



DOSSIER DE PRENSA



Dr. P. Fernando Fabó, LC



**Facultad de
Bioética**

P. Fernando Fabó, LC
Facultad de Bioética
México. Octubre - Noviembre 2022. Núm. 20.

Contenido

Ginecólogos de Estados Unidos se niega a practicar abortos	4
Adiós a Larry Laudan: la ciencia no busca la verdad	7
La OMS asegura que existen más de dos sexos.....	12
EL VÍDEO DE LA VERGÜENZA ABORTISTA.....	16
Nigeria lidera la lucha contra el aborto	17
Los nueve bulos más difundidos sobre el aborto	20
20 años de eutanasia en Bélgica.....	25
La implosión demográfica que se avecina	30
El hombre que vivió 35 años con un diagnóstico equivocado.....	33
Aborto. USA. I Dati sui Motivi di una Tragedia Enorme.....	35
Ley de California obliga a los médicos a promover el suicidio asistido	37
El informe de Planned Parenthood: mató a 383.000 bebés en abortos	40
Informe de «Lesbianas Unidas» sobre bloqueadores hormonales	42
Profesión médica y objeción de conciencia	48
Los mal llamados embriones sintéticos.....	50
Mala ciencia y pastoral: el libro de la Academia de la Vida	56
Bélgica: el caso de eutanasia a una mujer que tenía depresión.....	60
Huir de una práctica clínica que solo contempla datos y pruebas	63
Los eunucos son la nueva frontera de la ideología de género.....	65
Los derechos de los animales: se los niega a los no nacidos	71
Un boom de jóvenes dicen ser trans y en realidad no lo son	77
De la autoayuda a las benzodiazepinas	82
Eutanasia y muerte digna no son lo mismo.....	89
A 30 años de la CONBIOÉTICA: logros y desafíos en México	94
La congelación de ovocitos en España se duplica en la última década	97
The Lancet tilda de fracaso global la gestión mundial de la COVID-19.....	100
El derecho de los niños a mantener relaciones sexuales consentidas	105

La molécula responsable de clasificar los recuerdos en el cerebro	117
SUICIDIO ASSISTITO E PRINCIPIO DI AUTONOMIA	120
Injertan células humanas en el cerebro de ratas	124
Los graves efectos secundarios de la píldora antinconceptiva.....	128
En tres meses 217 millones de euros para abolir la prostitución	131
Muere César Nombela.....	135
YouTube censurará vídeos provida.....	142
Estudio: los efectos adversos del aborto a largo plazo	145
Los protocolos: una eutanasia encubierta durante la pandemia.....	148
El dilema de cuándo comienza la vida humana	151
Investigación en cambio de género	154
What kind of doctor amputates the breasts of a 12-year-old girl?.....	157
Matrimonio y fertilidad, una «relación empírica»	160
Biden: es «inmoral» impedir las «transiciones» de sexo	164
Transexualidad, Género y Sexo: algunos aspectos de la Ley Trans	167
Esto es lo que cuesta criogenizarse	177
Sobreviviente al aborto: «El aborto no es asistencia sanitaria»	181
Cuadernos de Bioética: Ética en la actividad clínica	184
Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI	186
¿Pueden tener los niños relaciones sexuales con quien les dé la gana?	191
Los robots se apoderan de los quirófanos	196

El 93% de los ginecólogos de Estados Unidos se niega a practicar abortos¹

SEGÚN LA ASOCIACIÓN MÉDICA DE GINECÓLOGOS Y OBSTETRAS PRO-VIDA



© LifeNews

Esta semana, la Asociación Americana de Ginecólogos y Obstetras Pro-Vida inició una nueva campaña para ayudar a los estadounidenses a entender que matar a bebés no nacidos en los abortos no es una atención médica.

3/09/22

(LifeNews/InfoCatólica) En Estados Unidos, los obstetras y ginecólogos prestan cada día atención médica que salva vidas a las mujeres sin tener que abortar nunca a un bebé no nacido, según una asociación médica que representa a 7.000 ginecólogos y obstetras provida.

Esta semana, la Asociación Americana de Ginecólogos y Obstetras Pro-Vida (AAPLOG) inició una nueva campaña para ayudar a los estadounidenses a entender que matar a los bebés no nacidos en los abortos no es una atención médica. Publicó una hoja informativa, «Myth vs. Fact: Correcting

¹ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=44308>

Misinformation on Maternal Medical Care [Mito vs. Realidad: Rectificando la información falsa sobre la asistencia médica maternal]», que refuta nueve de las mentiras más comunes sobre el aborto.

Para probar su campaña, la AAPLOG se refiere a un estudio de 2017 del Instituto Guttmacher, que está a favor del aborto, que encontró que muy pocos ginecólogos-obstetras realmente practican abortos.

Según la asociación médica, «el 93 por ciento de los ginecólogos-obstetras en ejercicio no realizan abortos, aunque siempre han podido ofrecer tratamiento para salvar la vida de las mujeres y seguirán pudiendo hacerlo independientemente de las leyes estatales sobre el aborto».

Tal vez la razón sea que estos especialistas, como decenas de miles de otros médicos de Estados Unidos, reconocen que los bebés no nacidos son segundos pacientes en cada embarazo y que sus vidas son valiosas.

Todos los ginecólogos-obstetras «ofrecen atención médica que salva vidas a las mujeres embarazadas» y reciben formación para «discernir cuándo deben intervenir para salvar la vida de una madre», continúa la asociación.

Eso incluye la atención a las madres embarazadas que sufren abortos espontáneos y embarazos ectópicos. Según la asociación médica, la afirmación de que la prohibición del aborto impide que las mujeres reciban estos cuidados es un mito.

Aquí hay más información de The Federalist:

En el caso de un aborto espontáneo, «el bebé ya ha muerto y, por tanto, cualquier tratamiento de un aborto espontáneo no sería un aborto».

El tratamiento del embarazo ectópico consiste en extraer un embrión que se ha implantado fuera del útero y que no puede sobrevivir. «Este tratamiento que salva vidas no está impedido por ninguna ley actual que restrinja o prohíba el aborto».

Las leyes provida no aumentan la mortalidad materna

Otros mitos que aborda la asociación médica son las afirmaciones de que las leyes provida provocan un aumento de las tasas de mortalidad materna y perjudican la atención sanitaria de otras mujeres.

En cuanto a la mortalidad materna, AAPLOG destacó estudios de varios países que sugieren que «el aborto está realmente asociado con tasas de mortalidad materna más altas y que las restricciones pueden conducir a una mejora de la salud materna». Otra investigación encontró que «el aborto está asociado con

49,5 muertes maternas por cada 100.000 mujeres, en comparación con una tasa de sólo 8,1 por 100.000 para todas las causas externas de muerte después del parto», escribió el grupo médico pro-vida.

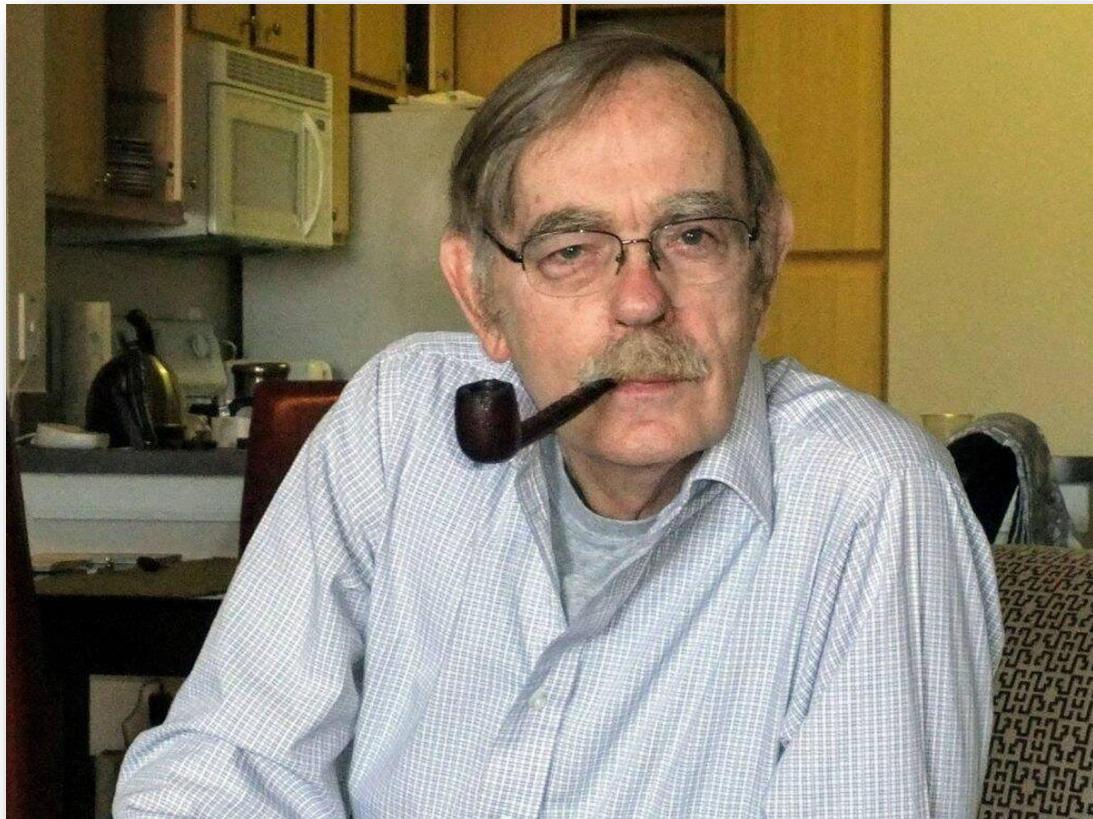
La asociación de ginecólogos y obstetras también defendió las leyes provida, afirmando que ayudan a las mujeres al garantizar que los centros de aborto proporcionan información precisa y están preparados para ayudar a las pacientes que sufren emergencias médicas.

«Por ejemplo, las ecografías ayudan a verificar la edad gestacional, que es fundamental para evaluar con precisión los riesgos asociados a un aborto. Cuanto más avanzado está el embarazo de una mujer, mayor es el riesgo que corre con un aborto. No hay forma de que la mujer pueda dar un consentimiento informado preciso si no se sabe con certeza la edad gestacional de su embarazo».

Desde que el Tribunal Supremo de Estados Unidos anuló el caso Roe contra Wade el 24 de junio, más de una docena de estados han empezado a aplicar leyes que protegen a los bebés no nacidos del aborto. SBA Pro-Life America calcula que unos 139.000 bebés no nacidos se están salvando del aborto gracias a ello, y está previsto que pronto entren en vigor más leyes estatales provida.

Adiós a Larry Laudan, el brillante filósofo que advirtió que la ciencia no busca la verdad²

En su libro 'El progreso y sus problemas', expone con una rotundidad implacable las líneas fundamentales de lo que sería una renovada concepción racionalista de la ciencia



Larry Laudan

Por Antonio Diéguez, 02/09/2022

La **filosofía de la ciencia**³ ha sido, desde su constitución como disciplina diferenciada allá por finales de los 20 y principios de los 30 del siglo pasado, **una de las ramas más activas e influyentes de la filosofía**, y, aún lo

²https://www.elconfidencial.com.cdn.ampproject.org/c/s/www.elconfidencial.com/amp/cultura/2022-09-02/larry-laudan-obituario-filosofia-de-la-ciencia_3483766/ El autor, Antonio Diéguez, es catedrático de Lógica y Filosofía de la Ciencia en la Universidad de Málaga. Su último libro publicado es 'Cuerpos inadecuados: el desafío transhumanista a la filosofía' (Herder)

³ https://blogs.elconfidencial.com/cultura/tribuna/2020-06-16/metodo-cientifico-filosofia-ciencia_2639264/

sigue siendo. Muchas de sus aportaciones conceptuales han sido adoptadas por los propios científicos para describir y cualificar su propia labor. Es común hoy el uso de términos como 'contrastabilidad' ('testability' en inglés), 'verificabilidad', 'falsabilidad', 'paradigma' o 'pseudociencia', todos ellos procedentes o desarrollados en la filosofía de la ciencia durante todos estos años. Los nombres de **Carnap**, **Popper**, **Kuhn**, **Lakatos** y **Feyerabend** no solo son conocidos por todos los que han estudiado la filosofía contemporánea, sino que les suenan al menos a muchas personas interesadas en la ciencia.

Pertenecen a lo que podríamos considerar como **la época dorada de la filosofía general de la ciencia**, que llegaría hasta los años 80. Después el terreno empezaría a quedar ocupado por las filosofías de la ciencia especializadas en ciencias concretas, como la filosofía de la biología, la filosofía de la economía o la filosofía de la física. Pero para que la lista de nombres indiscutibles (se simpatice más o menos con sus propuestas) esté completa hay que incluir sin lugar a dudas el de **Larry Laudan**, quien falleció el pasado 23 de agosto en Lexington, Kentucky.

Laudan nació en Austin (Texas) en 1941, se graduó (con un Bachelor of Arts) en física en la Universidad de Kansas y posteriormente obtuvo el grado en filosofía en Princeton, trasladándose a la Universidad de Cambridge para su doctorado. A lo largo de su vida impartió clases en el University College London, en la Universidad de Pittsburgh (donde dirigió su prestigioso Centro de Filosofía de la Ciencia), en la de Virginia, en la de Hawaii, en la de Texas, y finalmente en la Universidad Nacional Autónoma de México. A finales de los 90 él y su mujer Rachel, una muy prestigiosa historiadora de la ciencia, trasladaron su residencia habitual a México, instalándose primero en Guanajuato y luego en Ciudad de México. Allí colaboraron en el programa de posgrado de la UNAM y establecieron estrecho contacto con los filósofos de la ciencia y epistemólogos mexicanos. Al cabo de unos quince años retornaron a los Estados Unidos.

Su crítica al relativismo y al realismo era una llamada urgente a un cambio sustancial en nuestra forma de entender la ciencia

En 1977 apareció el libro que le haría saltar a primer plano de la disciplina, '**El progreso y sus problemas**'⁴. En él, Laudan expone con una rotundidad implacable, una excelente profundidad en los argumentos y un dominio asombroso de los ejemplos las líneas fundamentales de lo que sería su línea central de pensamiento a partir de entonces: la defensa de **una renovada**

⁴ <https://www.amazon.es/Progress-Its-Problems-Towards-Scientific/dp/0520037219/?tag=ec-3483766-21>

concepción racionalista de la ciencia (frente a las posiciones relativistas de Kuhn y Feyerabend) y el rechazo del realismo científico, es decir, de la idea de que el progreso científico ha de verse como **una búsqueda siempre inacabada de la verdad**. Puesto que el relativismo y el realismo habían sido las dos alternativas más potentes que se configuraron como salidas posibles tras el agotamiento del positivismo lógico del Círculo de Viena y sus adláteres, la crítica de Laudan a ambas corrientes se tornaba entonces en una llamada urgente a un cambio sustancial en nuestra forma de entender la ciencia.

Su propuesta consistía en un racionalismo atemperado por un cierto naturalismo: todo modelo teórico normativo acerca del modo en que se produce el progreso científico debe contrastarse, como cualquier hipótesis, con los datos empíricos, en este caso con los provenientes de la historia de la ciencia, y, a su vez, la racionalidad científica debe entenderse como **una estrecha interrelación no jerarquizable entre los métodos, las teorías y los fines de la ciencia**. Tomando esta vía, Laudan profundizaba y articulaba propuestas que también había formulado **Imre Lakatos**, cuya obra quedó truncada por su prematura muerte.

Para Laudan, el objetivo de la ciencia no es encontrar verdades, sino resolver problemas de forma cada vez más efectiva

Para Laudan, el objetivo de la ciencia no es encontrar verdades, sino resolver problemas de forma cada vez más efectiva. Por lo tanto, las teorías científicas no han de ser juzgadas por un supuesto acercamiento a la verdad, que es algo imposible de establecer, **puesto que no sabemos cuál es la verdad**, sino por su capacidad comparativa para resolver más y mejores problemas que las teorías rivales. Por otro lado, el progreso científico, que, frente a lo que Kuhn sosténía, no es revolucionario, sino evolutivo y gradual, obedece a criterios racionales, sin que la influencia de factores externos (sociales, filosóficos, religiosos, etc.) destruyan necesariamente esa racionalidad, sino que, al contrario, pueden formar parte sustancial de ella. En lo que **el relativismo se equivoca**, sin embargo, en poner todo el peso del cambio de teorías en esos factores externos.

Pueden compararse razonablemente todas las teorías y establecer **cuáles resuelven de forma más efectiva los problemas**. No es necesario recurrir a traducción alguna entre ellas. Esto desmonta el problema de la incommensurabilidad entre teorías que había señalado Kuhn. No obstante, Laudan introduce dos matices importantes en las concepciones racionalistas previas sobre el cambio científico. Por un lado, el progreso conceptual es tan importante o más que el progreso empírico, y, por otro lado, los principios de racionalidad científica también cambian con el tiempo, como lo hacen las

teorías. Lo que era científicamente racional en el siglo XVII no siempre coincide con lo que es científicamente racional hoy. **No hay, pues, una racionalidad científica atemporal.** Por eso, mostrar la racionalidad de los cambios científicos del pasado, no consiste en establecer que actuaron de acuerdo con nuestros principios de racionalidad, sino que hicieron elecciones progresivas de acuerdo con sus propios criterios. Cualquier evaluación de un progreso ha de estar, pues, siempre históricamente contextualizada, pero eso no implica que validez dependa sin más de la visión que nos proporcione el paradigma vigente, como pensaba Kuhn.

Críticos

Algunos críticos, como **John Worrall**, señalaron una inconsistencia en este punto. Si no hay criterios atemporales de racionalidad, **no parece posible entonces afirmar que el progreso científico sea objetivo** y no relativo a los criterios del contexto en el que se juzgue, en este caso los criterios aceptados hoy de forma habitual en la ciencia. Y si creemos que esos criterios de hoy son mejores que los del pasado es porque estamos aceptando de forma implícita al menos algunos principios permanentes de evaluación.

Todas estas ideas las fue desarrollando Laudan en los libros posteriores, como 'Ciencia e hipótesis', de 1981, 'Ciencia y valores', de 1984, 'Ciencia y relativismo', de 1990 y 'Más allá del positivismo y el relativismo', de 1996.

Sin embargo, **su crítica al realismo** cobró su forma más precisa y certera en un artículo de 1981 titulado '**Una refutación del realismo convergente**'⁵, que todavía se cita profusamente. Los realistas ponían el peso de sus argumentos en la tesis de que la verdad (aproximada) de nuestras teorías científicas es la mejor explicación que podemos dar del éxito predictivo y práctico de la ciencia. En este artículo, Laudan desmonta esta tesis mostrando que en el pasado hemos tenido un éxito apreciable con teorías que hoy consideramos falsas. Es, por tanto, **un error comprometerse**, como hacen los realistas, con la ontología postulada por una teoría científica solo porque esta tenga éxito. Los realistas llevan desde entonces elaborando respuestas a esta crítica, unas más plausibles que otras, y el debate continúa.

En el pasado hemos tenido un éxito apreciable con teorías que hoy consideramos falsas

⁵ <https://b.se-todo.com/himiya/14552/index.html>

Con respecto al problema fundamental que había ocupado a los filósofos del Círculo de Viena y a Popper, **el problema de la demarcación**⁶ entre ciencia y no-ciencia, o, en el caso de Popper, **entre ciencia y pseudociencia**, Laudan intentó también dar un giro radical y sostuvo que era un falso problema. No existen, a su juicio, criterios de demarcación precisos y universales que puedan cumplir tal función. De hecho, todos los propuestos (verificabilidad, confirmabilidad, falsabilidad, progresividad) han fracasado. Por eso, Laudan afirma que lo importante es establecer criterios para saber cuándo estamos ante una buena teoría, fiable, fértil y bien fundada, sea esta científica o no. En la actualidad, sin embargo, dado el auge que han cobrado las pseudociencias, este problema ha resurgido con fuerza. La posición más aceptada hoy es la que sostiene que, si bien no hay un criterio único de demarcación (la falsabilidad no vale tampoco, pese a lo que muchos creen), pueden establecerse, no obstante, una pluralidad de criterios indicativos, contextuales –no de propiedades necesarias y suficientes–, que pueden **orientarnos en casos concretos sobre el carácter científico o pseudocientífico de una teoría**.

