. Los populares hicieron que fuera necesario el consentimiento paterno en todas las menores de edad.

La ministra de Igualdad **quiere eliminar el periodo de tres días de reflexión antes de abortar a menos que la mujer lo pida**, de tal manera que aquellas que quieren deshacerse de sus hijos no nacidos podrán ser derivadas de urgencia a un centro hospitalario donde se procederá a quitar la vida del feto o embrión.

Educación sexual desde la más tierna infancia

El ámbito educativo también se verá afectado por la futura ley abortista. Doña Irene ha anunciado que garantizará «**la educación sexual para el acceso a los derechos sexuales y reproductivos**» en todos los niveles educativos e impulsará el acceso a la anticoncepción, también por parte de los hombres.

Se mantienen las 14 semanas de gestación para el aborto libre. El proyecto de reforma de la ley debe pasar todavía por el Consejo de Ministros antes de ser enviado a las Cortes.

(*) Cuatro autonomías (Madrid, Extremadura, Castilla-La Mancha y Murcia) no comunicaron ningún aborto en un centro público en 2020; y hasta doce

¹⁴⁸ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=41599>

¹⁴⁹ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=41128>

¹⁵⁰ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=41549>

provincias, junto a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, no notificaron ningún aborto en los últimos cinco años.

Los médicos advierten a Irene Montero que la objeción de conciencia contra el aborto es un derecho constitucional¹⁵¹



¿DE DÓNDE PIENSA SACAR MÉDICOS PARA QUE TODO HOSPITAL PÚBLICO PRACTIQUE ABORTOS?

El anuncio de Irene Montero, ministra de Igualdad, de incluir en la reforma de la ley del aborto la garantía de que se practiquen abortos en todos los hospitales públicos de España, ha encontrado réplica en las asociaciones de médicos, que recuerdan a la política de Unidas Podemos que existe el derecho humano y constitucional a la objeción de conciencia

25/02/22

(**La Razón/InfoCatólica**) En declaraciones a La Razón, Tomás Cobo, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), señaló que «la objeción de conciencia es un derecho constitucional», y lamentó que para la reforma del texto¹⁵² «no se haya contado

¹⁵¹ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42764>

¹⁵² <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42752>

con la profesión médica, última responsable de la actividad asistencial, para elaborar leyes que nos implican directamente».

En esta línea se manifestó también el presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Icomem), Manuel Martínez-Sellés, que se preguntaba «cómo pretenden hacer» para que todos los hospitales públicos cuenten con profesionales que garanticen el aborto¹⁵³.

Explicó que los ginecólogos, «por su profesión, **están muy acostumbrados a la vida intrauterina**, por lo que **es muy habitual que sean objetores de conciencia**». «Si lo van a preguntar (si están dispuestos a practicar abortos) a la hora de contratar o de renovarles el contrato sería una discriminación, iría contra un derecho recogido en la Constitución y en los códigos deontológicos», subrayó.

¹⁵³ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42752>

Francia amplía el aborto libre hasta la semana 14 de gestación¹⁵⁴



Asamblea Nacional Francesa

SE MANTIENE EL DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DE LOS MÉDICOS

La Asamblea Nacional francesa aprobó ayer por amplia mayoría el aumento de dos semanas del plazo para abortar libremente, pasando de 12 a 14. Además se elimina el periodo de reflexión de 48 horas desde que la mujer decide abortar hasta que finalmente se le practica el aborto

24/02/22

(Infocatólica) La votación no deja lugar a dudas de cuál es la postura de la clase política francesa en esta cuestión. 135 diputados votaron a favor de la reforma para ampliar de 12 a 14 semanas –aprox. de 3 meses a 3 meses y medio– el plazo para abortar sin alegar ninguna causa y sólo 47 se opusieron.