A finales de los 90 y comienzos de este siglo **Laudan empezó a interesarse por la filosofía del derecho**, en particular, por epistemología legal, y el papel de las pruebas en los veredictos en derecho penal. Fruto de ese interés fue su libro 'Truth, Error, and Criminal Law', publicado en 2006 y traducido al español como '**Verdad, error y proceso penal**'⁷, donde disecciona las principales fuentes de error en la evaluación de las evidencias o pruebas que se presentan en un juicio y que dan lugar a veredictos falsos, es decir, a la absolución del culpable o a la condena del inocente. Desafortunadamente, ni mis conocimientos sobre el tema, ni la extensión de este artículo, me permiten entrar mínimamente en su análisis. Con lo dicho espero haber mostrado de forma suficiente **la grandeza intelectual del filósofo que acabamos de perder**.

⁶ <https://plato.stanford.edu/entries/pseudo-science/>

⁷ <https://www.amazon.es/Verdad-error-proceso-Filosof%C3%A1da-derecho/dp/8415664745/?tag=ec-3483766-21>

La OMS asegura ahora que existen más de dos sexos y los científicos la acusan de «hacer ideología»⁸

El nuevo manual de género de la organización elimina el concepto binario del sexo



Los científicos señalan que es una modificación sin sentido, ya que "el sexo es un concepto biológico, binario e inmutable".

ReL, 06 septiembre 2022

El sexo de una persona no se limita a categorías de hombre y mujer. Esta afirmación, para la mayoría de expertos **nada científica y bastante ideológica**, es la que pretende introducir la Organización Mundial de la Salud en su "*Manual de Incorporación de la Perspectiva de Género para Administradores de la Salud*".

El **documento, elaborado en 2011**, abordaba, hasta ahora, el "cómo las normas, roles y relaciones de género afectan a los comportamientos y resultados relacionados con la salud, así como a las respuestas del sector de la salud". El manual reconocía que "la desigualdad de género es un determinante transversal de la salud", pero no iba más allá.

⁸ https://www.religionenlibertad.com/ciencia_y_fe/105419373/oms-asegura-ahora-mas-dos-sexos-cientificos-acusan-ideologia.html

Sin embargo, ahora la OMS ha decidido actualizar el manual para **superar "los enfoques binarios de género"**, y defender "que la identidad de género **existe en un continuo**, y que el sexo no se limita a hombres o mujeres".

Para la organización, ahora el sexo de una persona no obedece a la biología sino que se debe presentar en **un supuesto espectro de "continuidad"** en el que cualquier opción es posible.

Sin base científica

Aunque esta afirmación apenas tiene apoyos entre la comunidad científica, muchos gobiernos aprovechan la oportunidad para implementar políticas públicas que favorezcan la transición de sexo, sobre todo en menores de edad.

Varios expertos internacionales aseguran que la modificación del manual de la OMS **carence de base científica**, es ideológica y puede perjudicar a los mismos a los que dice proteger.



Los expertos advierten de que con estas recomendaciones se está animando a que jóvenes con disforia sean encaminados directamente hacia un cambio de sexo.

Uno de los científicos que ha denunciado estos cambios es la profesora Jenny Gamble, especialista en obstetricia de la Universidad de Coventry (Reino Unido).

Gamble escribió recientemente, junto a otros expertos, un artículo⁹ sobre la importancia del lenguaje sexuado, en respuesta a otro trabajo de la revista *The Lancet*, en el que el término "mujer" era reemplazado por "**cuerpos con vaginas**".

En un artículo recogido por *NC Register*¹⁰, Gamble señala que **las declaraciones de la organización de salud de la ONU son "muy preocupantes"**, ya que "el sexo es un concepto biológico establecido, binario e inmutable". También advirtió de que puede haber personas con disforia de género, pero el sexo no se vería afectado.

Para la experta, además, una comprensión clara del sexo como estado biológico es crucial para el cuidado de la salud, y para comprender mejor lo que experimentan las mujeres. "Si esta nueva definición se aplica a la maternidad, ¿quién aboga por la necesidad del bebé de tener una madre?", se pregunta.

Otro peligro de este cambio de lenguaje es el **clima de enfrentamiento** que se produce en la sociedad. "Creo que estamos enfrentando a las personas, en lugar de ayudarlas a vincularse y crear una comunidad", comenta.

Biología vs Sociología

Otro de los científicos que cuestiona la actualización del manual de la OMS es René Ecochard, médico y profesor del Departamento de Bioestadística, de la Universidad Claude Bernard (Lyon, Francia). Para el docente estos cambios muestran una **confusión entre la biología y la sociología**, porque la biología dice quién es el ser humano, mientras que la sociología solo dice cómo se comporta.

⁹ <https://www.archidiocesisgranada.es/images/pdf/Articulo.pdf>

¹⁰ <https://www.ncregister.com/news/scientists-speak-out-against-update-of-who-s-gender-mainstreaming-manual>



Ecochard advierte de que con este cambio se está confundiendo biología con sociología.

Para Ecochard, que el sexo no defina al individuo es algo alarmante. "Este cambio es un verdadero motivo de preocupación, la OMS es una referencia en el campo de la salud, y mucha gente se dejará engañar y difundirá nociones erróneas sobre el sexo", comenta el profesor.

El experto advierte de que con estas modificaciones "**los jóvenes serán más propensos a ser encaminados hacia un cambio de sexo**", y "los padres y maestros pueden mirar de manera inadecuada a un joven que está luchando por encontrar su lugar como hombre o mujer".

El profesor cree que la actualización del manual de la OMS representa **una oportunidad perdida** para promover una ecología humana basada en "la complementariedad y la solidaridad entre hombres y mujeres, y entre generaciones. Promover estas reglas sería, por parte de la OMS, cumplir con una de sus misiones esenciales, que implica cuidar a las personas en su totalidad", dijo.

EL VÍDEO DE LA VERGÜENZA ABORTISTA¹¹

06 de septiembre de 2022

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, con sede en Estrasburgo, ha rechazado el recurso por discriminación de la Fundación Jérôme Lejeune contra la decisión del Consejo de Estado francés de respaldar el voto del Consejo Audiovisual a la difusión de este vídeo en espacios publicitarios.

Se trata del anuncio Querida futura Mamá, de 2014, en el que varios niños y jóvenes con síndrome de Down tranquilizan a una madre embarazada sobre cómo será su propia vida.

La finalidad del vídeo "puede parecer ambigua y no suscitar una adhesión espontánea y consensuada", alegó el Consejo Audiovisual.

La realidad es evidente: se trata de evitar a toda costa que a la madre le llegue cualquier mensaje que la anime a seguir con su embarazo, en vez del genocidio programado de las personas con discapacidad antes de nacer (e incluso después, con la eutanasia y el suicidio asistido) por el que abogan las instituciones globalistas que impulsan la Agenda 2030.

DEAR FUTURE MOM | March 21 - World Down Syndrome Day |
#DearFutureMom

<https://www.youtube.com/watch?v=Ju-q4OnBtNU&t=144s>

¹¹ <https://www.religionenlibertad.com/video/141870/video-verguenza-abortista.html>

Ver también: <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=44321>

Nigeria lidera la lucha contra el aborto en la ONU y vuelve a evitar asimilar el aborto como derecho humano¹²



Asamblea General de la ONU | © Wikipedia

«CADA PAÍS DEBE DECIDIR SUS LEYES SOBRE EL ABORTO A NIVEL NACIONAL SIN INTERFERENCIAS EXTERNAS»

La intensa oposición que encontró el párrafo que calificaba el «acceso al aborto seguro» como una cuestión de derechos humanos puede dificultar que las delegaciones estadounidense y europea racionalicen la noción de «aborto seguro» en otros acuerdos de la ONU.

(Stefano Gennarini/C-Fam) 5/09/22

Nigeria se enfrentó a Estados Unidos y la Unión Europea en un acalorado debate sobre el aborto en la Asamblea General el viernes 2 de septiembre.

¹² <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=44323>

«Cada país debe decidir sus leyes sobre el aborto a nivel nacional sin interferencias externas», denunció un delegado nigeriano durante el debate en la Asamblea General sobre el acceso a la justicia de las víctimas de la violencia sexual. «Los países deben ayudar a las mujeres a evitar el aborto y proporcionar a las madres y a sus hijos atención sanitaria y apoyo social», añadió, citando acuerdos anteriores de la ONU.

La delegación nigeriana propuso enmiendas para eliminar el controvertido lenguaje que promueve el aborto y la ideología de género en la resolución. Las enmiendas copatrocinadas por Bielorrusia, Camerún, Etiopía, Libia, Mauritania y Senegal contaron con el apoyo de más de treinta delegaciones, en su mayoría de África y Oriente Medio, y finalmente fracasaron. Pero el contundente resultado sirvió para demostrar que el derecho al aborto está lejos de ser una cuestión resuelta a nivel internacional.

El delegado nigeriano citó la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, en la que los miembros de las Naciones Unidas acordaron abordar los efectos negativos del aborto en la política de la ONU. Ese acuerdo presentaba el aborto bajo una luz negativa como algo que debía evitarse, pero los países occidentales y las agencias de la ONU quieren reinterpretar los mismos documentos de la conferencia para promover el «acceso al aborto seguro» como una cuestión de derechos humanos.

En consonancia con este enfoque, los nigerianos advirtieron contra la posibilidad de que el aborto sea una respuesta oficial de la ONU a los embarazos en situaciones de emergencia, afirmando que «crea el peligro de que las mujeres se vean presionadas para abortar a sus bebés».

Un nuevo intento de introducir el aborto como cuestión de DDHH

Lo más polémico del debate fue un párrafo de la resolución que declaraba el «acceso al aborto seguro» como una cuestión de derechos humanos por segunda vez en una resolución de la Asamblea General. Tanto Estados Unidos como la Unión Europea lo apoyaron.

Junto con los embajadores de Japón y Sierra Leona, que dirigieron las negociaciones, lo calificaron repetidamente de «lenguaje acordado», un término técnico para el lenguaje no controvertido que se incluye habitualmente en las resoluciones de la ONU por consenso. Pasaron por alto el hecho de que la delegación de Estados Unidos votó en contra del mismo lenguaje hace sólo dos años y que desde entonces ha sido rechazado en repetidas ocasiones. Un lenguaje similar fue también polémico en una votación ajustada en una resolución del Consejo de Derechos Humanos en Ginebra en julio.

La intensa oposición que encontró el párrafo puede dificultar que las delegaciones estadounidense y europea racionalicen la noción de «aborto seguro» en otros acuerdos de la ONU.

Muchas de las mismas delegaciones que se opusieron al lenguaje sobre el aborto también se opusieron al lenguaje relacionado con el género y a las referencias veladas a la homosexualidad y la transexualidad.

La resolución sustituyó toda referencia a la «violencia sexual» y a la «violencia contra las mujeres» en la resolución por el término «violencia sexual y de género». Las agencias de la ONU utilizan este término para describir programas no sólo para acabar con la violencia, sino también para promover la aceptación social de la homosexualidad y la transexualidad.

Durante el debate del viernes, la Unión Europea insistió en la necesidad de este tipo de programas.

«La discriminación alimenta la violencia», dijo el representante de la República Checa en nombre de la Unión Europea. «Para prohibir la violencia debemos prohibir todas las formas de discriminación... incluyendo la basada en la orientación sexual y la identidad de género».

El delegado checo habló enérgicamente de la necesidad de proporcionar a los niños una «educación sexual integral» y de «luchar contra el retroceso» de los derechos sexuales.

El animado debate en la Asamblea General puso de manifiesto la importancia que los gobiernos conceden a las políticas de la ONU, aunque a veces se consideren no vinculantes y las implicaciones jurídicas de los acuerdos no siempre estén claras de inmediato.

En un revelador intercambio antes de la reunión, un representante de Estados Unidos dijo a un grupo de activistas en la galería de la Asamblea General, entre los que se encontraba la Fundación Rise, que una resolución independiente de la ONU sobre los derechos de las supervivientes de la violencia sexual era importante porque, si el lenguaje se repite de nuevo en futuras resoluciones, puede convertirse en vinculante como «derecho internacional consuetudinario».

Irónicamente, en la declaración oficial de Estados Unidos durante el debate el mismo delegado dijo que en la adopción de la resolución el gobierno de Estados Unidos «no reconocía ningún cambio en el estado del derecho internacional consuetudinario».

Los nueve bulos más difundidos sobre el aborto, desmontados uno por uno por los ginecólogos¹³

Una persona sujetando una pancarta durante una acción contra la ley del abortoEuropa



Press/Carlos Luján

Defensa de la vida

La Asociación Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos provida ha publicado el informe *Mito vs. Hecho: corrección de la información errónea sobre la atención médica materna*

Clara González, 07/09/2022

En el mundo que ha dejado la caída de la protección constitucional del aborto tras la decisión de la Corte Suprema de revocar el fallo Roe vs. Wade¹⁴ las posturas se han radicalizado. Desde el 24 de junio se han sucedido las **manifestaciones a favor y en contra de la decisión de los jueces del supremo**, que han dejado en manos de los Estados el poder legislar en defensa de la vida, algo que ya han hecho más de una docena de ellos¹⁵.

¹³https://www.eldebate.com/familia/20220907/nueve-mitos-mas-difundidos-sobre-aborto-desmentidos-ginecologos_58423.html

¹⁴ https://www.eldebate.com/familia/20220825/grito-silencioso-caso-roe-v-wade-estrena-trailer_56297.html

¹⁵ <https://sbaprolife.org/lifesavinglaws>

Grupos como Jane's Revenge¹⁶ se han dedicado desde entonces a vandalizar y atentar contra los centros que e dedican a ayudar a las madres que se quedan embarazadas y no tienen recursos y también iglesias y parroquias por todo el país. En cuanto los primeros gobernadores estatales comenzaron a legislar en defensa de la vida, voces a gritos se alzaron por todo el país a favor del aborto. Su argumentario es el mismo que quien lo defiende al otro lado del charco, pero donde la oleada ha ido en sentido contrario con un Macron que pide **incluir el aborto en la Carta de Derechos Fundamentales de la UE** o una ley de salud sexual y reproductiva¹⁷ aprobada en España que permite que menores de edad acaben con la vida de sus hijos sin consentimiento paterno.

En toda esta vorágine, la Asociación Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos provida ha elaborado y publicado recientemente un informe con el que se han propuesto desmontar los nueve mitos más difundidos sobre el aborto, que han titulado *Mito vs. Hecho: corrección de la información errónea sobre la atención médica materna*¹⁸.

1. El aborto es un servicio esencial de salud

El American College of Obstetrician and Gynecologists¹⁹ (ACOG) defiende que apoyan «la salud, seguridad y bienestar de nuestros pacientes al brindar atención médica integral». Algo que implica «garantizar que todos los pacientes puedan acceder a la gama completa de opciones de atención de la salud materna, sexual y reproductiva, **incluido el aborto**», continúan.

Esta postura de la institución es denunciada por la asociación provida, que argumenta que el ACOG tiene una «visión extrema» sobre el aborto si se compara con «la gran mayoría de los obstetras y ginecólogos del país». Lo que la organización de ginecólogos provida defiende es que el colegio de este colectivo sanitario se opone a los médicos que no se muestran en la línea con sus «posiciones radicales».

El colegio de ginecólogos, se detalla en el informe, **no apoya la realización de ecografías a las pacientes**, «que son fundamentales para brindar un consentimiento informado a una paciente».

¹⁶ <https://www.eldebate.com/familia/20220615/que-quien-jane-s-revenge-grupo-antiaborto-vandaliza-iglesias-estados-unidos.html>

¹⁷ https://www.eldebate.com/sociedad/20220830/irene-montero-califica-aborto-como-fundamental-democracia_57071.html

¹⁸ <https://aplog.org/wp-content/uploads/2022/08/AAPLOG-Myth-v-Fact.pdf>

¹⁹ <https://www.acog.org/advocacy/abortion-is-essential/come-prepared/abortion-access-fact-sheet>

2. Relación médico-paciente

Se ha venido afirmando que la decisión del supremo de tumbar el blindaje constitucional del aborto y las restricciones estatales a favor de la vida que ha desencadenado suponen una **intrusión en la relación médico-paciente**. Así lo afirmó el presidente de la Asociación Médica Americana (AMA)²⁰, **Jack Resneck**, en un comunicado difundido a través de su página web.

Por su parte, los ginecólogos provida explican que antes del aborto, no existe una relación entre el médico abortista y la paciente embarazada, y que después «tienden a dejar la atención médica a otros doctores que sí tienen una relación previa o que trabajan en urgencias». Y lo que es más, afirman rotundamente que no es una intrusión en la relación el hecho de **que el médico proteja la vida de ambos de sus pacientes**, la mujer y su hijo.

3. Salvar la vida de la madre

La organización médica provida denuncia que algunos medios –cita a NPR²¹ y Reuters²²– difunden que médicaamente **el aborto es necesario para salvar la vida de la mujer** embarazada. No obstante, destacan frente a este mito que el 93 % de los obstetras y ginecólogos practicantes no practican abortos por elección, pero han ofrecido siempre tratamientos que pueden salvar la vida de la madre y «continuarán haciéndolo independientemente de las leyes estatales del aborto».

Cuando es necesario tratar una amenaza para la vida, explica el informe, «los médicos pueden poner fin a un embarazo de manera que se respete la vida de ambos pacientes», como un **parto prematuro**, que a diferencia de un aborto, no pretende de manera intencionada acabar con la vida de un ser humano.

4. Embarazos ectópicos y abortos espontáneos

Un temor que se difundió tras la decisión de la corte suprema fue que aquellas mujeres que perdieran al bebé de forma natural o cuando el óvulo fecundado se implanta y crece fuera del útero no serían tratadas²³ porque la ley lo impediría u obstruiría los procedimientos. No obstante, esta asociación de ginecólogos deja claro que estos casos **son completamente diferentes que poner fin al embarazo** de manera intencionada: «en el caso de un aborto espontáneo, el

²⁰ <https://www.ama-assn.org/press-center/press-releases/ruling-egregious-allowance-government-intrusion-medicine>

²¹ <https://www.npr.org/2022/07/02/1109557947/some-abortions-are-necessary-to-save-the-life-of-a-patient>

²² <https://www.reuters.com/article/factcheck-abortion-false-idUSL1N2TC0VD>

²³ <https://www.acog.org/advocacy/facts-are-important/understanding-ectopic-pregnancy>

bebé ya ha fallecido y por tanto cualquier tratamiento no sería considerado un aborto» y se podría practicar a la luz de la ley.

Por el otro lado, el tratamiento de un **embarazo ectópico** consiste en extraer el óvulo que se ha implantado fuera de la cavidad principal del óvulo, donde no tiene expectativas de supervivencia, pero pone en riesgo la vida de la madre. «Este tratamiento que salva vidas no está impedido por ninguna ley actual que restrinja o prohíba el aborto», explican los autores del estudio.

5. Mortalidad materna

El mismo colegio de ginecólogos que defiende que el aborto es un servicio sanitario esencial, defiende también que restringir el acceso a poner fin al embarazo hará que aumente el número de madres que mueren. Se expone en el informe que **Estados Unidos tiene una de las tasas de mortalidad materna más altas**, a pesar de que la doctrina Roe vs Wade llevaba casi 50 años vigente.

Señalan estos profesionales de la salud provida que «estudios de una amplia gama de países²⁴ –sugieren que el aborto en realidad está asociado con tasas más altas de mortalidad materna y las restricciones pueden conducir a una mejor salud de las madres». Según sus datos, por ejemplo en Finlandia²⁵, la interrupción del embarazo se ha asociado con **49,5 muertes de madres por cada 100.000 mujeres** en comparación con la tasa de tan solo 8,1 por cada 100.000 de todas las causas de fallecimiento tras el parto.

6. Perjuicio para el cuidado de la mujer

Fue el presidente **Joe Biden**²⁶ quien afirmó que la salud de las mujeres estaba en riesgo después de la decisión de la corte suprema. No es solo que no se vaya a tratar a mujeres que sufren abortos espontáneos, sino que toda embarazada vería amenazado su acceso a la sanidad y a los cuidados médicos. No obstante, los ginecólogos destacan que requerimientos clínicos defendidos por los provida, como los ultrasonidos, los privilegios hospitalarios para las embarazadas y los períodos de reflexión que protegen a la mujer, «que merece un cuidado exhaustivo y de calidad».