En España este plazo de 14 semanas de gestación para el aborto libre fue introducido hace ya 12 años, por la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de*

¹⁵⁴ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42754>

salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, aprobada en su día en el Congreso por 184 votos a favor, 158 en contra y 2 abstenciones¹⁵⁵ y en el Senado por 132 votos a favor, 126 en contra y 1 abstención¹⁵⁶.

En Francia, aunque se había anunciado que la nueva ley restringiría el derecho a la objeción de conciencia del personal médico, finalmente las cosas han quedado como estaban antes. Algo que podría cambiar si finalmente se adoptaran las tesis del presidente francés, Emmanuel Macron, que propuso que el aborto fuera incluido en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea¹⁵⁷.

Un bebé de 14 semanas

En la semana 14 de embarazo, el bebé ya ha adquirido una apariencia totalmente humana. Sus rasgos faciales están perfectamente definidos, los ojos y las orejas ya se encuentran en su ubicación final y aparecen las cejas y sus primeros cabellos.

El niño depende totalmente de la placenta, que tiene un tamaño mayor que él, para su alimentación, mide entre ocho y nueve centímetros y su peso es de unos 43 gramos.

El cerebro sigue desarrollándose rápidamente y su cabeza representa casi la mitad de su tamaño total. A partir de esta semana, el ginecólogo ya puede medir las partes básicas del bebé, como la cabeza, el abdomen o el fémur, por separado.

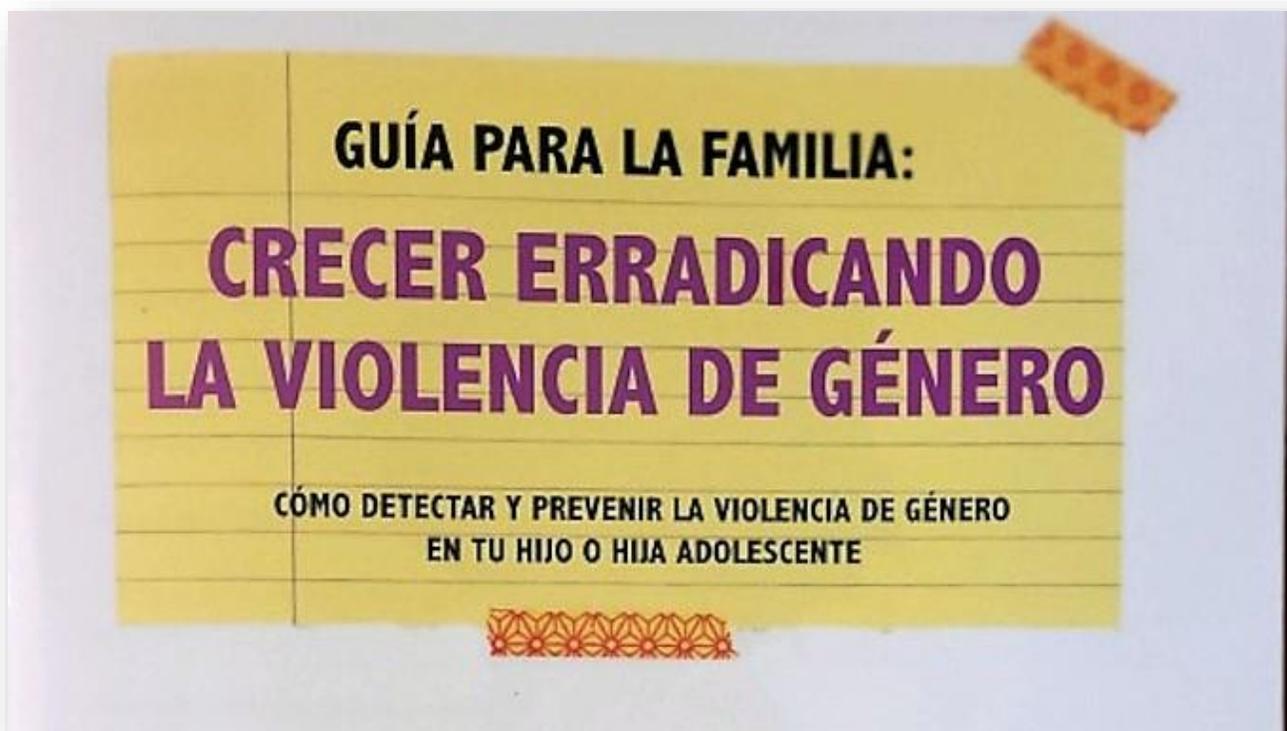
El sistema nervioso central del bebé, que incluye el cerebro y la columna, ya tiene sus componentes básicos y las conexiones entre células nerviosas individuales se vuelven más organizadas.