²⁴<https://www.ajmc.com/us-ranks-worst-in-maternal-care-mortality-compared-with-10-other-developed-nations>

²⁵ <https://aaplog.org/wp-content/uploads/2022/06/CO-10-State-Level-Restrictions-1.pdf>

²⁶ <https://news.bloomberglaw.com/us-law-week/biden-warns-womens-health-at-risk-after-courts-roes-ruling>

7. El aborto no afecta a la salud a largo plazo

La multinacional abortista Planned Parenthood²⁷ afirma en su página web que el acceso al aborto no tiene ninguna consecuencia en la salud reproductiva en el futuro. En cambio, como se señala en el estudio, «el Instituto de Medicina enumera el aborto quirúrgico como un factor de riesgo inmutable para el parto prematuro». Después de un aborto provocado aumenta en un 35 % el riesgo de tener un parto prematuro, y tras una segunda intervención, esta probabilidad sube al 90 %.

8. El aborto químico es seguro

Tras la revocación de Roe vs Wade ha aumentado la **dispensación de píldoras abortivas** e incluso han comenzado a repartirse de manera gratuita y a enviarse a domicilio. Debido a que no requieren que una visita a la consulta, los médicos «no pueden determinar cómo de avanzado está el embarazo o descartar un embarazo ectópico peligroso», se detalla en el informe. Sea o no de manera controlada por un médico, hay estudios que advierten de las graves consecuencias²⁸ del aborto en casa mediante medicamentos.

9. Salud mental de las mujeres

Desde 1993 hasta 2018, al menos 75 estudios diferentes examinaron la relación entre el aborto y la salud mental. Dos tercios de ellos mostraron una correlación entre esta violenta intervención y adversas consecuencias sobre el bienestar psicológico de las mujeres.

A diferencia del mito extendido de que restringir el acceso al aborto tendría un efecto negativo sobre la salud mental, estas investigaciones²⁹ demuestran que someterse a estas intervenciones hace aumentar exponencialmente el **riesgo de sufrir depresión, ansiedad, abuso de sustancias y comportamientos suicidas**, en comparación con mujeres con embarazos imprevistos con los que decidieron continuar.

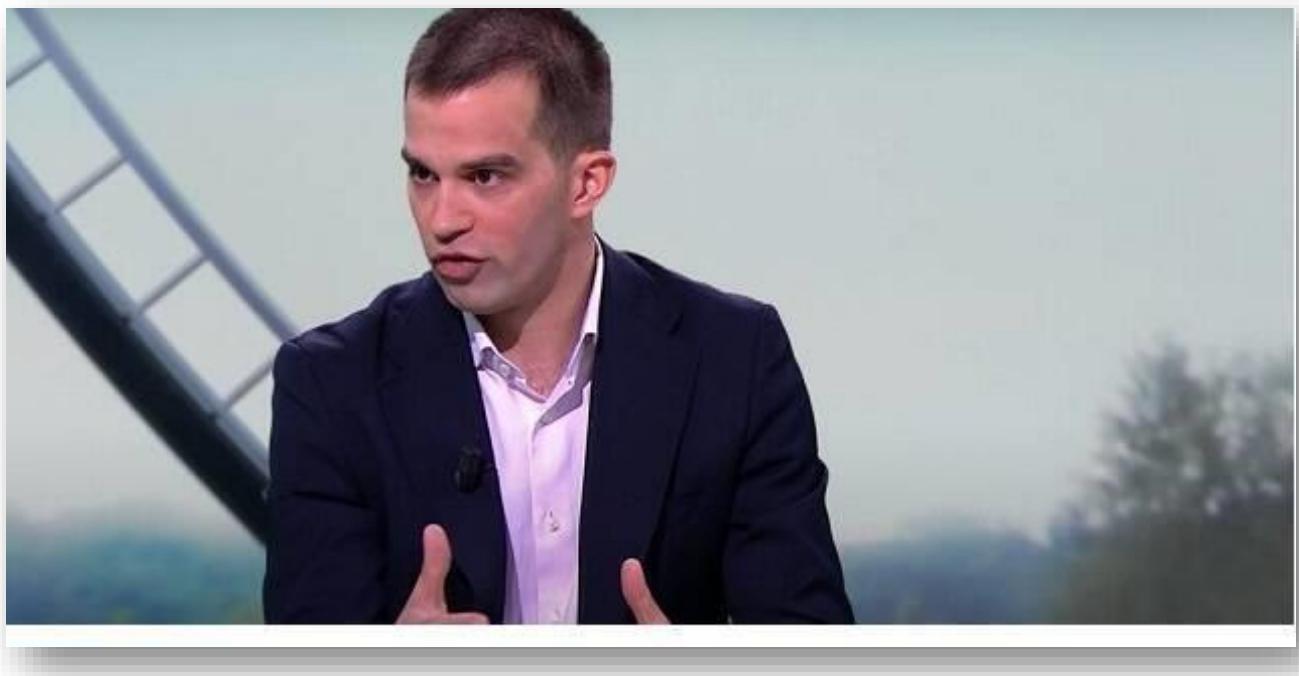
²⁷<https://www.plannedparenthood.org/learn/ask-experts/im-about-6-weeks-pregnant-and-i-have-had-an-abortion-before-i-was-just-wondering-will-that-effect-my-pregnancy-if-i-do-decide-to-keep-the-baby>

²⁸<https://www.eldebate.com/familia/20220618/estudio-advierte-graves-consecuencias-aborto-quimico.html>

²⁹<https://aaplog.org/induced-abortion-and-adverse-mental-health-effects/>

20 años de eutanasia en Bélgica: trivializada, se multiplicó por diez, rebajó la cultura de la vida³⁰

Ahora se busca hostigar a objetores y centros cristianos



El jurista Léopold Vanbellingen analiza los 20 años de eutanasia legal, ya trivial, en Bélgica - multiplicó por 11

P.J.G., 08 septiembre 2022

Bélgica despenalizó oficialmente la eutanasia en 2002, hace ya dos décadas. En 2003, practicó 235. En 2021, 2.700, es decir, once veces más. Y sin contar con las clandestinas o no declaradas, que siguen haciéndose y serían un 25% o un 35% a añadir.

Además, una nueva norma de marzo de 2020 busca hostigar a las entidades y sanitarios que aún defienden la ética hipocrática y la buena ética médica (la deontología de la Asociación Médica Mundial es claramente contraria a la eutanasia).

³⁰ https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/73152704/20-anos-eutanasia-legal-belgica-trivializada-multiplico-por-diez.html

Así, se estableció en 2020 que:

- «ninguna cláusula escrita o no escrita puede impedir que un médico practique la eutanasia» (para acosar a los hospitales o residencias cristianos o de ética hipocrática);
- se obliga a los médicos objetores a remitir al paciente «a un centro o asociación especializada en el derecho a la eutanasia»;
- las declaraciones anticipadas de eutanasia, que antes tenían una validez de 5 años, ahora pasan a considerarse sin límites de tiempo.

Vincent Delcorps entrevistó en la revista católica *CathoBel* el 29 de mayo a un doctor en Derecho de la Universidad de Lovaina, **especialista en bioética y objeción de conciencia, Léopold Vanbellingen**, quien le detalló cómo se ha ido degradando la protección de la vida, de los enfermos y de la ética médica en estas dos décadas de eutanasia.



Vanbellingen en un acto reclamando mejores cuidados paliativos en Bélgica en 2021.

Aprobada como una excepción para casos dramáticos, la eutanasia pasó a convertirse en un derecho de cualquiera, y el próximo paso puede llegar a ser una exigencia puesto que ¿por qué deben los sanos, la sociedad, gastar su dinero y recursos en esos ancianos y enfermos?

Las dos excusas falsas: "será excepcional", "evitaremos casos clandestinos"

Léopold Vanbellingen explica que en 2002 se despenalizó la eutanasia **repitiendo que sería sólo para casos excepcionales** de grave sufrimiento insopportable, pero se ha multiplicado por 11 y se aplica **prácticamente a cualquiera que lo pida** y a algunos que no lo piden. "Ha habido una especie de trivialización", denuncia.

También se despenalizó asegurando que serviría para evitar eutanasias clandestinas, pero Vanbellingen constata que "**entre el 25 y el 35% de las eutanasias se llevan a cabo sin ser declaradas, es decir, son ilegales**". Esto se sabe porque lo dicen los mismos médicos en estudios con cuestionarios anónimos, admitiendo que hacen eutanasias que no declaran, y a veces sin consentimientos.

El timo del "estricto control": lobos guardan el corral

Además, este experto jurista señala que el supuesto "control estricto", nunca ha existido: cualquier caso conflictivo se juzgaría demasiado tarde, cuando el paciente ya ha sido eliminado. **Prácticamente no se han llevado casos a juicio: más que indicar que funciona bien, eso indica opacidad y falta de control.**

"También hay un problema de independencia, ya que la **Comisión de Evaluación está formada por muchos cuidadores que practican ellos mismos la eutanasia**. Por lo tanto, ¡ellos mismos deben juzgar las eutanasias que han llevado a cabo! **En 20 años, este comité sólo ha llevado un caso de eutanasia ante las autoridades judiciales**. Esto es extremadamente bajo. Incluso personas que están a favor de la eutanasia la han criticado", señala Vanbellingen.

Derecho a ser cuidados y acompañados

La eutanasia, al extenderse, va creando la sensación de que la persona enferma o discapacitada exige una atención y recursos a los que no tiene derechos. Pero en la cultura tradicional en Occidente y **en la buena ética médica e hipocrática, el enfermo sí tiene derecho a ser cuidado y acompañado**.

"Cuando perdemos nuestra autonomía, podemos y **debemos ser capaces de exigir que nos acompañen, los cuidadores, los familiares** y, en general, la sociedad. La dignidad de una persona no está vinculada a su grado de dependencia. ¡Esto es absolutamente central! Sobre todo porque ahora **disponemos de cuidados paliativos que ofrecen un verdadero**

consuelo al final de la vida, tanto en términos de dolor físico como de consuelo psicológico y espiritual", exhorta Vanbellingen.

"En los cuidados paliativos, **hay cuidadores y beneficiarios que, de forma anónima, hacen maravillas a diario**. Es importante reconocer su trabajo. También creo que cuando se hace una petición de eutanasia, probablemente ya es demasiado tarde. Hay cosas que deberían haber sido propuestas al paciente de antemano, y que no lo fueron", denuncia.

"Es cierto que no se está obligando a nadie a morir mediante la eutanasia", admite. "Sin embargo, **estamos enviando señales. Hoy en día, una persona dependiente podría sentirse indigna de querer seguir viva**. Tenemos que ser capaces de recordar a la gente una y otra vez que, a pesar de las dificultades de la vida cotidiana, todo el mundo tiene derecho a querer seguir viviendo hasta el final. Y que puedan seguir experimentando maravillosos momentos de alegría".

Eutanasia, depresión y prevención del suicidio

El jurista no ve factible hoy por hoy derogar la ley de 2002. "**Mi ideal sería que esta ley ya no fuera necesaria en la mente de los belgas**", plantea. "¿Cómo podemos ofrecer un verdadero apoyo paliativo a cualquier paciente que lo pida? Ahora bien, también creo que, a pesar del mejor apoyo, algunas personas seguirán pidiendo eutanasia", admite.

De hecho, en Bélgica, **una persona con trastornos mentales (depresión, ansiedad grave, etc...) puede pedir la eutanasia y se le concedería**. "Esto tiene un **impacto negativo en todas las políticas de prevención del suicidio** y de apoyo a las personas deprimidas. Decirles que la muerte es una solución entre otras tiene un impacto deletéreo en la forma de atenderlos".

También avisa de que legalizar la eutanasia también tiene un efecto en los cuidadores (enfermeros, parientes a cargo) que "en algunos aspectos, son instrumentalizados. Tampoco hay que descuidar el **impacto en la sociedad, y en particular en otras personas que sufren la misma patología**".

Primero se amplió a los menores; ahora, a los dementes

"En 2014, la ley se amplió a los menores. Esta extensión es discutible: muchos profesionales pudieron decir que no había tal demanda en el campo. Y ahora se habla de ampliar la ley a las personas con demencia. Veo un riesgo en esto: el de considerar a una persona con demencia como alguien que necesariamente está sufriendo. Por supuesto que una persona con Alzheimer sufre. Pero eso no significa que no puedan sentir también alegría y conservar un instinto de vida", detalla Vanbellingen.

Pero de fondo está el paso a reconocer que cualquiera puede pedir la eutanasia sin alegar razones médicas.

"En los Países Bajos y Flandes, **algunas personas quieren permitir la eutanasia a las personas que están cansadas de vivir** o que sienten que ya han tenido una vida plena. Esta ampliación nos llevaría a un derecho al suicidio. Este hecho nos devuelve a la cuestión de la prevención del suicidio. El legislador se encuentra ante diferentes opciones. O bien se avanza hacia un mayor control de la eutanasia y un mayor apoyo a las personas al final de la vida. O bien opta por una mayor promoción de la eutanasia. Esto último sería optar por **una visión individualista que tendría consecuencias sociales negativas**", advierte.

Como jurista experto en libertad religiosa y de conciencia, también advierte de que "**excluir la religión del debate público no es aceptable** en términos de derechos fundamentales, ni deseable. Por ello, **creo que nuestros parlamentarios deben estar abiertos a una cierta forma de racionalidad religiosa**, aunque deban hacerlo con un deber de neutralidad. Al mismo tiempo, cuando el creyente quiere intervenir en el ámbito público, es importante que lo haga con un mensaje que sea universal, que pueda ser entendido por todos".

Evolución de la legislación de la eutanasia en Bélgica en 3 pasos

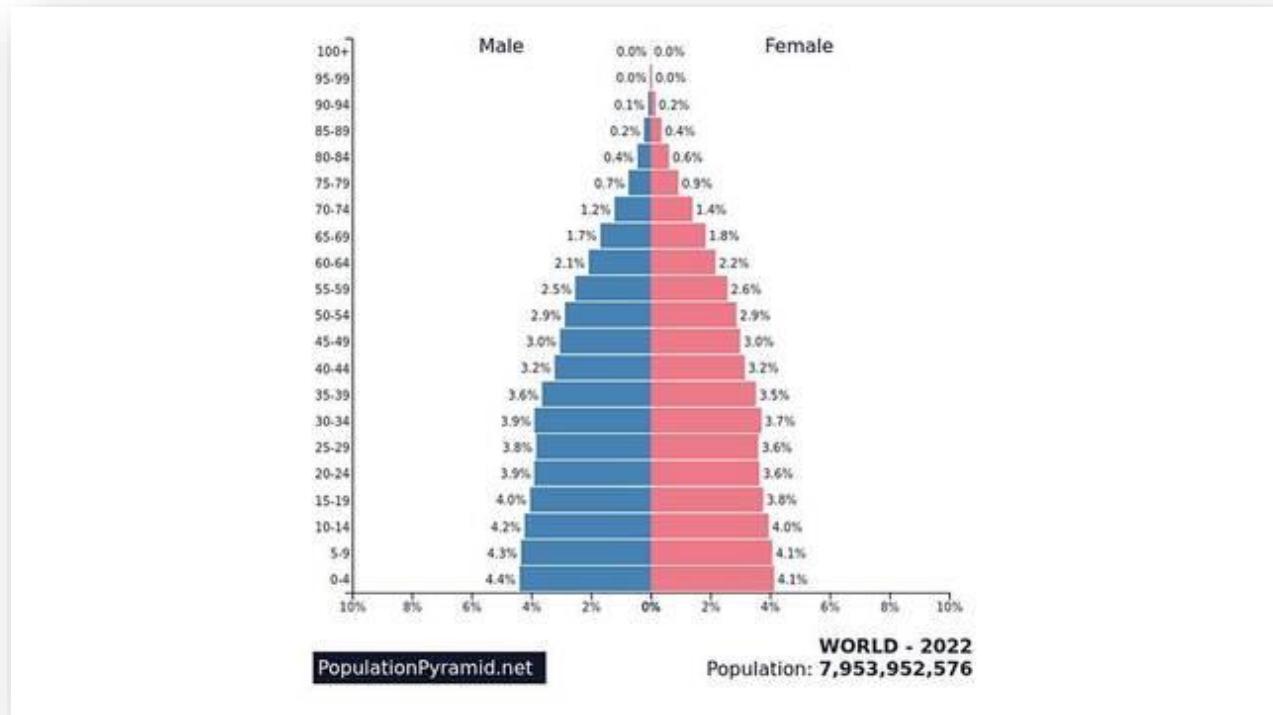
28 de mayo de 2002: se despenaliza la eutanasia en ciertas condiciones; lo hace un gobierno de liberales, socialistas y ecologistas; por primera vez desde 1958, los socialcristianos estaban en la oposición.

28 de febrero de 2014: ampliación de la ley de 2002. Eutanasia para menores de edad: «El paciente menor de edad, dotado de capacidad de discernimiento, se encuentra en una situación médica desesperada de sufrimiento físico constante e insopportable que no puede ser aliviado y que tiene como consecuencia la muerte en un futuro próximo, y que se deriva de una condición accidental o patológica grave e incurable».

15 de marzo de 2020: nueva normativa establece que «ninguna cláusula escrita o no escrita puede impedir que un médico practique la eutanasia» (contra instituciones de ética hipocrática). La ley obliga a los médicos que se niegan a practicar la eutanasia a remitir al paciente «a un centro o asociación especializada en el derecho a la eutanasia». Las voluntades anticipadas pasan todas a ser de tiempo ilimitado.

La implosión demográfica que se avecina³¹

La pirámide demográfica del mundo en 2022 muestra que, por primera vez en la historia, hay



más abuelos que nietos.

por Phil Lawler, 07 septiembre 2022

A los medios sistémicos se les escapan a veces las noticias más importantes. Tal es el caso de esta novedad absolutamente sin precedentes: por primera vez en la historia del mundo, hay **más seres humanos vivos por encima de los 65 años que por debajo de los 5 años**.

Pensémoslo bien: en el mundo hay más ciudadanos de avanzada edad que niños pequeños. **La cohorte de los abuelos excede a la cohorte de los nietos.**

Este cambio demográfico es impresionante, sobre todo, en los países desarrollados, donde las tasas de fertilidad llevan cayendo continuamente desde hace años, al tiempo que los avances médicos permiten a los ancianos vivir más tiempo. En la mayoría de los países europeos, la tasa de natalidad está **muy por**

³¹ <https://www.religionenlibertad.com/opinion/301718309/implosion-demografica-avecina.html>

debajo del nivel de reemplazo. En Estados Unidos, la población total estaría descendiendo de no ser por el enorme flujo de inmigrantes.

No es probable que la tendencia revierta pronto por sí misma. En Estados Unidos, la edad media a la que se casan las mujeres ha pasado de 25 a 28 años desde el año 2000. Lo que significa que la novia promedio empieza a escuchar **el tic tac de su reloj biológico** casi nada más salir de la iglesia. Y si ella y su marido toman la decisión, tan común, de “posponer el embarazo” durante un tiempo hasta asentarse en la vida matrimonial, su fertilidad empezará pronto a decaer.

En los dos países más poblados del mundo, **China e India**, hay otra razón para esperar una escasez de nacimientos. Tras décadas de medidas agresivas de planificación familiar que desalentaban el nacimiento de niñas (alentando el aborto por selección de sexo), estos países tienen un **número desproporcionado de jóvenes varones** que, según el orden natural de las cosas, no tendrán hijos.

Así que los profetas del apocalipsis que advertían contra las nefastas consecuencias de la **superpoblación** estaban equivocados. Estaba equivocado **Paul Ehrlich**, el celebrado autor de *La explosión demográfica*, quien en los años 70 predijo hambrunas planetarias “independientemente del programa de choque que emprendamos a partir de ahora”. Incluso **Pablo VI**, en tanto en cuanto incorporó a la encíclica *Humanae Vitae* la inquietud por la superpoblación, estaba equivocado. El problema que habrá de afrontar pronto el mundo es la **infrapoblación**.

(Y mi difunto amigo **Julian Simon**, que hizo una devastadora crítica de la obra de Ehrlich en su libro *El último recurso*, tenía razón: el factor más importante que contribuye al progreso económico, y por tanto a la lucha contra la pobreza, es la **creatividad humana**, que tiende a crecer de forma natural cuantos más seres humanos haya para ser creativos.)

La población del mundo ha crecido a lo largo de la historia desde que hay registros, pero no de modo uniforme. Las guerras, las hambrunas y las enfermedades causaron caídas temporales. Pero el declive demográfico actual es distinto, pues cuando los ancianos superan en número a los jóvenes ya **no hay forma de evitar una contracción masiva**. Aunque los escolares de hoy tuviesen familias numerosas (lo que toda una generación de profesores empapados de propaganda sobre la “superpoblación” ya están diciéndoles que no deben hacer), es poco probable que produzcan niños suficientes como para compensar la inevitable pérdida de los *Baby Boomers* que se vayan muriendo.