¹⁵⁵ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=5060>

¹⁵⁶ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=5637>

¹⁵⁷ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42457>

El Gobierno de La Rioja publica una «Guía para la familia» en la que tacha de «mito» la familia cristiana¹⁵⁸



Gobierno de la Rioja, Sexualidad, Libertad y Fidelidad

Lamento profundamente que mi Gobierno regional tenga tan pobre idea de las relaciones de pareja y muy especialmente, de las matrimoniales.

Pedro Trevijano Etcheverria – 25/02/22

El Gobierno Socialcomunista de la Rioja acaba de publicar un librito titulado «Guía para la Familia: Crecer erradicando la Violencia de Género», de 36 páginas. Dada la orientación de este Gobierno, decidido partidario de lo políticamente correcto y de la Ideología de Género, no resulta difícil encontrar puntos que me parecen aberraciones.

Así, en el apartado «Estereotipos relacionados con la sexualidad», en la página 10 leemos: «**Sexualidad.** Para los chicos es una necesidad fisiológica y un mandato social, por lo que es natural que se haga pública y su prestigio aumenta

¹⁵⁸ <https://www.infocatolica.com/?t=opinion&cod=42769>

cuanto mayor número de relaciones sexuales tengan. Para las chicas se convierte en un atributo negativo si se sale de una relación estable.

Promiscuidad. En los chicos la promiscuidad se vincula al éxito y alardear es natural, mientras que a las chicas se les recrimina por ello».

Cuando he leído estos párrafos no he podido por menos de preguntarme en qué planeta vivo, porque un chico que arrastra fama de putero, sea con profesionales, sea con aficionadas, no es para él un título de gloria, sino más bien todo lo contrario. Creo además que ningún padre ni madre mínimamente sensatos le agrade que su hijo tenga múltiples relaciones sexuales.

«**Infidelidad.** *Mientras la infidelidad masculina se considera una conducta instintiva debida a necesidades fisiológicas que no pueden refrenar*, en las mujeres supone traicionar la confianza de la pareja de forma premeditada. La culpa siempre es de la chica que provoca a los hombres».

A mí este párrafo es el que me dejó más asombrado. ¿Es que el ser humano carece de libertad? Si así fuera, el mundo sería una selva salvaje y ni siquiera la violación o la pederastia podrían ser castigadas, porque responden a mis necesidades irrefrenables y por tanto carecería de responsabilidad y de culpa. Con ello entramos en el tema de la fidelidad.

Sobre ella en la página 11 nos habla el epígrafe «Mitos sobre el amor romántico», donde nos indica cuáles son esos mitos erróneos. Leemos:

«**El emparejamiento como ley de vida:** la convicción de que tener pareja es lo natural y universal, y que la monogamia es la norma que se ha mantenido siempre en todas las culturas.

La fidelidad y entrega absoluta: afirma que es la pareja la única persona que debe satisfacer nuestros deseos pasionales, románticos y eróticos, de forma exclusiva y total, rechazando cualquier tipo de experiencia fuera de la pareja. Dejando todo y a todos por él».