Esos jóvenes arrastrarán además la pesada carga de cuidar de sus envejecidos parientes. Y ese peso -por no mencionar la impresionante **deuda** que países como Estados Unidos han traspasado a la generación posterior- lastrará su capacidad para producir nuevos bienes y servicios. Así que la contracción demográfica irá acompañada de una **contracción económica**. Lo que hará que muchos jóvenes padres de la próxima generación decidan que no pueden afrontar más hijos, agravando aún más esa doble implosión.

En este momento, la población mundial se sitúa en su máximo histórico, lo que permite a los **fabricantes de mitos** seguir vendiendo pánico sobre la superpoblación. Pero la tendencia, inquietante, puede apreciarla con facilidad cualquiera que quiera ver **los signos de los tiempos**.

Publicado en Catholic Culture.

Traducción de Carmelo López-Arias.

La conmovedora historia del hombre que vivió 35 años con un diagnóstico equivocado³²

Jeff Henigson fue diagnosticado con 15 años con un «astrocitoma anaplásico», con una esperanza de vida de tan solo tres años



Jeff HenigsonRR.SS.

El Debate, 08/09/2022

La historia de **Jeff Henigson** es de película con final feliz. Con tan solo 15 años y tras sufrir un accidente en bicicleta y ser atropellado por una camioneta, su vida dio un vuelco de 360 grados. Este joven norteamericano tuvo que ser operado de urgencia en un hospital de California, lo que no esperaba ni él ni su familia era el diagnóstico médico: Jeff sufría un agresivo **cáncer de cerebro** denominado «astrocitoma anaplásico», con una esperanza de vida de tan solo tres años. Aquel agosto de 1986 fue el principio de muchos meses de angustia, esperando «una muerte segura» y sometido a innumerables sesiones de quimioterapia.

Un diagnóstico equivocado

Pasó un año, dos, tres, cuatro... y así hasta 35. Los médicos, aunque no se explicaban la supervivencia de Henigson, tampoco revisaron su diagnóstico hasta que un neuropatólogo jubilado, Karl Schwarz, sorprendido por su historia,

³² https://www.eldebate.com/salud-y-bienestar/salud/20220908/jeff-henigson-cancer-final-feliz_58765.html

se puso en contacto con él asegurándole que era imposible haber sobrevivido durante tantos años a un «astrocitoma anaplásico». El diagnóstico debía estar equivocado: «Cualquier resultado es profundamente significativo. Si sobreviviste al astrocitoma anaplásico, entonces eres el resultado de **un milagro de proporciones bíblicas**. Si se hizo un diagnóstico erróneo, que creo que es lo que sucedió, entonces la suya es una importante advertencia. Los patólogos, como todos los demás, cometan errores».

Con 50 años, Jeff Henigson ha vivido **más de tres décadas** convencido de tener un agresivo cáncer. Los médicos se equivocaron y el protagonista ha contado su historia a *The Washington Post*³³.

El neuropatólogo le aseguró: «El cáncer nunca ha sido parte de tu historia». Sin embargo, Jeff Henigson opina todo lo contrario: «El cáncer ha sido parte central en mi historia. Si bien estoy seguro de que Schwarz pretendía consolarme, sus palabras en cambio han abierto las compuertas a emociones profundas y dolorosas: **feroces sentimientos de ira seguidos de inundaciones de dolor**».

³³ <https://www.washingtonpost.com/lifestyle/2021/03/26/my-life-was-upended-35-years-by-cancer-diagnosis-doctor-just-told-me-i-was-misdiagnosed/>

Aborto. USA. I Dati – Drammatici – sui Motivi di una Tragedia Enorme.

Marco Tosatti, 8 Settembre 2022³⁴



³⁴https://www.marcotosatti.com/2022/09/08/aborto-usa-i-dati-drammatici-sui-motivi-di-una-tragedia-enorme/?fbclid=IwAR0RUQevq_-hut8G8dUtBsQeVcv-CnvEewyrYAJWrEc_3Jymjcs0O96BLAY

← Commenti



Tali sondaggi sono stati effettuati in 8 stati in cui l'aborto è legale, su un totale di 122000 aborti all'anno (il 13% di tutti gli aborti annui negli Usa).

Perché riportare questo grafico?
Perché riguarda un campione molto rappresentativo e perché i risultati sono raccolti da associazioni a favore dell'aborto come Guttmacher Institute, legato a Planned Parenthood, la più grande clinica abortista statunitense.

Alcune considerazioni:

Le diagnosi prenatali (1,3%) a volte suggeriscono (ma non certificano) anomalie del feto, ma davvero una disabilità come può essere la sindrome di Down giustifica l'omicidio del bambino? E gli effetti sulla salute della madre in seguito alla gravidanza (spesso solo momentanei) non sono forse infinitamente più lievi dei gravissimi effetti causati dell'aborto stesso? La sindrome post aborto comprende cancro al seno, infezioni all'utero, placenta previa, nascite premature, depressione, senso di vergogna, di colpa, di incompletezza, ansia, angoscia, perdita di autostima, dipendenze, tentativi di suicidio e via dicendo.



Aggiungi un commento...

Pubblica



Un juez falla contra la ley de California que obliga a los médicos a promover el suicidio asistido³⁵

POR VIOLAR LOS DERECHOS DE LA PRIMERA ENMIENDA



Imagen referencial

Aenlle-Rocha también concedió una orden judicial preliminar que prohíbe al Estado obligar a los proveedores de atención médica a documentar la solicitud de suicidio asistido de un paciente.

10/09/22

(LifeNews/InfoCatólica) El juez del distrito central de California, Fernando Aenlle-Rocha, dictaminó que el proyecto de ley 380 del Senado de California, aprobado el año pasado para modificar la Ley de Opción de Fin de Vida, el cual legalizó el suicidio asistido en California, viola los derechos de la Primera Enmienda de los médicos al exigirles que participen en el suicidio asistido.

³⁵ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=44361>

Aenlle-Rocha también concedió una orden judicial preliminar que prohíbe al Estado obligar a los proveedores de atención médica a documentar la solicitud de suicidio asistido de un paciente.

Un artículo de Mimi Nguyen Ly que fue publicado por el Epoch Times decía:

«La ley original de 2015 permitía que un paciente recibiera fármacos para acabar con su vida si dos médicos certificaban que al paciente le quedaban seis o menos meses de vida y era mentalmente competente para tomar la decisión, y si el paciente había solicitado verbalmente los fármacos para acabar con su vida en dos ocasiones con al menos 15 días de diferencia, además de proporcionar posteriormente una solicitud por escrito y confirmar su intención de morir firmando un formulario 48 horas antes de autoinyectarse los fármacos para acabar con su vida».

El proyecto de ley 380 permitía a los pacientes realizar las dos solicitudes verbales de fármacos para poner fin a la vida con un intervalo de al menos 48 horas -es decir, 2 días en lugar de 15- y eliminaba la solicitud por escrito y la declaración final.

El SB 380 exigía que un médico que se opusiera al suicidio asistido documentara una solicitud de suicidio asistido y esa solicitud se consideraba la primera de las dos solicitudes requeridas. Por lo tanto, los médicos que se oponen al suicidio asistido estaban obligados a participar en el acto.

El juez estuvo de acuerdo en que la ley obligaba a los médicos que se oponen al suicidio asistido a participar en la ley. Informó Nguyen Ly:

Aenlle-Rocha señaló en su sentencia del 2 de septiembre: «El resultado final de este requisito es que los proveedores no participantes se ven obligados a participar en la Ley a través de este requisito de documentación, a pesar de sus objeciones al suicidio asistido».

El juez escribió que los médicos cristianos «han demostrado que es probable que sufren una violación de un derecho constitucional en ausencia de una medida cautelar», y han establecido que «es probable que tengan éxito en su demanda de libertad de expresión» porque el requisito de documentación en virtud de la SB 380 «va más allá de la mera gestión de los registros médicos, impone un requisito de documentación afirmativa».

El caso no ha terminado, pero esta decisión es una gran victoria para los derechos de conciencia. El juez Aenlle-Rocha reconoció que la ley SB 380 violaba los derechos de los médicos que se oponen al suicidio asistido y

concedió una medida cautelar para impedir que las partes atroces de la ley obliguen a los médicos a participar en el suicidio asistido.

El pasado mes de abril, un juez federal de California también rechazó un caso destinado a permitir la eutanasia dentro de la ley de suicidio asistido de California. Lonny Shavelson, un médico que se dedica exclusivamente al suicidio asistido, y Sandra Morris, que vive con ELA, argumentaron que la ley de eutanasia del estado discriminaba a las personas que tenían dificultades para autoinyectarse los fármacos letales para el suicidio asistido y que, para remediar la situación, el estado debía permitir la eutanasia (inyección letal) en esos casos.

Maria Dinzeo informó el 22 de junio para el Court House News Service que:

«Un juez federal dijo que no puede permitir una excepción de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades a la ley de suicidio asistido de California que permitiría a los médicos asistir a las personas demasiado débiles o discapacitadas para ingerir la medicación al final de la vida, encontrando que tal disposición "alteraría fundamentalmente" la ley de conferir la capacidad de tomar su propia vida a que un médico lo haga por usted».

En los últimos meses, un juez se negó a permitir la eutanasia como parte de la ley de suicidio asistido de California y otro juez estuvo de acuerdo en que obligar a los médicos que se oponen al suicidio asistido a participar en el acto es una violación de sus derechos.

El informe anual de Planned Parenthood muestra que mató a 383.000 bebés en abortos³⁶



©LifeNews

RÉCORD EN LA MATANZA DE BEBÉS NO NACIDOS

Aunque dice dedicarse a la salud, la multinacional mató a 43 bebés en abortos por cada bebé que ayudó a nacer, y mata un bebé no nacido cada 82 segundos.

10/09/22

(LifeNews/InfoCatólica) Fue otro año récord para la enorme empresa abortista Planned Parenthood. Aunque Planned Parenthood se presenta como una organización de «salud» de la mujer, en realidad es poco más que un negocio de abortos y de venta de órganos de bebés abortados³⁷.

Su informe anual de 2020, publicado esta semana, muestra que durante ese año se abortó a 383.460 bebés, un **aumento de casi 30.000 bebés muertos en abortos** en comparación con el año anterior. En 2019, la empresa mató a 354.871 bebés en estas prácticas.

³⁶ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=44360>

³⁷ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=24507>

Esto significa que Planned Parenthood mata a 1.050 bebés en abortos cada día, es decir, **mata un bebé cada 82 segundos** -aunque afirman que su principal objetivo es, simplemente, la atención a la salud de las mujeres.

Mientras tanto, Planned Parenthood, que dice ser «sin ánimo de lucro» y que admite tener orígenes intrínsecamente racistas³⁸, ganó más dinero que nunca, con unos ingresos de 1.714,4 millones de dólares, donados en parte por 633,4 millones de dólares de los contribuyentes.

Mientras que esta enorme asociación mató a más bebés en los abortos, el número de abortos en los Estados Unidos aumentó sólo un 2% - por lo que Planned Parenthood está haciendo un porcentaje cada vez mayor de todos los abortos realizados en los Estados Unidos cada año.

Con el Instituto Guttmacher, estimando 930.160 abortos, esto significa que **Planned Parenthood mata el 41% de todos los bebés que mueren en abortos en los Estados Unidos**.

El nuevo informe anual también muestra que la asociación ayuda a los clientes con cada vez menos atención médica legítima.

«En 2020, los centros de salud de Planned Parenthood atendieron a 2,16 millones de pacientes, prestando colectivamente más de 8,6 millones de servicios», informa Planned Parenthood, lo que supone un descenso de 240.000 clientes o una caída del 10% respecto a sus cifras de 2019. Eso ocurrió al mismo tiempo que su cifra de abortos aumentó un 8%.

Además, como muestran las cifras del informe anual, Planned Parenthood ayudó a menos personas con la anticoncepción, hizo menos procedimientos de colposcopia, menos pruebas de VIH, menos pruebas de Papanicolaou, menos vacunas, menos exámenes de mama y menos citas generales que el año anterior.

Y aunque Planned Parenthood mató a más de 383.000 bebés, sólo ayudó a 8.775 mujeres con atención prenatal. Eso significa que **mató a 43 bebés en abortos por cada bebé que ayudó a nacer**. Esto en cuanto a la planificación de la paternidad.

³⁸ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=44258>

El revelador informe de «Lesbianas Unidas» sobre bloqueadores hormonales: así afectan a los menores³⁹

Infartos, pensamientos suicidas, esterilidad, ictus...: algunos efectos de las terapias de género



Cada vez más padres consienten que sus hijos reciban tratamientos hormonales para completar su transición de género, pero muchos desconocen sus consecuencias: muchos se arrepienten de por vida.

José María Carrera, 1 septiembre 2022

A principios de agosto, el anuncio del cierre de Tavistock⁴⁰ -la clínica británica que "aceleraba cambios de sexo" en menores- por el empleo ilegal de bloqueadores de la pubertad **sacudió como un jarro de agua fría las pretensiones del lobby de género**. También desató toda una batalla legal que

³⁹ <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/72657889/revelador-informe-lesbianas-unidas-bloqueadores-hormonales-asi-afectan-menores-.html>

⁴⁰ <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/458862992/Cierra-Tavistock-clinica-aceleraba-por-culpa-lobbies-cambio-sexo-menores.html> Lee aquí todo sobre el cierre de la clínica trans Tavistock. <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/458862992/Cierra-Tavistock-clinica-aceleraba-por-culpa-lobbies-cambio-sexo-menores.html>

podría conllevar millares de causas y denuncias por parte de padres de menores tratados por la clínica, así como una cruda polémica y **fructífera investigación sobre los efectos nocivos de los bloqueadores** -también conocidos como agonistas de la hormona GnRH- en pacientes con disforia de género.

Como parte de esta última, no son pocas las organizaciones que han aprovechado la caída de la central europea de mutilación de menores para publicar detallados informes que muestran al mundo los **efectos -muchos de ellos irreversibles- que tienen estos tratamientos**. Unos bloqueadores que, además, serán garantizados⁴¹ a los menores por la Ley Trans recientemente aprobada por el Gobierno de España, a la espera de entrar en vigor.

Uno de los informes más exhaustivos sobre el tema ha sido recientemente publicado bajo el título *Supresión de la pubertad*⁴²: *¿Medicina o mala praxis?* por la organización *Lesbians United* (*Lesbianas Unidas*), una más del lobby homosexualista-feminista y que ve en la cuarta letra del acrónimo LGBT (trans) uno de los más acérrimos enemigos de las mujeres.

Una de las homólogas hispanas de *Lesbians United* en la defensa de "los derechos de las mujeres basados en el sexo", *Contra el borrado de las mujeres*⁴³, ha traducido este completo informe redactado en torno a **más de 300 fuentes relevantes y estudios científicos** revisados sobre las consecuencias de la prescripción a niños, adultos y adolescentes de estos fármacos.

Las pruebas de los estudios científicos, de los casos y los ensayos clínicos recabadas por el documento sugieren que los **fármacos que bloquean la pubertad** "pueden afectar negativamente al esqueleto, al sistema cardiovascular, la tiroides, el cerebro, los genitales, el sistema reproductivo, el sistema digestivo, el sistema urinario, músculos, ojos y sistema inmunológico". Es decir, a **prácticamente todos los órganos** de la persona.

Algunos de los efectos adversos especialmente preocupantes para los menores tratados con bloqueadores son la "pérdida de densidad mineral ósea y el aumento del riesgo de osteoporosis; la posibilidad de que **disminuya el coeficiente intelectual** y otros déficits cognitivos; el aumento del riesgo de depresión y de **pensamientos suicidas** o el retraso en el desarrollo sexual y reproductivo", así como la conclusión de que muchos de estos efectos son "**total**

⁴¹<https://www.eldebate.com/sociedad/20220713/bloqueadores-pubertad-advertencia-igualdad-no-quiere-oir.html>

⁴² https://contraelborradodelasmujeres.org/wp-content/uploads/2022/08/Supresion_Pubertad_ACBM_02.pdf

⁴³ <https://contraelborradodelasmujeres.org/>

o parcialmente irreversibles" frente a la cada vez más extendida afirmación de la reversibilidad de los mismos.

Especialmente revelador es el uso que tradicionalmente se le ha dado a los conocidos como "agonistas de la pubertad GnRH": desde 1985 son empleados como tratamiento para el cáncer de próstata avanzado, para la pubertad precoz central desde 1993, para la endometriosis y los fibromas uterinos desde 2001.

El informe recoge la evidencia de que los bloqueadores son la punta de lanza en el tratamiento de la disforia de género por parte de los lobbys trans. Algo especialmente llamativo, ya que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (**FDA**) prohibió su administración para enfermedades mentales y que no está indicada su prescripción para adolescentes con disforia: "**Hasta junio de 2022, la FDA ha recibido más de 60.400 informes de reacciones adversas** a los agonistas de la GnRH comunes, incluidas **más de 7.900 muertes**", reza el informe.

El grueso de *Supresión de la pubertad: ¿Medicina o mala praxis?* abunda en el desglose de los principales efectos nocivos de los bloqueadores en dos niveles, general y local.

Efectos globales

Como uno de los principales efectos globales, el informe basado en más de 300 fuentes y estudios científicos destaca la inducción del **hipogonadismo central hipogonadotrópico**, una enfermedad poco frecuente que en los adolescentes se caracteriza por la ausencia de crecimiento, la falta de desarrollo de las características sexuales secundarias y la falta de maduración sexual. Esta afección está relacionada con la **baja densidad ósea y la osteoporosis, la infertilidad, la depresión o la fatiga**.

En las adolescentes, además, los agonistas de la GnRH inducen artificialmente la menopausia, asociada a la **reducción de la esperanza de vida**, el riesgo de enfermedades cardiovasculares e **ictus**; la baja densidad mineral ósea, fracturas y mayor riesgo de osteoporosis o un mayor riesgo de demencia y deterioro cognitivo.

Esqueleto

Un sinfín de estudios y evidencias citadas por el informe muestra que en lo relativo a la estructura ósea, "la privación de hormonas sexuales en la edad adulta provoca un rápido **descenso de la Densidad Mineral Ósea**". Algo que se encuentra directamente asociado a la osteoporosis, fracturas, el deslizamiento de la epífisis capital del fémur o el retraso en la consecución -o atenuación- del

pico de masa ósea. Y lo que es más grave: "Hasta la fecha, no se ha realizado **ningún estudio a largo plazo sobre la reversibilidad de la pérdida**



de Densidad Mineral Ósea inducida por los agonistas de la GnRH en niños o adolescentes".

Sistema cardiovascular y riesgo de diabetes

Los elaboradores del informe advierten igualmente de las "pruebas significativas que demuestran que los agonistas de la GnRH pueden tener graves efectos sobre el sistema cardiovascular". Una de las evidencias es el mayor estudio disponible de este sistema realizado en más de 100.000 hombres, que muestra un **aumento del riesgo de infarto en un 9% en los receptores** de estos bloqueadores. En el elaborado por Nguyen, Lairson, Swartz y Du en 2018 sobre 94.000 personas se concluyó "un mayor riesgo de **diabetes** (un aumento del 21%), enfermedad coronaria (12%) e **infarto agudo** de miocardio (11%)". Otras posibles consecuencias de su uso son "el accidente cerebrovascular isquémico, el infarto de miocardio, la **angina de pecho**, la taquicardia supraventricular, la oclusión de la vena central de la retina, el aumentar el peso corporal y de grasa corporal, la disminución de la sensibilidad a la insulina, el aumento de la rigidez arterial o del colesterol total.

Tiroides

El tiroides, glándula encargada de mantener multitud de funciones corporales, se ve igualmente afectado por el consumo de bloqueadores de la pubertad. Los estudios consultados muestran que su administración en niños tratados con los "agonistas" desencadenó alteraciones en la función tiroidea y posibles desarrollos de una disfunción tiroidea subclínica, así como **tiroditis**, **hipo e hipertiroidismo** y niveles tiroideos fluctuantes.

Cerebro

El cerebro es uno de los órganos más afectados por los bloqueadores, pues "por su diseño, su función principal es **interrumpir la relación entre el hipotálamo y la glándula pituitaria**".

Entre los principales efectos adversos que se desprenden de los estudios, el informe destaca la **disminución en el cociente intelectual** medio y la memoria de los niños. En mujeres con endometriosis las **pérdidas de memoria** temporales o irreversibles llegaron a afectar a entre el 12 y el 10% de las encuestadas por Gallagher en 2018.