Y entre los mitos erróneos señala estos tres: **entrega absoluta, sacrificio, unión total.** Sobre esto voy a decir simplemente que he pasado la vida diciendo a los novios: no vayáis al matrimonio a buscar la felicidad, sino lo que tienen que hacer es buscar la felicidad del otro, aunque han de ser lo suficientemente inteligentes para que vuestro cónyuge haga lo mismo.

En cuanto al sacrificio, recuerdo una frase que decía con frecuencia mi padre: «Por los hijos, hay que sacrificarse». Y por supuesto, por el cónyuge también. El ser creyentes y la oración puede ayudar mucho.

En cuanto a la unión total siempre he pensado que cuando un matrimonio es un éxito, los esposos se van compenetrando de tal modo que hasta en el lenguaje normal, acabamos hablando de ellos como los Fernández, los Pérez. Creo que la cima del amor humano está en un matrimonio que lleva treinta, cuarenta, cincuenta o sesenta años queriéndose, como sucede en tantísimos matrimonios, y no es ninguna imposibilidad que el matrimonio pueda durar toda la vida, como pretende este librito en su página 12: «debemos aceptar que la relación es cambiante y no tiene por qué durar toda la vida. Las relaciones de pareja se fundan en una decisión libre de ambas partes que, en un momento determinado, deciden compartir aspectos de su vida, pero de ninguna forma es un pacto vitalicio».

Lamento profundamente que mi Gobierno regional tenga tan pobre idea de las relaciones de pareja y muy especialmente, de las matrimoniales.

Texas prohíbe la cirugía de reasignación de sexo en menores y los bloqueadores de la pubertad¹⁵⁹



El gobernador de Texas, Greg Abbott

VICTORIA A FAVOR DE LOS PEQUEÑOS Y VULNERABLES

La orden sigue a una declaración del fiscal general Ken Paxton, quien dijo que las prácticas violaban la ley de Texas. Aparte de los posibles efectos secundarios graves, está en juego el derecho fundamental del niño a la procreación, sobre todo porque la infertilidad se asocia a menudo con una reasignación de género.

27/02/22

(Kath/InfoCatólica) El gobernador de Texas, Greg Abbott, ha ordenado a todas las agencias estatales que consideren ilegales las drogas y las cirugías de reasignación de sexo en menores de edad como abuso infantil y que no las distribuyan ni las realicen.

Por lo tanto, están prohibidos, entre otras cosas, los bloqueadores de la pubertad o las operaciones que quieran operar los genitales de los niños. La orden sigue

¹⁵⁹ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=42785>

a una declaración del fiscal general Ken Paxton, quien dijo que las prácticas violaban la ley de Texas.

Aparte de los **posibles efectos secundarios graves**, está en juego el **derecho fundamental del niño a la procreación**, sobre todo porque la infertilidad se asocia a menudo con una reasignación de género. Abbott y Paxton pertenecen al Partido Republicano.

El gobernador también ha ordenado al Departamento de Asuntos de la Familia que iniciara una investigación si se llegaba a conocer algún caso de abuso infantil en Texas. Cualquier persona que entre en contacto directo con niños en razón de su profesión, por ejemplo los maestros, tendría que denunciar tales prácticas abusivas de las que pueda tener conocimiento y será sancionado si no lo hace.

Hace unos meses, el Departamento de Asuntos de la Familia, a instancias del gobernador, anunció un cambio de actitud, lo que provocó que **la clínica de cirugía de reasignación de sexo más grande de Texas cerrara sus puertas**. Otros dos estados de Estados Unidos, Arkansas y Tennessee, han aprobado leyes similares.

Según el famoso Manual de Trastornos Mentales (DSM) de la Sociedad Estadounidense de Psiquiatría, más del 90% de los adolescentes con inseguridad de género aceptarán su sexo biológico en la edad adulta. A pesar de esto, la cirugía de reasignación de sexo se realiza en la mayor parte de Estados Unidos a partir de los 13 años.