Otros estudios han demostrado "un deterioro de la función cerebral y un posible riesgo de **efectos secundarios neurológicos graves**". En no pocos hombres se han visto alteradas "la atención y las funciones ejecutivas" y también afecciones "a las áreas de la memoria del trabajo, la verbal y la capacidad espacial visual". Entre otras consecuencias cerebrales graves, se menciona el aumento del riesgo de **demencia**, la ralentización de los tiempos de reacción, las **convulsiones** o la **hipertensión intracranal**.

Salud Mental

Respecto a la salud mental, el estudio disponible aquí⁴⁴ ofrece **amplias pruebas del desistimiento generalizado** de los niños en la disforia de género, citando el estudio de Singh, Bradley y Zucker de 2021 "que contaba con la cohorte de estudio más grande hasta la fecha" y que concluyó que de 139 estudiados, desistieron el 87,8% sin intervención alguna.

Sin embargo, también se denuncian los "preocupantes" hallazgos de la recientemente clausurada *Tavistock and Portman Trust*, que "informó de un **aumento estadísticamente significativo de los pensamientos suicidas** y las conductas autolesivas entre los adolescentes que tomaban agonistas de la GnRH".

"Los estudios de adultos han encontrado un mayor riesgo de **depresión** o "síntomas depresivos subclínicos y **ansiedad**, y proporcionan pruebas

⁴⁴ https://contraelborradodelasmujeres.org/wp-content/uploads/2022/08/Supresion_Pubertad_ACBM_02.pdf

anecdóticas de **manía y psicosis**, psicosis transitoria o síntomas psicóticos en pacientes previamente sanos mentalmente", añade.

Por ello, y especialmente porque la depresión o los pensamientos suicidas son efectos secundarios directos de los bloqueadores, los elaboradores del informe llaman a "**poner en duda**" que estos fármacos alivian la salud mental.

Sexualidad y sistema reproductor

Según los expertos, estos son otros de los aspectos más dañados por el consumo de bloqueadores, pues "el efecto previsto de los agonistas de la GnRH es desensibilizar los receptores de la GnRH en la hipófisis y, por lo tanto, impedir que se produzcan hormonas sexuales: la **privación de hormonas sexuales** hace que el sistema reproductivo y los órganos sexuales dejen de funcionar o de desarrollarse. Se sabe que los agonistas de la GnRH provocan la **castración química** en los hombres adultos y se han utilizado intencionadamente para castrar químicamente a delincuentes sexuales".

Entre otros efectos secundarios, se citan la "**atrofia de los órganos sexuales**, la regresión del desarrollo de las mamas, la **pérdida de fertilidad** en hombres y mujeres o la reducción extrema de la producción de esperma".

Profesión médica y objeción de conciencia⁴⁵

La ley aprobada obliga a declarar previamente la condición de objetor

Tomás Cobo es presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

TOMÁS COBO, 14-09-2022

Con la reciente aprobación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo se reabre la regulación del siempre sensiblemente debatido derecho a la objeción de conciencia de los profesionales implicados. Esta norma modifica la Ley 2/2010 en vigor hasta ahora y contiene, entre otras, nuevas medidas sobre «educación sexual y reproductiva, salud menstrual, embarazo, parto, violencia reproductivas y aborto».

La objeción de conciencia surge cuando se contraponen el deber del profesional de tener que ejecutar un acto médico con el deber de actuar en base a su conciencia o en línea con las que considera que son las normas morales o deontológicas que debe seguir. Esta objeción nace, generalmente, en situaciones de gran sensibilidad y controversia ética –como el aborto o la eutanasia– y se trata de un derecho recogido en la Constitución Española para el ámbito militar; avalado por sentencias del Tribunal Constitucional para otras actividades profesionales y definida, con carácter general como el «derecho a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las propias convicciones».

También en Medicina, ejercerla protege el respeto a la identidad ética de los profesionales y, por otra parte, es una acción individual que responde a razones serias y por tanto respetables aducidas por el objetor.

La regulación del derecho a la objeción de conciencia –que ya se incluyó en la Ley Reguladora de la Objeción de Conciencia y de la Prestación Social Sustitutoria en 1984 y Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo del año 2010 y la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia de 2021– debe conjugar en armonía que el profesional sea respetado en su decisión y que el acceso y calidad de la asistencia no sean menoscabadas por este ejercicio.

Acatando que el Tribunal Constitucional respaldó en el año 2014 el derecho de la Administración a hacer listas de objetores, y aunque el mismo tribunal decidió que los registros de profesionales sanitarios objetores no vulneran su

⁴⁵ <https://www.larazon.es/sociedad/20220914/pjxvcj7kfvgjjel7zeri7e6i6m.html>

derecho fundamental a la objeción de conciencia, lo que preocupa al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos es que, en caso de su desarrollo, con estas listas se maneje información que pueda perjudicar a los profesionales en el desempeño de su trabajo.

Nuestra principal conclusión es que el listado de objetores es un instrumento que no contribuye en gran medida a los objetivos de la ley aprobada, por lo que desde la profesión médica consideraríamos más útil –en todo caso– que un hipotético registro recogiese a los profesionales dispuestos a dar esta prestación antes que a aquellos que no lo harían. Es importante explicar que la posición objetora no es definitiva ni absoluta, es decir, que es susceptible de cambiar a lo largo del ejercicio profesional y que puede depender de situaciones y casos concretos, por lo que un registro no podría ser cerrado para ser realista.

También es relevante que la ley aprobada recientemente no determina la creación de un registro, pero sí la obligación de los profesionales de declarar previamente su condición de objetor. Desde los Servicios Jurídicos del Consejo trasladan que esta imposición parece oponerse al artículo 16.2 de la Constitución, el cual refiere que «nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias». Y más allá: la normativa en protección de datos entra en escena en el tratamiento de los que revelen la ideología y creencias de los afectados.

La literatura es amplia para concluir que, si la Administración contempla el aborto en su cartera de servicios, debe encontrar los mecanismos para facilitarlo sin derivar la responsabilidad a los profesionales, objetores o no, en el ejercicio de su profesión, la cual tiene como fin último no señalar o declarar ideologías o creencias, sino prestar ayuda a los que más nos necesitan y garantizar que los pacientes estén siempre seguros en nuestras manos.

Los mal llamados embriones sintéticos, otra manipulación del lenguaje⁴⁶

por Pilar Castañón, 12 septiembre, 2022

El hombre siempre ha deseado ser como Dios, noticias como “sin óvulos, esperma ni útero: llega la revolución en la reproducción” cada vez son más habituales, en pocos días hemos asistido a titulares que nos desconciertan a la vez que confunden. El mes pasado nos sorprendían dos de ellas cuando leímos la noticia del experimento de un equipo israelí⁴⁷, publicado en la revista *Cell*, que presumía de haber sido capaz de cultivar embriones sintéticos durante más de ocho días a partir de células embrionarias de ratón sin utilizar esperma, óvulos o útero. Días después, salía a la luz otra noticia de un equipo de la Universidad de Cambridge⁴⁸, publicado en la revista *Nature*, que presumía, en un trabajo de investigación similar, de tasas más altas de éxito y de haber conseguido un cerebro con estructuras más complejas.

Lo primero que nos llama la atención es lo que llaman **embrión sintético**. El propio embrión inicial ya implica la necesidad de un óvulo y esperma y sin embargo se presume de no ser necesarios...

Cómo hay cosas que chirrían y no nos gusta la manipulación del lenguaje, hablamos con la doctora Mónica López Barahona⁴⁹ para que aclare los términos utilizados.

Woman Essentia.- ¿Qué significa la palabra sintético aquí?

Mónica López Barahona.- El adjetivo sintético no es el más adecuado para los embriones que se han generado en ambos laboratorios. Los embriones no se han generado por un proceso de síntesis, ni pasando de las partes al todo, que son las definiciones para sintético aprobadas por la RAE; ni a través de un proceso industrial que reproduce la composición y propiedades de uno natural (definición de sintético también aprobada en la RAE). Se trata por el contrario

⁴⁶ <https://www.womanessentia.com/del-presente-al-futuro/etica/los-mal-llamados-embriones-sinteticos-otra-manipulacion-del-lenguaje/>

⁴⁷https://www.religionenlibertad.com/polemicas/162587497/cientifico-israeli-embriones-ovulos-esperma-hombre-sintetico-.html?eti=6225#%23STAT CONTROL CODE 3_162587497%23%23

⁴⁸ <https://www.abc.es/ciencia/crean-nueva-generacion-embriones-sinteticos-ovulos-esperma-20220825141618-nt.html?vca=amp-rrss-inducido&vmc=&vso=wh&vli=>

⁴⁹<https://www.womanessentia.com/personas/trabajando-en-primer-a-persona/monica-lopez-barahona-nos-habla-de-los-retos-de-la-bioetica/>

de la generación de embriones de forma artificial: realizado por el ser humano y no por la naturaleza, como define la RAE el término artificial.

Es especialmente importante en el debate bioético emplear de forma rigurosa el lenguaje para comprender la realidad que se presenta y poder con objetividad analizarla.

En muchas ocasiones en el ámbito de la bioética se emplean términos cuando menos inexactos, si no totalmente incorrectos.

- Interrupción voluntaria del embarazo como sinónimo de aborto, cuando con el aborto no se interrumpe, sino que se finaliza el embarazo.
- Nuclóvulo, para definir el embrión generado por transferencia nuclear.
- Pre-embrión para definir al embrión de menos de 14 días, etc.

Por tanto, en el tema que nos ocupa, nos encontramos frente a embriones generados de forma artificial y no frente a embriones sintéticos.



WE.- ¿Cuál es el punto de partida? ¿Cómo es este proceso artificial?

ML.- Se trata de generar embriones a partir de células troncales embrionarias pluripotentes.

La célula troncal que contiene todas las estructuras que configuran el individuo de la especie, es decir, la célula totipotente es el cigoto. De hecho, el cigoto es un embrión en estado unicelular.

En las primeras fases del desarrollo embrionario se generan células troncales pluripotentes, capaces de generar muchas de las estructuras del individuo de la especie, pero no todas.

Una combinación de estas células troncales embrionarias pluripotentes, unas sin modificar y otras modificadas genéticamente de forma transitoria, es la que se ha utilizado para generar estos embriones artificiales. Los mencionados embriones no pueden generar todas las estructuras del individuo de la especie, pero sí muchas de ellas.

Por ejemplo, se describe en las publicaciones que, si bien generan placenta y saco vitelino, los embriones artificiales no tienen cordón umbilical.

WE.- Sin útero...¿Cuáles son las limitaciones de un útero artificial?

ML.- El dispositivo diseñado en el laboratorio israelí del Dr Hanna, emula algunas de las propiedades del útero, en cuanto contiene los nutrientes, la temperatura y el medio de cultivo idóneo para el crecimiento de los embriones, al tiempo que, de forma mecánica, se mueve imitando el flujo de la sangre y los nutrientes a la placenta.

Sin embargo, el proceso de depositar el denominado embrión “sintético” en el dispositivo, no es equiparable al proceso de implantación del embrión en el útero de la madre, proceso en el que se desarrolla un diálogo bioquímico tanto a nivel molecular, como celular entre madre e hijo que, conlleva entre otras cosas, el intercambio de células entre ambos organismos a través del cordón umbilical.

La gestación no es una mera incubación, ni en especies animales, ni mucho menos en la especie humana.

WE.- Se habla de embriones como un producto final pero no son embriones realmente ¿Por qué?

ML.- Esta cuestión es crítica a la hora de poder analizar las implicaciones bioéticas de la cuestión que tratamos.

Si no son embriones, y el procedimiento llegara a aplicarse a la especie humana, no serían seres humanos y por tanto, el debate ético se enmarca de una forma muy diferente a si sí son embriones.

Con los resultados de las publicaciones de los laboratorios de Israel y Cambridge ¿podemos afirmar que estamos frente a embriones de ratón? La realidad es que carecen de algunas estructuras que les impiden ser gestados a término en el útero de una ratona (como es el cordón umbilical) además, no están bien definidas todas las estructuras anatómicas y fisiológicas que correspondería tener a un embrión de ratón en el estado de desarrollo al que han llegado los experimentos.

¿Estamos por tanto ante un embrión “enfermo” o “mutilado” generado conscientemente así para ser utilizadas algunas de sus partes?

¿Estamos frente a una realidad biológica que no podemos denominar embrión?
¿Embrioide, como algunos los han denominado?

Estar o no frente a un embrión, mutilado, enfermo, pero embrión, supone estar frente a un individuo de la especie; y esto, en el caso de la especie humana, tiene unas implicaciones éticas incuestionables.

WE.- ¿Cuál es el objetivo final de estas investigaciones?

ML.- Parece haber varios objetivos entre los que podríamos enunciar los siguientes:

- Generar embriones artificiales hasta estados avanzados de desarrollo embrionario
- Estudiar el desarrollo embrionario
- Generar tejidos o/y órganos que pudieran ser utilizados en terapias celulares o regenerativas

WE.- Esta línea de investigación científica tiene una gran repercusión de valor ético que parece obviarse. ¿Cuál es su implicación moral y ética?

ML.- En caso de llevarse a cabo en la especie humana, las implicaciones son muchas.

Cabría destacar que para obtener las células troncales embrionarias es necesario generar embriones in vitro y destruirlos en sus partes constitutivas. Con lo que a los problemas morales de la fecundación in vitro, se suma el hecho de matar los embriones generados para obtener sus células troncales.

Las implicaciones morales de la técnica de clonación también aplican en gran medida a esta estrategia de generación de embriones artificiales.

Por otra parte, es importante definir el estatuto biológico y antropológico de estos “embriones artificiales”, pues como se ha mencionado anteriormente, las implicaciones éticas de generar embriones humanos mutilados y condenados a morir en un determinado momento de su desarrollo embrionario para obtener de ellos alguna de sus partes constitutivas no es en ningún caso aceptable.

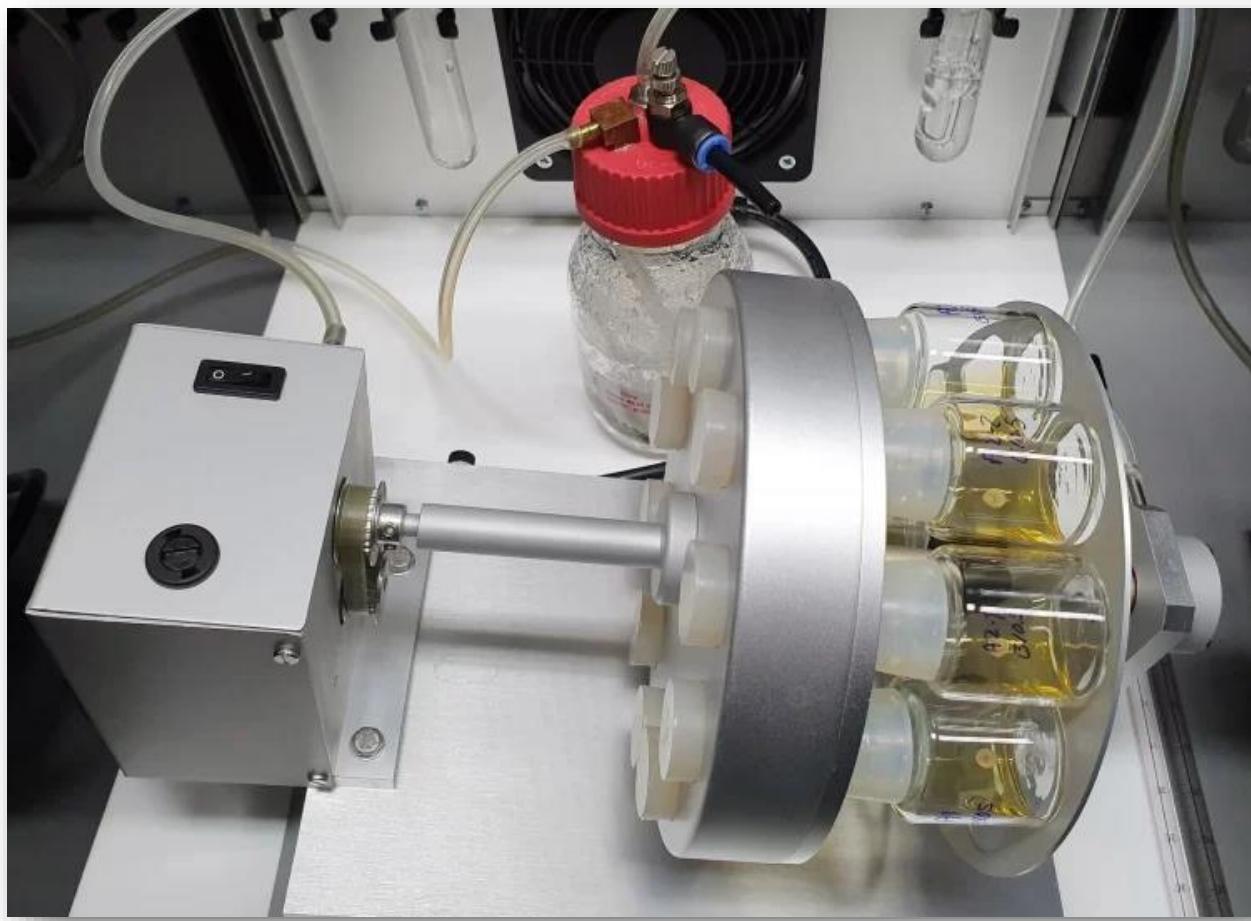


Foto: Embriones de ratón en el útero mecánico del estudio de 2021. Créditos: A. Aguilera-Castrejon et al., Nature 2021

La creciente preocupación por el daño que ha provocado la manipulación de la naturaleza⁵⁰ por parte de la mano del hombre parece no importar a la hora de

⁵⁰ <https://www.womanessentia.com/punto-de-vista/woman-essentia/la-tierra-grita/>

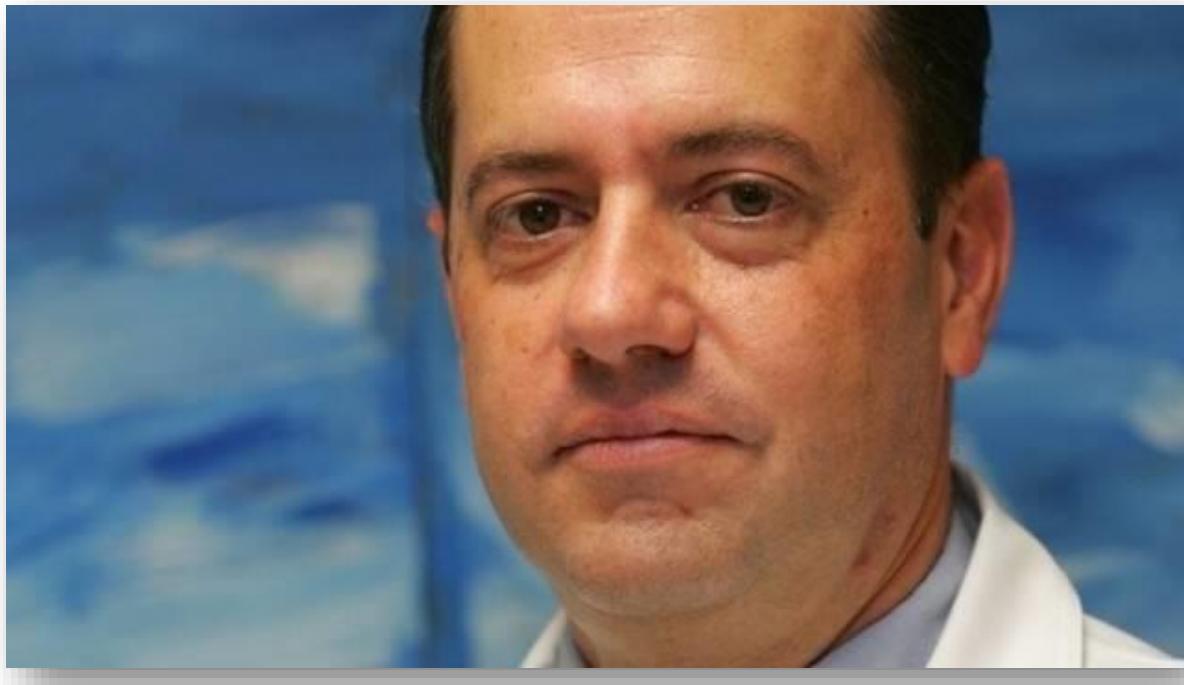
manipular la naturaleza humana. No podemos obviar cuál es el objetivo de estos experimentos y la alarma que producen estas investigaciones en caso de que se empiecen a realizar en el hombre, lo cual parece una realidad. La creación de una empresa por parte del director de la investigación israelí elimina el planteamiento supuestamente altruista de conocer estos procesos para ayudar a la humanidad transformándolo en un negocio que, por las cantidades de dinero que se invierten en él, parece muy lucrativo. El doctor Hanna justifica, para seguir con su negocio a través de la start-up Renewal Bio, que un embrión, llamado sintético, fabricado artificialmente a partir de células troncales, y mantenido en un laboratorio nunca se vaya a considerar un ser humano, y para intentar asegurarse de ello ya tiene un plan que recuerda al experimento de Frankenstein: «*es posible, por ejemplo, modificar genéticamente las células iniciales para que el embrión modelo resultante jamás desarrolle una cabeza*».

Pero la investigación con embriones artificiales humanos ya es una realidad como ha adelantado el propio Hanna al *MIT Technology Review*⁵¹ al anunciar que ya está trabajando en replicar la tecnología a partir de células humanas y cuya pretensión es producir más adelante **modelos artificiales de embriones humanos equivalentes a un embarazo de 40 a 50 días**, ya que es en esa etapa cuando se forman los órganos básicos, así como pequeñas extremidades y dedos. Para iniciar esta investigación con embriones humanos, el investigador va a utilizar, además de su propia sangre y células de la piel, las de algunos voluntarios del laboratorio.

Ante esto no podemos más que recordar la historia y los experimentos con seres humanos bajo el nazismo que buscaban la mejora de la especie humana. Sin duda es otro collar para el mismo perro que nos recuerda que «no todo lo técnicamente posible es, ni nunca será, éticamente aceptable».

⁵¹[https://www.technologyreview.es/s/14450/esta-start-quiere-clonarnos-por-si-necesitamos-organos-de-reusto](https://www.technologyreview.es/s/14450/esta-start-quiere-clonarnos-por-si-necesitamos-organos-de-reuesto)

Mala ciencia y pastoral: 9 expertos critican el libro de la Academia de la Vida sobre anticoncepción⁵²



El catedrático español en Medicina Preventiva y miembro de la Pontificia Academia para la Vida, Jokin de Irala, es solo uno de los firmantes de la carta que refuta los errores de Paglia y la Pontificia Academia de la Vida en lo referente al uso de anticonceptivos.

ReL, 28 septiembre 2022 10:48

El pasado mes de julio, la **Pontificia Academia para la Vida** distribuyó a las librerías la publicación de las actas de un seminario dedicado a la encíclica de San Juan Pablo II *Evangelium Vitae*. Vicenzo Paglia, al cargo de la Academia y autor del prólogo de la publicación titulada *Ética teológica de la vida. Escritura, Tradición, Desafíos Prácticos*⁵³, afirmó que, al publicar estas actas, su intención "examinar la enseñanza sobre la vida en la Biblia a la luz del acontecimiento cristológico".

⁵² https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/292846475/mala-ciencia-pastoral-expertos-criticlan-libro-academia-vida-anticoncepcion.html

⁵³<https://www.vaticannews.va/es/vaticano/news/2022-06/publican-actas-de-un-seminario-de-pontificia-academia-vida.html>

Sin embargo, **el resultado podría haber sido el contrario**, generando no pocas dudas o planteamientos al margen de la doctrina de la Iglesia al respecto. O al menos es la tesis que defienden nueve expertos internacionales en su carta de respuesta a los graves errores de lo que consideran "una pastoral que está al margen de la ciencia médica".

En este caso, dicen los firmantes de la carta⁵⁴ *Una pastoral al margen de la experiencia deja de ser pastoral (que puedes consultar aquí)*⁵⁵ "no se puede cuidar bien, asesorar espiritualmente y aconsejar o acompañar a un matrimonio".

Uno de los aspectos más controvertidos del texto es **la aparente propuesta de que "la postura de la Iglesia ha cambiado"** respecto a los anticonceptivos y que ya es legítimo su uso para un católico.

Un mensaje que, a juicio de los firmantes, es "una afirmación que no tiene en cuenta ni la realidad de los estudios sobre el acompañamiento de los matrimonios, ni la experiencia de tantos y tantos matrimonios".

Algunos de los expertos que han rubricado la carta son el doctor español **Jokin de Irala**, miembro de la Pontificia Academia para la Vida; **Michèle Barbato**, de Italia, especialista en obstetricia y ginecología; el médico **Jacques Aimé Bazeboso**, de República Democrática del Congo, presidente de la Federación Africana de Acción Familiar; y la médica italiana **Maria Boerci**, presidenta nacional de la Confederación Italiana de Centros de Regulación Natural de la Fertilidad.

También firmaron el médico italiano **Paolo Bordin**, especialista en Medicina Interna; **Serena Del Zoppo**, ginecóloga con experiencia en planificación natural de la familia e infertilidad, así como consultora en Naprotecnología (N.d.R.: tecnología de procreación natural); la médica francesa **Isabelle Ecochard**, ex presidenta del Instituto Europeo de Educación para la Vida Familiar; el doctor belga **Pierre Hernalsteen**, profesor con experiencia en Bélgica, Países Bajos, Ucrania y Ruanda; y el doctor italiano **Furio Pesci**, catedrático de la Universidad Sapienza de Roma.

De acuerdo a Mons. Paglia, el libro, que propone que los católicos pueden llegar a recurrir a anticonceptivos, **presenta un "cambio de paradigma" en la teología moral**.

⁵⁴ <https://www.aciprensa.com/pdf/una-pastoral-al-margen-de-la-experiencia-deja-de-ser-pastoral.pdf>

⁵⁵ Ibid.

"El texto realiza un cambio radical, pasando por así decirlo, de la esfera al poliedro", expresó.

La interpretación de este mensaje y del contenido de las actas ha generado en no pocos medios de comunicación y ambientes eclesiales "cierta confusión" ante un posible "cambio de la Santa Sede".

Algo que, según los firmantes de la carta, no ha sucedido: "**La postura de la Iglesia Católica no ha cambiado**. Las propuestas del manuscrito son de un grupo de expertos. No reflejan la postura de la Academia".

Los expertos recordaron que "San Juan Pablo II advertía que no se confundiera la 'ley de la gradualidad' con la 'gradualidad de la ley' como si hubiera varios grados o formas de precepto en la ley divina, para diferentes personas en sus personales situaciones".

"La ley de la gradualidad supone que todos estamos invitados a vivir con plenitud las propuestas de la Iglesia, aunque logremos alcanzarlas poco a poco, desde nuestras capacidades y circunstancias personales, contando con la gracia y siendo acompañados para superar las dificultades", explicaron los expertos. Algo muy distinto, según ellos, a **la gradualidad de la ley** que "supondría, por el contrario, que **hay diferentes leyes para según quienes y en qué circunstancias**".

Tras precisar que "la pastoral no debería estar a espaldas de los conocimientos médicos", los expertos destacaron las más de 4 décadas que no pocos de ellos llevan "trabajando y acompañando a matrimonios en la paternidad responsable, la vivencia de su sexualidad matrimonial y en la aplicación de los métodos naturales (MN) en el respeto de su fertilidad y en permanente diálogo, para favorecer, espaciar o evitar embarazo".

Las consecuencias del mensaje emitido por la Academia

A lo largo de este proceso también han podido profundizar sobre las consecuencias perjudiciales en el plano material del uso de los anticonceptivos: "**El resultado [de su uso], el empeoramiento de las familias y la coacción de gobiernos**", fue predicho por la encíclica *Humanae Vitae*: además del empeoramiento de la situación de las mujeres que supuestamente iban a ser 'liberadas' por estos métodos y del aumento de los fracasos matrimoniales, sufrimos ahora un 'invierno demográfico' y las epidemias de infecciones de transmisión sexual aumentan".

También dejaron patente como, al mismo tiempo, el método natural conocido como "sintotérmico de doble comprobación" es "cinco veces más eficaz que el preservativo" para evitar un embarazo.

También se sabe que "la píldora anticonceptiva actual tiene como uno de sus mecanismos de acción, la eliminación precoz de embriones al impedir su implantación", señalaron, e indicaron que "muchas mujeres no querrían utilizarla si supieran que la destrucción de un embrión es posible".

De acuerdo al "mejor estudio existente hasta la fecha sobre la relación píldora-cáncer de mama, publicado en The New England Journal of Medicine", los expertos recordaron que **"los anticonceptivos hormonales orales elevan el riesgo de cáncer de mama de una forma epidémica"**.

El uso de estas sustancias también está relacionado con **"un aumento del riesgo de depresión y de suicidios e intentos de suicidio"**.

La ciencia también ha demostrado que "aplicar enfoques como la Naprotecnología obtiene resultados parecidos que los métodos artificiales de reproducción asistida, sin sus inconvenientes bioéticos y efectos secundarios", entre los que se encuentra el drama de "los embriones congelados".

Para los expertos, "con solo haber seguido las enseñanzas de la *Humanae Vitae*, se podrían haber evitado innumerables fallecimientos por las causas descritas antes en los últimos 50 años".

"Cuestionar hoy la aplicación pastoral de la *Humanae Vitae* aduciendo problemas en el uso de los métodos naturales puede conducirnos a **uno de los mayores escándalos para la salud pública de todos los tiempos**, porque afectaría a la salud de millones de mujeres", advirtieron.

"Por otra parte, sería una victoria sin precedentes de la industria farmacéutica que pretende silenciar la evidencia médica actual sobre la píldora anticonceptiva, para seguir aumentando su negocio a costa de la salud de las mujeres", señalaron.

Bélgica violó el derecho a la vida en el caso de eutanasia a una mujer que tenía depresión⁵⁶



Tom Mortier, hijo de Godlieva de Troyer ADF Internacional

El Tribunal no ha considerado, no obstante, que se haya producido una violación de la legislación belga sobre esta práctica

José Rosado, 04/10/2022

Varapalo a la ley de eutanasia en Bélgica. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha fallado a favor de Tom Mortier, hijo de Godlieva de Troyer, que murió en 2012 a los 64 años por una inyección letal en base a un diagnóstico de «depresión incurable». La corte ha determinado que Bélgica violó el Convenio de Derechos Humanos **al no examinar adecuadamente las circunstancias que condujeron a su eutanasia.**

El Tribunal sostiene que hubo una violación del artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos que establece que el derecho de toda persona a la vida **debe estar protegido por la ley**. Esta sentencia se refiere a la forma en que la Comisión Federal para el Control y la Evaluación de la Eutanasia de

⁵⁶https://www.eldebate.com/sociedad/20221004/belgica-violó-derecho-vida-caso-eutanasia-mujer-tenía-depresión_64009.html

Bélgica manejó los hechos relacionados con la muerte de De Troyer. Sin embargo, no ha entendido **que se haya producido alguna violación de la legislación belga** para la práctica de la eutanasia.

Según el Tribunal, «teniendo en cuenta el papel crucial jugado por la Comisión en el control a posteriori de la eutanasia, la Corte considera que el sistema de control establecido en el presente caso no aseguró su independencia».

«Acogemos con beneplácito la decisión del Tribunal, que sienta un precedente importante sobre el derecho a la vida, particularmente cuando se trata de los más vulnerables de la sociedad», ha asegurado Robert Clarke, director adjunto de ADF International, organización de derechos humanos que ha llevado el caso.

«La decisión contradice la noción de que existe el llamado 'derecho a morir' y deja al descubierto los horrores que inevitablemente se desarrollan en la sociedad cuando se legaliza la eutanasia. Desafortunadamente, aunque el tribunal indicó que una mayor 'protección' es una solución adecuada para proteger la vida, en su propio fallo deja en claro que las salvaguardias **fueron insuficientes** para proteger los derechos de la madre de Tom».

Para Clarke, es «lamentable» que el Tribunal haya desestimado la impugnación del marco jurídico belga. «Sin embargo, la conclusión es que las 'salvaguardas' promocionadas como que ofrecen protección a las personas vulnerables deberían generar más cautela hacia la eutanasia en Europa y el mundo».

«La realidad es que **no existen 'salvaguardas' que puedan mitigar los peligros de la práctica una vez que sea legal**. Nada puede traer de vuelta a la madre de Tom, pero esperamos que esta decisión le ofrezca a Tom un poco de justicia», ha añadido.

Polémico caso

Mortier, un profesor universitario belga, recibió una llamada devastadora de su mujer explicándole que su madre había muerto después de que un médico le aplicara la eutanasia porque sufría una depresión. El facultativo **ni siquiera había avisado a la familia**.

La justificación del centro es que los médicos habían acabado con su vida porque sufría una «depresión intratable». De Troyer tenía 64 años y estaba en plena forma física, aunque tenía un largo historial de problemas relacionados con la depresión.

«Mi madre sufría graves dificultades mentales y se enfrentó a la depresión durante toda su vida. Fue tratada por psiquiatras durante años y,

lamentablemente, perdimos el contacto durante algún tiempo y fue en ese momento cuando murió por una inyección letal», ha explicado Mortier.

La ley belga especifica que las personas que quiera recibir la eutanasia deben estar en una «condición médica inútil de sufrimiento físico o mental constante e insopportable que no se pueda aliviar, como resultado de un trastorno grave e incurable causado por una enfermedad o accidente».

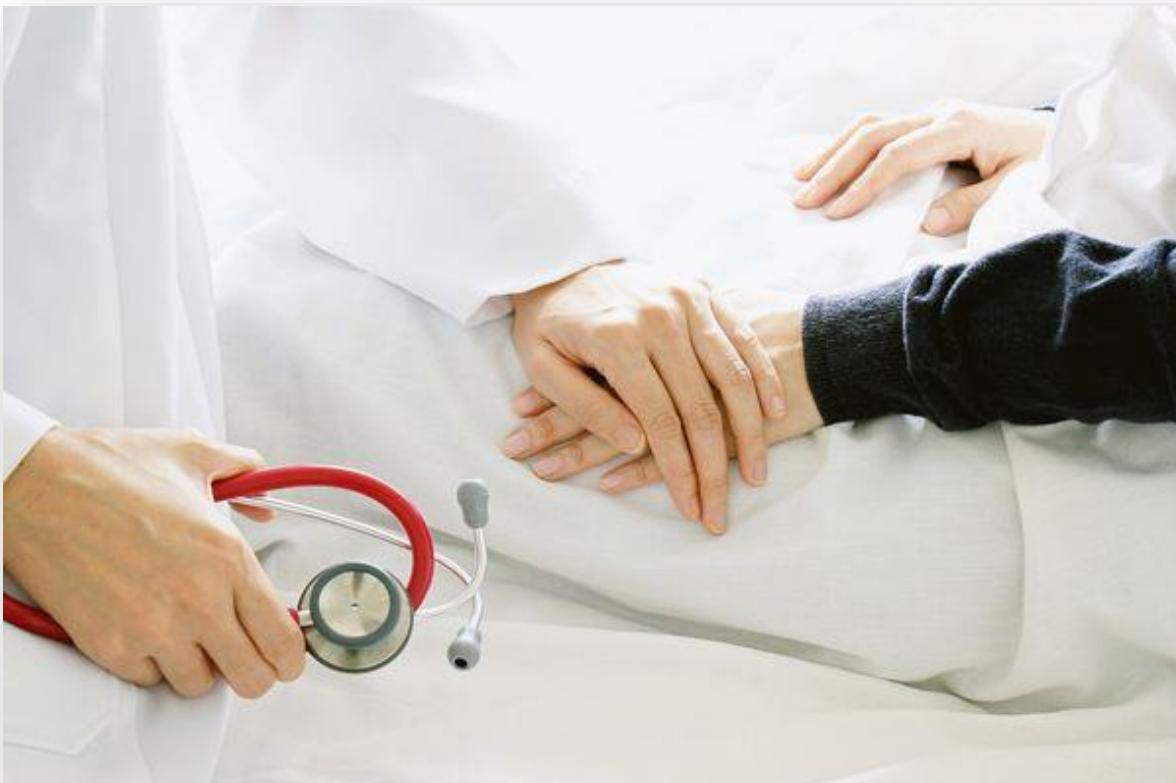
Sin embargo, De Troyer estaba físicamente sana y el psiquiatra que la trató durante veinte años **no creía que cumpliera con los requisitos legales para acabar con su vida**. Entonces, esta mujer se acercó a un conocido defensor de la eutanasia en el país quien, **a pesar de ser especialista en cáncer**, accedió a acabar con su vida.

Durante varios meses, además, esta mujer realizó pagos a una organización de defensa de la eutanasia. El médico la derivó incluso a otros médicos miembros de esta asociación, a pesar de que la ley establece que los pacientes deben recibir una opinión independiente.

Desde la aprobación de la eutanasia en Bélgica hace veinte años, las autoridades belgas **han contabilizado la muerte de más de 27.000 personas**. El problema es la ‘pendiente resbaladiza’ que ha ido rebajando las exigencias para este proceso hasta el punto de permitir que menores de edad puedan solicitar la eutanasia.

Los médicos internistas piden huir de una práctica clínica que solo contempla datos y pruebas⁵⁷

La tecnología “no debe desplazar la esencia” de la relación médico-paciente



Médico y paciente FOTO: DREAMSTIME DREAMSTIME

BELÉN TOBALINA, 07-10-2022

Médicos internistas de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) han debatido sobre cómo ha cambiado, cómo es y hacia dónde debe encaminarse la relación médico-paciente en la “**IV Jornada de Pacientes SEMI: Nuevos patrones en el Siglo XXI**”⁵⁸.

Durante el transcurso del encuentro, organizado por SEMI y el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, se ha hablado de los derechos de los pacientes y de cómo la tecnología ha contribuido a cambiar la relación entre el médico y el

⁵⁷ <https://www.larazon.es/salud/20221007/vgiggs7wibcyvepdcktdjgwve.html>

⁵⁸ <https://www.fesemi.org/congresos/iv-jornada-de-pacientes>

paciente, así como de la necesidad de potenciar una **Medicina centrada en las necesidades de la persona**.

Los médicos internistas han hecho hincapié en que la tecnología es una herramienta “muy útil en la práctica clínica” para que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos sean más precisos, pero “no debe desplazar a la esencia de la relación médico-paciente que está basada en la comunicación, en la afectividad y en la toma de decisiones compartidas. La tecnología no debe diluir al individuo, debe estar al servicio de las personas”.

A su vez, han pedido “huir de una práctica clínica que solo contempla datos y pruebas”, ya que “la relación clínica debe reorientarse a la comunicación efectiva entre dos personas”. La tecnología es importante y necesaria, como lo es respetar la autonomía del paciente, y el verdadero fundamento de la Medicina es “el mejor cuidado de la salud de los pacientes”.

En este sentido, la **Dra. Arantzazu Álvarez de Arcaya**, coordinadora SEMI de relación con los pacientes y coordinadora de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Hospitalista del Hospital Clínico San Carlos, recuerda que “los médicos tratamos personas, y si queremos hacer una medicina centrada en las personas tenemos que conocer, además de los aspectos científicos, los relacionados con los factores psicoemocionales y con la complejidad social. Esto ha sido especialmente relevante en los últimos dos años, durante el período de pandemia COVID-19”.

El encuentro ha sido inaugurado por el **Dr. Jesús Díez Manglano**, presidente de la SEMI, que ha reiterado que para la profesión médica en general y para los especialistas en Medicina Interna, en particular, “la voz del paciente es y debe ser fundamental”. También que “urge una mayor atención y dedicación desde el ámbito clínico al proceso de final de vida”.

Los eunucos son la nueva frontera de la ideología de género: a un paso de la castración de niños⁵⁹

La principal asociación mundial de «salud transgénero» lanza sus nuevas normas



En la India hay una amplia comunidad de eunucos, una de cuyas profesiones es la actuación en bodas y otras fiestas. Foto: captura reportaje canal Saysa Production.

ReL, 06 octubre 2022

En sus nuevas normas, la Asociación Mundial de Profesionales de la Salud Transgénero recomienda que se tomen medidas para acoger a quienes presentan "síntomas de identidad **eunuco**", que se considera un género en sí mismo. **Rodolfo Casadei** da cuenta de esta nueva ofensiva transgénero en *Tempi*⁶⁰:

Los que se sienten **eunucos** y desean serlo, es decir, quieren ser **castrados**, expresan una **identidad de género** que ha sido marginada durante demasiado

⁵⁹<https://www.religionenlibertad.com/polemicas/788971273/eunucos-nueva-frontera-ideologia-genero-castracion-ninos.html>

⁶⁰<https://www.tempi.it/eunuchi-identita-di-genere-wpath/>

tiempo y deben tener derecho a todo tipo de asistencia médica, psicológica y social.

No, no se trata de la broma de un cómico al que se le acaban las ideas: esto es lo que escriben en sus documentos y dicen en sus reuniones los influyentes miembros de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (Wpath, por sus siglas en inglés). Fundada en 1979, es considerada por muchos como el principal grupo que promueve la atención médica, la educación y la investigación sobre las **personas transgénero y 'no binarias'**.

"La identidad de género eunuco ya se manifiesta en los niños"

Lisa Selin Davis escribe en *Common sense*⁶¹ que "aunque no es una asociación médica -además de médicos y psicólogos, entre sus filas hay abogados, educadores, estudiantes, etc.-, las *Normas de atención*⁶² de Wpath son consideradas por los profesionales de todo el mundo como el **punto de referencia autorizado** sobre las recomendaciones para el tratamiento del malestar relacionado con el género".

Wpath ha publicado recientemente una versión actualizada de sus *Normas de atención*, de 260 páginas (la octava desde que se definieron y publicaron), que contiene **tres nuevos capítulos**, y uno de ellos se refiere a las terapias de apoyo para "quienes se identifican como eunucos" y "también pueden buscar la castración para alinear mejor sus cuerpos con su identidad de género".

En el capítulo en cuestión se puede leer: "Los **eunucos** se presentan, clínicamente, de diversas maneras. Desean un cuerpo compatible con su identidad de eunuco, **un cuerpo que no tenga genitales masculinos** plenamente funcionales. Algunos eunucos sienten una fuerte incomodidad con sus genitales masculinos y necesitan quitárselos para sentirse cómodos en su cuerpo. (...) Al igual que otras personas no binarias, los eunucos pueden ser conscientes de su identidad de género durante **la infancia o la adolescencia**. Debido a la falta de investigación sobre el tratamiento de los niños que pueden identificarse como eunucos, nos abstendremos de hacer sugerencias específicas".

Es decir, Wpath se detiene a un paso de recomendar que los niños que manifiesten síntomas de una "identidad eunuco" sean efectivamente castrados... Pero se declara convencido de que tal cosa como la identidad de género eunuco existe, y que ya se manifiesta en los niños.

⁶¹ <https://www.commonsense.news/p/how-young-is-too-young-for-sterilization>

⁶² https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC_v7/SOC_V7_Spanish.pdf

El género más antiguo entre los no binarios

Una sesión entera del 27º Simposio Científico de Wpath, celebrado entre el 16 y el 20 de septiembre en Montreal (Canadá), se dedicó al tema de los "eunucos". Se escucharon todo tipo de cosas.

Thomas W. Johnson, profesor emérito de antropología de la Universidad Estatal de California, declaró: "El eunuco es el género más antiguo reconocido fuera de la división binaria. Se encuentra en la Biblia... Se convirtió en la puerta de entrada a las burocracias que son la jerarquía religiosa, los militares y los administradores de distrito en toda la masa continental euroasiática... La **reducción de la agresividad reactiva** debido a la castración es parte de la razón por la que eran tan importantes en los gobiernos del pasado. Los eunucos son excelentes comandantes militares, pueden sentarse y planificar y organizar cuidadosamente una campaña de guerra sin dejarse llevar por las emociones inmediatas de la misma con una agresividad reactiva".

La élite cultural de los eunucos

Los eunucos y los aspirantes a eunucos constituirían una verdadera **élite cultural**: "La mayoría de ellos son muy conscientes de que convertirse en eunuco es una opción. Al analizar esta población, hemos comprobado que muchos de ellos tienen una gran formación. Muchos de ellos han crecido en granjas, en entornos rurales, y allí han presenciado o participado en la **castración de animales**, por lo que conocen el procedimiento".



Stefano Dionisi interpretó al célebre cantante 'castrato' Farinelli (Carlo Broschi, 1705-1782) en la película del mismo nombre de 1994 dirigida por Gérard Corbiau.

"Si nos fijamos en el nivel de educación, en Estados Unidos el 30,44% de los mayores de 25 años tiene un título universitario. Entre los eunucos, este índice es del 48,24%. Entre los aspirantes, los que buscan la castración, una castración segura, la media es del 49%: tienen **una educación mucho mayor que la media** de la población. En el nivel de doctorado o licenciatura de cinco años, la media nacional es del 3%, entre los eunucos y entre los aspirantes a eunucos es del 8,25% y del 6,75% respectivamente: están mucho mejor formados que la media de la población".

Castrar a los eunucos, primero químicamente y luego físicamente

Michael S. Irwig, endocrinólogo del Centro Médico Beth Israel Deaconess de Boston, expuso el típico argumento utilizado para justificar la cirugía de demolición en las personas con disforia de género, a saber: que en ausencia de la extirpación de los órganos sexuales primarios o secundarios estas personas **se harían daño a sí mismas**: "Esta es probablemente una de las comunidades más **marginadas y estigmatizadas** en cualquier cultura del mundo", dijo.

"Recomendamos que los profesionales de la salud consideren la intervención médica y/o quirúrgica para **castrar** a las personas cuando exista un alto riesgo de que la denegación del tratamiento pueda causar daños a las personas a través

de la **autocirugía**, la cirugía realizada por profesionales no cualificados o el uso no supervisado de fármacos que puedan afectar a las hormonas".

Orquitectomía y penectomía

También puede realizarse con cierta gradualidad: "Si alguien ha sido castrado o está considerando la posibilidad de castrarse, habrá que explorar con él varias opciones, tanto médicas como quirúrgicas. Así, **antes de la castración física se puede realizar una castración química**, que será una especie de prueba. Además, existen formas de suprimir los niveles de testosterona, mediante la supresión hormonal, para explorar los efectos de la deficiencia androgénica de los eunucos que desean convertirse, por ejemplo, en asexuales o no sexuales o **andróginos**".

"La orquitectomía es un procedimiento quirúrgico muy simple que puede ser realizado por prácticamente cualquier urólogo, y reducirá y esencialmente **eliminará la producción de testosterona testicular**. Algunos eunucos se someten a una orquitectomía, con o sin penectomía, para modificar su cuerpo a fin de que este tenga la imagen que ellos tienen del mismo".

La nebulosa definición de "identidad de género"

La perspectiva de **extender la castración a los menores** fue evocada por otra intervención de **Thomas Johnson**, quien se refirió nada menos que a la tradición de los eunucos de los siglos XVII y XVIII: "Sabemos por documentos históricos que en el apogeo de la popularidad de los *castrati* [cantantes de ópera], particularmente en Italia, pero en general en toda Europa, incluso en Brasil, los muchachos buscaban la castración. Tenemos documentos de algunos ducados italianos que hacen referencia a que los chicos venían y pedían dinero para pagar al médico para que les castrara, y el dinero se les concedía. Acudían voluntariamente, e incluso siendo menores de edad, lo que **no era un problema en los siglos XVII y XVIII**".



En el primer capítulo de la novena temporada de 'South Park' (emitido en 2005), el señor Gerald Broflovski se somete a una operación para adoptar una identidad como delfín.

El periodista **Andrew Sullivan**⁶³ ha comentado: "[Wpath] es el mismo grupo que ahora determina lo que se puede y no se puede hacer a los niños que no se ajustan a los estereotipos de género. (...) El término 'identidad de género' es **tan nebuloso, tan completamente subjetivo**, que puede utilizarse para describir literalmente cualquier cosa, cualquier perversión, cualquier enfermedad mental, cualquier fantasía desquiciada; como la compulsión de Gerald Broflovski de *South Park* de convertirse en un delfín".

⁶³ <https://andrewsullivan.substack.com/p/the-gender-identity-of-eunuchs>

El Congreso reconoce los derechos de los animales el mismo día que se los niega a los no nacidos⁶⁴

Ana Martín, Madrid 06/10/2022



La diputada de Vox Lourdes Méndez durante el debate de la Ley del aborto. Congreso

La Ley del aborto avanza

La Ley del aborto avanza después de que el Pleno tumbara las enmiendas a la totalidad del PP y Vox. La diputada Lourdes Méndez acusa a la izquierda de «humanizar al animal y deshumanizar al ser humano»

Se llamaban **Chucy y Nube**. Eran el gato y la perrita con los que, en 1991, **Pablo Echenique** y su familia emigraron de su Argentina natal a España. «Mi madre me dijo hace unos días: ‘Sin ellos no habríamos venido’. **Chucy y Nube** no eran cosas, sino miembros de la familia».

La historia la contó el propio portavoz de Unidas Podemos este jueves en el Congreso, durante los debates de las enmiendas a la totalidad de la Ley de protección, derechos y bienestar de los animales y de la modificación del Código Penal en materia de maltrato animal (en los dos casos, rechazadas).

⁶⁴ https://www.eldebate.com/espagna/20221006/congreso-reconoce-derechos-animales-mismo-dia-niega-no-nacidos_64581.html

También narró que ahora tiene dos perritos, **Rufy** y **Dylan**, a los que quiere «con locura». «Los animales no son cosas, sino seres sintientes, que tienen sentimientos. Los animales están completamente indefensos ante un ser humano que les quiera hacer daño. Maltratar a un animal es un acto moralmente miserable», continuó **Echenique**.

Eso al mediodía. Apenas una hora después, en el mismo hemiciclo, la ministra de Igualdad subió a la tribuna para defender la reforma de la Ley del aborto, que no reconoce ningún derecho al nonato. Elimina el consentimiento -y el conocimiento- paterno para las menores de 16 y 17 años y los tres días de reflexión, y obliga a los médicos objetores a apuntarse en una lista. «¿Qué problema tienen con que las mujeres disfrutemos de nuestra libertad sexual?», preguntó **Irene Montero** a las bancadas de la derecha.

¿Coincidencia? No para Vox. La diputada **Lourdes Méndez** consideró una «total provocación» y un «ensañamiento» que el Gobierno llevara a la Cámara Baja, el mismo día, ambos proyectos de ley. «¿Qué es lo que hemos venido a defender, señorías, cuando al mismo tiempo se está debatiendo en este Congreso sobre el valor de la vida de un animal al que se ha de proteger, valor y protección que se le niega a un ser humano, con el propósito de humanizar al animal y deshumanizar al ser humano?», lamentó **Méndez**.

El debate sobre las tres enmiendas a la totalidad de la Ley del aborto presentadas por el PP, Vox y Ciudadanos fue una especie de segundo tiempo después del vivido a primera hora de la mañana⁶⁵ en relación a la Ley de derechos de los colectivos trans y LGTBI. Tanto, que **Montero** se burló del PP y Vox: «Vaya papelón el suyo esta mañana, dos debates perdidos en una misma mañana por los reaccionarios de este país, dos oportunidades para demostrarles que las feministas somos más».

Ambas enmiendas fueron rechazadas después por 142 votos a favor, 199 en contra y 4 abstenciones. La enmienda de Ciudadanos caminaba por otro lado: en el caso de los naranjas, lo que querían no era la retirada del proyecto de ley, sino su sustitución por otro que, a mayores, reconozca la gestación subrogada. Ya se ha encargó la diputada de Cs **Sara Giménez** de aclarar que su grupo «comparte» la Ley del aborto del Ministerio de Igualdad (salvo en lo relativo a que las menores de 16 y 17 años no tengan que informar a sus padres).

⁶⁵ https://www.eldebate.com/espagna/20221006/pp-vox-hacen-trabajo-feministas-psoe-e-intentan-frenar-ley-trans-montero_64524.html

Así que, de nuevo, el PP y Vox estuvieron solos en su oposición frontal a un texto que, como recordó la diputada popular **Marta González**, fue aprobado por el Consejo de Ministros sin los informes de los órganos consultivos. Pese a tratarse de una ley orgánica que, como tal, afecta a derechos fundamentales.



La diputada del PP Marta González Congreso

González sostuvo que el Ministerio de **Montero** no esperó a que el CGPJ entregara su informe y que al Consejo de Estado ni siquiera se lo pidió. En ese punto, la diputada del PP se hizo eco de la excusa que Igualdad puso por escrito y que publicó **El Debate**: no solicitó un dictamen al máximo órgano consultivo del Estado para no darle más «carga de trabajo», aunque reconoció que habría sido conveniente ese trámite.

LA INTRANSIGENCIA DE MONTERO

Igualdad afirma que no consultó la Ley del aborto con el Consejo de Estado por no darle más trabajo⁶⁶



La diputada también reprochó a la ministra que su departamento rechazara 52 alegaciones que presentaron la Comunidad de Madrid, Castilla y León y Galicia al anteproyecto de ley del aborto durante la fase de audiencia pública. Todas menos una, de carácter técnico y menor, que ni siquiera fue aceptada en su conjunto, sino parcialmente. Una información también desvelada por este diario.

LA INTOLERANCIA DE LA MINISTRA

«No se acepta»: Montero vetó 52 alegaciones de las comunidades del PP a su ley del aborto⁶⁷

A mayores, y como con la Ley trans, Igualdad solicitó la tramitación parlamentaria de este proyecto de ley por el procedimiento de urgencia. Lo que acortará a la mitad los plazos y cercenará la labor de los grupos. «Esto es hurtar el debate y el trabajo parlamentario. Denunciamos y condenamos esta práctica que nos amordaza», se quejó **González**, que vinculó las prisas del Gobierno a que tiene «el temor y la convicción» de que la legislatura está acabando y hay que correr.

Por su parte, la parlamentaria de Vox recordó que el Tribunal Constitucional aún no se ha pronunciado sobre la Ley del aborto que aprobó **José Luis Rodríguez Zapatero** en 2010, tras el recurso de inconstitucionalidad que entonces



⁶⁶ https://www.eldebate.com/espana/20220914/igualdad-afirma-no-consulto-ley-aborto-consejo-estado-no-darle-mas-trabajo_59780.html

⁶⁷ https://www.eldebate.com/espana/20220913/no-acepta-montero-veto-52-alegaciones-comunidades-pp-ley-aborto_59671.html

presentó el PP (y del que ella misma fue partícipe, como diputada del PP que era). «Las consecuencias de 12 años de inacción son absolutamente irreparables», afirmó.

Méndez señaló que esta reforma de la Ley del aborto es mucho más que eso, puesto que forma parte de la lucha entre dos «modelos antagónicos»: el humanismo de raíces cristianas y «la cultura globalista y de la muerte, trufada del marxismo cultural».

En respuesta a ambas, la diputada del PSOE **Susana Ros** afeó al PP y a Vox que quieran «recortar un derecho tan fundamental para las mujeres como decidir sobre nuestro propio cuerpo, maternidad y sexualidad». «La maternidad es una opción, no una obligación», añadió, al tiempo que vaticinó que también las mujeres del PP y Vox acabarán utilizando esta ley en su ámbito privado. «Eso es hipocresía».

El coste de la ley: 380 euros por aborto

El Gobierno tiene un apoyo parlamentario más que suficiente para aprobar esta reforma en las Cortes, una vez que supere el trámite parlamentario exprés. Cuando esté en vigor, su aplicación supondrá un coste extra de 132.929.915 euros anuales para las arcas públicas.

Son datos contenidos en el *Análisis de impacto económico y presupuestario* de la norma elaborado por el Ministerio de Igualdad: 1,15 millones de euros para el Estado propiamente dicho, 88,7 millones para la Seguridad Social y 43 millones más para las comunidades autónomas.

ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA POR LA QUE SE MODIFICA LA LEY ORGÁNICA 2/2010, DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
MEMORIA DE IMPACTO PRESUPUESTARIO

Datos en euros

Medida	Impacto presupuestario anual
a) Garantizar la interrupción voluntaria del embarazo en centros públicos	7.535.324
b) Garantizar la interrupción voluntaria del embarazo farmacológica con atención sanitaria especializada	7.834.800
c) Consolidación de servicios de asistencia integral especializada y accesible, incluidos en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, dotados de equipos interdisciplinares que tendrán como objetivos principales la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva en todas las fases del ciclo vital	0
d) Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las comunidades autónomas en materia de salud sexual y reproductiva	0
e) Elaboración de la Estrategia Estatal de Salud Sexual y Reproductiva	0
f) Programas para mejorar la calidad de la atención de la salud materna en los que el respeto sea el elemento central	0
g) Programas de apoyo de las Administraciones Públicas a las instituciones sin ánimo de lucro para promoción y difusión de buenas prácticas en el ámbito de la salud gineco-obstétrica	0
h) Realización de campañas periódicas destinadas a la prevención de las infecciones de transmisión sexual acompañadas de medidas en el ámbito educativo	0
i) Disposición gratuita de métodos anticonceptivos en los centros sanitarios del SNS	28.800.000
j) Regulación de una nueva situación de incapacidad temporal por contingencias comunes desde la semana 39 del embarazo	57.114.000
k) Incapacidad temporal por IVE	7.805.791
l) Incapacidad temporal por menstruaciones incapacitantes	23.840.000
TOTAL	132.929.915

Fuente: Ministerio de Igualdad

El coste de la nueva Ley del aborto, según Igualdad. El Debate

Solo garantizar el aborto en centros públicos supondrá 7,5 millones de euros más al año; a razón de 380 euros por aborto. En su análisis, el Ministerio de Igualdad da más detalles: «En promedio un aborto de hasta 12 semanas, con anestesia local y sin otro tipo de complicaciones puede costar alrededor de 350 euros incluyendo el preoperatorio. Si el embarazo supera las 12 semanas el precio de la intervención se incrementa de manera muy variable dependiendo del número de semanas, las condiciones de salud y el riesgo que implica la intervención», especifica. De ahí que haga una media de 380 euros.

El jefe de Psiquiatría Juvenil del Gregorio Marañón: "Vivimos un boom de jóvenes que dicen ser trans por moda y en realidad no lo son"⁶⁸

QUICO ALSEDO, Sábado, 8 octubre 2022 - 02:05

Celso Arango, uno de los psiquiatras más reputados de España, sostiene que la cifra de adolescentes que se reclaman trans sin serlo se ha multiplicado por la ideologización y cree que la Ley Trans "puede causar un daño enorme". Apadrina a la Asociación Amanda, de personas afectadas por esta "moda", que se presenta hoy



El psiquiatra Celso Arango. BERNARDO DÍAZ

"Esto es una locura, va a hacer daño a mucha gente, muchos jóvenes que tienen trastornos creen que los van a arreglar convirtiéndose en trans cuando no lo son. La Ley Trans no puede salir adelante así".

⁶⁸ <https://www.elmundo.es/papel/2022/10/08/634062b8e4d4d89c0c8b45b3.html>

No lo dice ningún activista de ningún tipo, ningún adversario de la ministra **Irene Montero**, ni ningún rival político del Gobierno que intenta sacar adelante en estos meses la norma que regulará la transexualidad.

Lo dice **Celso Arango** (**Palma de Mallorca**, 1968), una de las mayores autoridades de la psiquiatría española, jefe del departamento pediátrico y juvenil del **Hospital Gregorio Marañón de Madrid**, catedrático por las universidades **Complutense** y **Maryland**, y ex presidente de la **Sociedad Española de Psiquiatría**.

Arango está muy alarmado con la posible aprobación en el **Congreso de los Diputados** de una Ley Trans que excluye la supervisión de los profesionales de la salud mental sobre adolescentes, dice, que en realidad, "no son trans, sino que tienen otros trastornos y creen que siendo trans los van a superar. Como la **OMS** ha despatologizado la transexualidad, ni nos han pedido opinión. Pero es una barbaridad lo que quieren hacer, y los vulnerables, los de siempre, podrían sufrir mucho".

Por eso apadrina hoy, en el Colegio de Médicos de Madrid, la presentación de la **Asociación Amanda**, que agrupa a unos 300 padres de toda España que aseguran sufrir la situación que él denuncia.

¿Qué visión tiene usted de la Ley Trans tal y como está planteada en el proyecto del Gobierno?

Profesionalmente, asisto con preocupación a la gestación de esta Ley, porque está alejada de la realidad. Desde el día a día en el Hospital Gregorio Marañón estamos asistiendo a una explosión, un boom, un incremento exponencial de adolescentes que dicen ser trans, muchos por moda, y no lo son. En nuestra unidad de hospitalización, si habitualmente teníamos uno o dos adolescentes que decían ser trans al año, ahora lo manifiesta el 15%, o 20% de los ingresados. Obviamente no es una cifra normal, no responde a la realidad.

¿Qué explicación tiene para eso?

Cuando aparece una cosa así y no es vírica o contagiosa, te preguntas: ¿esto a qué responde? Me preocupa mucho, conociendo la psicopatología de los adolescentes, esa búsqueda inmediata de respuesta, gratificación, variabilidad, cambio... Una de las cosas que primero aprendemos en psiquiatría infantil es a esperar antes de actuar. Cuando llega un niño y dice que su vida no vale nada, antes de poner tratamiento farmacológico, lo que haces es citarle una semana después. Y a lo mejor ha desaparecido el problema.

Esperar, sencillamente.

Sí. Esos cambios en la población pediátrica, en menores de edad, son muy frecuentes. Lo que antes se llamaba disforia de género, que ahora se llama incongruencia, por supuesto que existe, y estoy completamente de acuerdo con que se despatologice y se 'despsiquiatrice', en los casos en los que es real. Pero a mí lo que me preocupa es que la mayor parte de los adolescentes que estoy viendo, al estudiarlos longitudinalmente, dicen ser trans y no lo son. Y el problema es que si esto les abocara a una situación de esperar y ver, o de empezar con una psicoterapia, bueno. Pero si hablamos de que alguien que dice ser trans desde hace tres semanas va a un centro privado y le dan hormonas... Pues es una barbaridad. Hacemos algo que tiene complicada marcha atrás, cuando no es irreversible. Y a nosotros como profesionales sanitarios nos han enseñado que nuestra primera obligación es cuidar de la salud de nuestros pacientes. En dos visitas no conoces a un paciente, imagínese a los que se reclaman trans.

Aunque ellos lo manifiesten con total rotundidad.

Lógicamente, no. Hay que seguir los protocolos: esperar, escuchar, hacer diagnósticos diferenciales... El que yo diga que las personas trans no lo son por un trastorno mental, esto es, que no es una enfermedad, no significa necesariamente que muchas personas con trastornos mentales no vayan a decir que son trans sin serlo. Las dos cosas son compatibles, y están sucediendo. Voy a ponerle un ejemplo extremo: si tengo una persona esquizofrénica que las voces le dicen que es trans, qué hago: ¿le hormono?

Rebate usted la autodeterminación de género.

Desde luego. Y mezclar el género con el sexo, y dar la imagen de que uno puede elegir el sexo que tiene... No, es una locura. Uno, o es XX, o es XY. Vive como quieras, pero el sexo es el que es, y los médicos tenemos que saber cuál es el sexo de una persona, porque los tratamientos en ocasiones son diferentes dependiendo de uno u otro.

¿Cuál sería la causa de esta avalancha o boom del que habla? Para ustedes, que ven a los adolescentes en el Hospital Gregorio Marañón.

Pues mire, hay un patrón de, digamos, falsos casos: niño excluido, con autismo, quizás acoso, problemas de adaptación, asperger, problemas de relación social, que de repente encuentra un grupo de personas que le acogen y le apoyan. Y que por el hecho de decir que es del equipo de fútbol X o del partido político Y, le acogen y se encuentran...

Aceptado.

Exacto, aceptado. Pues ya está. Ese era el problema, que yo era trans. Todo se va a solucionar ahora. Cuando les preguntas a estos chicos: pero qué es ser trans, qué es ser mujer, ser hombre, les desmontas muy fácilmente. Los que lo son de verdad se ve desde los cuatro o cinco años. A esa edad ya te dicen que el pito les da asco, que si pudiesen se lo quitaban, que no van a ponerse calzoncillos en su vida. Y en dos años siguen igual. Y en cinco, igual. Y te desmontan todo lo que les argumentes. Estos segundos los hemos visto toda la vida, sufren esa disforia de que hablábamos, y están completamente justificados los tratamientos para ellos. Pero son la proporción que le decía al principio: en nuestro hospital, puede que tres casos al año. El problema son los primeros. Ahora hay una explosión de los primeros.

El lector se preguntará: ¿pero cómo puede llegar una Ley así al Parlamento y nadie de la comunidad científica levantar la mano?

Los legisladores deben escuchar a quienes atendemos a estas personas. Ojo, que podéis hacer mucho daño con esto. Y yo soy el primero a favor de la Organización Mundial de la Salud cuando dice que la disforia de género no es un trastorno mental, aunque también es verdad, ojo, que la gente con disforia de género sí tiene muchos trastornos mentales derivados de eso. Si a esta gente le sienta bien la hormonación y la intervención quirúrgica, pues fantástico, para esto es la ciencia. Pero estoy obligado a decirles a los del Hemiciclo que vengan a conocer lo que está sucediendo en nuestra unidad. Les invito a venir.

Pero, ¿por qué no salen los profesionales de la psiquiatría a decir esto?

Es que no nos han preguntado. Como está despatologizado, creen que no nos tienen que preguntar. También es verdad que este fenómeno, el boom, es muy reciente, cosa de los tres últimos años. La Sociedad Española de Psiquiatría acaba de crear un grupo sobre esto. Es la solución fácil: huir hacia adelante. 'Esto es lo que me pasa. Estoy en un cuerpo que no es el mío y ser trans me va a curar todos mis males'. Es un clásico adolescente, la solución mágica, de aquí y ahora, desinhibición del lóbulo frontal, hacer antes que pensar. Luego, esto tiene dos vertientes más. Es la ideología la que ha cegado a los impulsores de esta ley, pero la naturaleza es la que es, no hay ideología que se imponga. Ninguna ideología, aclaro, la de ningún partido, ni unos ni otros. Por otro lado, la manera en que esto se plantea atrae el riesgo de que se meta la medicina privada a hacer determinadas cosas, y a beneficiarse de ello. Cuidado con eso.

Pero entonces, que usted sepa, ¿qué criterio científico se ha empleado para componer esta Ley tal y como está redactada?

Pues no lo sé. Con las sociedades científicas no han contactado. El criterio imagino que ha sido ideológico. Si yo pienso que los trans no tienen ningún problema de salud mental, pues para qué voy a hablar con los médicos. No les necesito. Es como aplicar la ideología a la eutanasia. No puedes darle eutanasia a alguien que tenga una depresión mayor, porque le medicas y de pronto se siente está genial. Si permites la eutanasia eso se llamaría suicidio. Hay que hacer un diagnóstico diferencial. A alguien que ha llegado a la eutanasia tras un razonamiento meditado, sopesado, etcétera, sí se le puede aplicar.

De la autoayuda a las benzodiazepinas: el lucrativo negocio de la insatisfacción en España⁶⁹

Cada vez vamos más al psicólogo, usamos más los servicios de un coach para dilucidar nuestro futuro profesional, compramos más autoayuda y tomamos más benzodiazepinas (somos el país con mayor consumo legal de esta droga). Nuestro malestar sostiene una industria que mueve miles de millones de euros al año. ¿Justificadamente? Investigamos.

SILVIA NIETO, 7 octubre 2022



SHUTTERSTOCK

Marta (madrileña, 41 años) acudió al **psicólogo** cuando a su madre le diagnosticaron una **enfermedad terminal**. El hospital (público) le había

⁶⁹ <https://www.elmundo.es/yodona/vida-saludable/2022/10/07/6331c055fdddff70498b45d0.html>

ofrecido a ella y a su familia un servicio de **asistencia psicológica** del que finalmente decidió hacer uso. "Estaba hecha un asco, como es natural", explica. En la sesión con la psicóloga, continúa, "esta me preguntó cómo me encontraba, cómo estaba afrontando la situación, cuáles eran mis miedos y mis posibles preguntas ante la futura ausencia de mi madre... Aunque salí de allí tranquila, y con otra cita cerrada, al cabo de unas horas me di cuenta de que todo lo que había hablado con la psicóloga ya lo había verbalizado yo antes con mi círculo íntimo. Y decidí que, para mí, seguir haciendo esto último era un camino mucho más efectivo. Que sentirme **apoyada** por mis **familiares** y mis amigos era mucho más importante que sentirme apoyada por una desconocida. Al día siguiente llamé para **cancelar la cita**. Nunca he vuelto a un psicólogo".

En las antípodas de Marta, a María (nombre figurado, madrileña, 56 años), profesora, su psicoanalista le dijo, cuatro años después de que empezara a ir a terapia, que no volviera más, que no podía hacer nada más por ella. "Un shock", cuenta. "Me quedé como huérfana. El **psicoanálisis** estaba en mi **rutina**, una hora que esperaba durante toda la semana". Vamos, que en vez de un medio, se había convertido en un fin, algo que probablemente su terapeuta detectó. Eso sí: financieramente hablando, María salió ganando, en concreto, **75 euros a la semana**, los que le costaba cada consulta (en España la media en 2020 estaba en 51,00 euros/hora, entre la tarifa más baja, 45,25 euros/hora en Andalucía y 62,00 euros/hora en Baleares, según una investigación de mundopsicologos.com).

No es que el salario de María fuese para tirar cohetes, pero es que no le había quedado otra que **pagar al psicólogo** de su bolsillo. Según datos del **Ministerio de Sanidad**, en el sistema público de salud español hay seis de estos profesionales por cada 100.000 habitantes, una auténtica broma, sobre todo cuando lo comparamos con **Europa**, donde la **media es de 18**. En total hay colegiados **37.611 psicólogos**, según el INE, de los cuales sólo 3.000 trabajan en la pública. Tan poquitos, que todo el que puede permitírselo se va directamente a uno privado.

¿Quiénes van al psicólogo? Según el barómetro del CIS sobre **salud mental** realizado en 2021, quienes se autoidentificaban como de **clase social alta** fueron los que acudieron en mayor medida al psicólogo o al psiquiatra, en concreto, desde el inicio de la pandemia, un 8,3%, frente a un 5,9% de quienes se alineaban con las clases más modestas. Claro que, si hemos de creer al **Informe Anual del Sistema Nacional de Salud** (SNS) 2020-2021, pocos fueron, ya que, según dicho documento, el **29% de los españoles** padece

algún trastorno de salud mental. ¿Que qué nos pasa? El 74,6% de ese porcentaje padecería ansiedad, el 60,7% insomnio y el 41,9% depresión.

Pero no solo eso. También vamos al psicólogo, como Elena (nombre figurado, madrileña, 35 años) para resolver temas que no son de tanto calado como los anteriores: "No es que estuviera en un momento muy crítico, digamos que necesitaba **encontrarme a mí misma**. Pero empecé a tener la impresión de que las soluciones a mis problemas las podía encontrar yo, o hablando con un amigo. También estaba el estigma de la derrota. Me suponía un problema reconocer ante mí misma que iba al psicólogo, así que dejarlo, después de seis sesiones, fue un alivio. En cierto modo fue decepcionante. Esperaba más consejo, no tener ser yo quien se abriera. Además, creo que abrirte no siempre ayuda...".

Y si no, siempre puedes empastillarte

Si no puedes pagarte un profesional que te ayude siempre puedes desembolsar 1,72 euros al mes, que es lo que cuesta, con receta (aportación normal), una caja del famoso Orfidal (50 comprimidos), la marca de **benzodiazepinas** más vendida en España. Aquí nos hemos aficionado tanto a las benzodiazepinas, (un psicotrópico con muchas variantes y decenas de marcas comerciales) que la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ha señalado a **España** como el país del mundo donde se **consumen** legalmente en **mayor cantidad**.

Y así, un medicamento cuyo uso se recomienda para periodos cortos de tiempo -dos, tres semanas- en nuestro país se toma, y con receta médica, a menudo de forma ininterrumpida y ¡durante años! Y mira, el Orfidal puede sentar de miedo, pero tiene unos efectos secundarios que ríete tú de algunas drogas ilegales: genera **adicción**, puede inducir **amnesia**, empeorar **cuadros depresivos**, enmascarar tendencias suicidas... O eso cuenta su propio prospecto.

¿Tiene justificación todo lo anterior, la supuesta epidemia de trastornos de salud mental, las alarmantes cifras de consumo de diazepam, lorazepam, clonazepam...? ¿O es que se nos ha olvidado cómo bregar con nosotros mismos sin ayuda externa (a lo que parece apuntar un estudio realizado por Aegon según el cual !nueve de cada 10 españoles! considera que en el último año ha sufrido algún síntoma de depresión y ansiedad)?

Para **Antonio Cano Vindel**, una eminencia en la materia, catedrático de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, lo que indican estos datos "es que **algo estamos haciendo mal** cuando las benzodiacepinas se desaconsejan en las guías de práctica clínica que resumen la evidencia

científica, países como **Alemania** ayudan a los consumidores de estos fármacos a **abandonar su consumo** aplicando técnicas de deshabituación a las drogodependencias, mientras que en España se trata del psicofármaco más consumido, y **su consumo aumenta** todos los años". "Por supuesto", añade, uno de los errores que estamos cometiendo "es **no enseñar** desde la escuela y en otras etapas de la vida a **manejar el estrés y los problemas de la vida, la ansiedad** y otras emociones, de manera que cuando surge el malestar emocional, las personas se sienten enfermas, acuden a su centro de salud donde normalmente no hay psicólogos, y los médicos, que están desbordados y solo tienen unos minutos para hablar, prescriben benzodiazepinas **sin advertir de sus riesgos**".

La inquietante medicalización de la normalidad

Más lejos todavía, con dimensión best-seller, diríamos, se posiciona el polémico psiquiatra, investigador y escritor **Allen Frances**. En 2018 publicó su libro '**¿Somos todos enfermos mentales?**' (ed. Ariel) donde acuñaba y analizaba la 'medicalización de la normalidad' basada, según su opinión, en **modas psiquiátricas**, a las que acusaba de generar un **sobrediagnóstico** sistemático de **enfermedades mentales**. "No toda la tristeza es un trastorno depresivo mayor como quieren hacernos creer. No todas las preocupaciones son un trastorno de ansiedad generalizada", se quejaba, en una entrevista a 'CuerpoMente', donde, como en su libro, culpaba a las **farmacéuticas** de ser parte interesada en el ascenso vertiginoso de los diagnósticos de depresión o ansiedad.

Ojo, acusaba a las farmacéuticas, pero no solo a ellas. También aseguraba Frances que la redefinición, como trastorno mental, de experiencias que eran parte de la vida cotidiana "ha sido muy útil para algunas personas que se sienten **consoladas** al tener un **diagnóstico** y dejan de sentirse confundidas, solas y condenadas al sufrimiento". Y advertía de que muchas de ellas "son diagnosticadas por **conflictos temporales** que probablemente mejorarían por sí solas sin necesidad de fármacos".

El (nuevo) boom de la autoayuda... que no ayuda

Esos 'manuales de instrucciones de ti mismo' que son hoy los libros de **autoayuda** mueven, tan solo en España, alrededor de **30 millones de euros al año**, el 10% del negocio de la categoría de libros de no ficción. Con la pandemia, las ventas de este tipo de literatura se dispararon, como era de esperar. De hecho, según un estudio de Idealo, la demanda de libros de

autoayuda llegó a **aumentar en un 512%** durante esa época. Dichosos los gurús.

Cano Vindel cree que la autoayuda forma parte de una explosión de '**remedios de la abuela**', negocios que desde su punto de vista surgen como respuesta a la desatención a la salud mental, "en forma de libros de autoayuda, terapeutas sin titulación, youtubers, especialistas en coaching, vendedores de la felicidad permanente, etc., como alternativa al tratamiento de los problemas emocionales y de la salud mental".

Para **Edgar Cabanas**, psicólogo, investigador en la Universidad Camilo José Cela y en el Centro de Historia de las Emociones del Instituto Max Planck de Berlín, autor junto con **Eva Illouz** de 'Happycracia: Cómo la ciencia y la industria de la felicidad controlan nuestras vidas' (Paidós), la obsesión por el análisis y escrutinio constante de uno mismo que caracterizan nuestra sociedad actual "es sintomático de un extendido discurso sobre la **felicidad** que promueve la **creencia** de que el **bienestar** y el **sufrimiento**, el **éxito** o el **fracaso**, la salud y la enfermedad **dependen** principalmente de **cada cual**: de la fuerza de voluntad, de la elección personal, del esfuerzo particular y del cambio individual. Dirigimos el foco a nuestro interior porque creemos que es donde se halla la causa de nuestros problemas, así como su solución. Sin embargo esto es erróneo, y aunque en principio pareciera que hacer depender nuestra felicidad de nosotros mismos es una forma de empoderarnos, la ironía es que nos hace más **vulnerables**, pues no nos deja otra opción que **culparnos a nosotros mismos** por toda forma de **frustración, angustia o insatisfacción**".

En la misma línea se desarrolla el apocalíptico discurso de **Marian Donner** en 'Manifiesto en contra de la autoayuda' (Cúpula). "Los problemas se han privatizado", nos dice. Y explica que "lo que la industria de la **autoayuda** ofrece no es más que un montón de **trucos, colchones y 'consejitos del día'** que te enseñan a aguantar más. Todo para que participes mejor en este juego y te olvides de lo incomprendible que es el mundo en realidad. Para que aprendas a gestionar tu ira y tus miedos mientras aguantas lo inaguantable".

Cursos baratos y retiros caros para aprender felicidad

"Por solo 180 euros. Aprende las técnicas de meditación y movimiento consciente para reducir el estrés, la ansiedad, mejorar el estado de ánimo y gestionar las emociones" (a ver, si es verdad que aprendes todas esas cosas por tan poco dinero, los psicólogos y psiquiatras deberían quedarse todos en el paro ya). Otra de las grandes tendencias en materia de remedios contra la

insatisfacción es llenar el tiempo libre de **cursos** -presenciales u online- de programación neurolingüística, **mindfulness, meditación**, crecimiento personal o kundalini yoga... Y si de verdad manejas pasta te verás sin duda seducido por el fabuloso universo de los **retiros de lujo**, donde harás **turismo detox**, al llegar a tu destino se quedarán con tu móvil, y en vez de wifi, como en el Mandarin Oriental de Nueva York, te someterás a sesiones de meditación, masajes, baños relajantes con shungita (un mineral que, supuestamente, protege de las radiaciones electromagnéticas)...

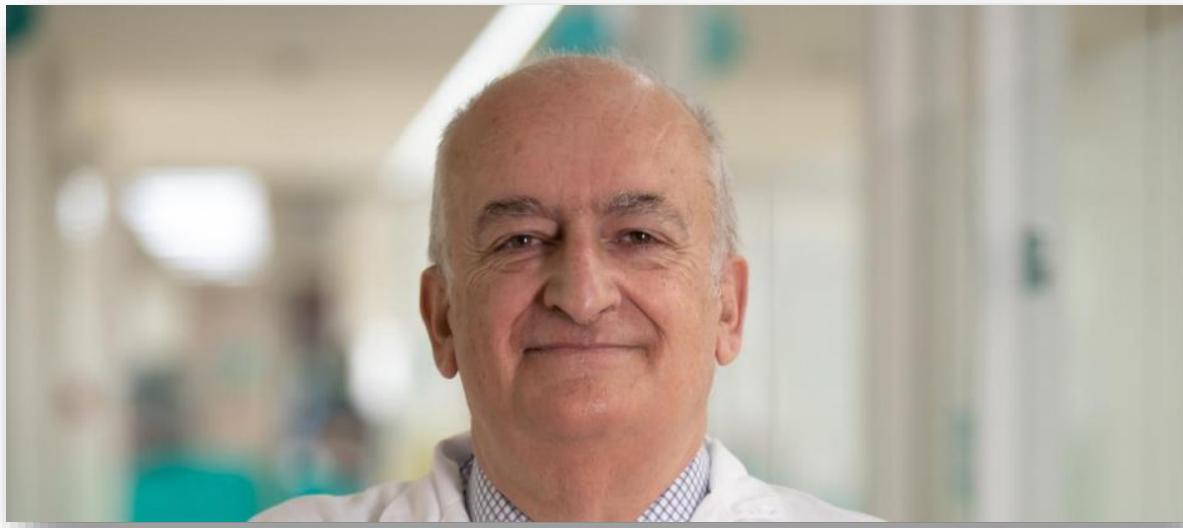
Todo este entramado de **remedios** contra el **malestar psicológico** que va desde el Orfidal a 1,75 euros la caja hasta los **4.800 euros** que te puede costar una semana de retiro en un conocido **hotel de lujo en Mallorca**, ha acabado convirtiéndose en una industria que, explica Edgar Cabanas, "se nutre del malestar generalizado y de ofrecernos soluciones simplonas e individuales a problemas que en realidad no son ni lo uno ni lo otro. En la sociedad de la inmediatez no solo queremos soluciones rápidas a nuestro malestar, sino que creemos que existen tales soluciones". Sin embargo, en el mejor de los casos, explica el experto, lo único que nos ofrece esa industria son "parches para esos problemas", y en el peor, "desvían nuestra atención de donde verdaderamente hay que poner el foco: en las condiciones que generan y mantienen estos problemas. Sin embargo, si a pesar de todos los estudios, datos y conocimiento que tenemos al respecto seguimos creyendo que hay soluciones fáciles, rápidas e individuales a problemas que en realidad son complejos y de origen social, lo único que se me ocurre decir es que lo creemos porque es lo que queremos oír, aunque no sea lo que nos venga bien escuchar".

¿Estamos buscando en la dirección equivocada?

Desde luego que muchos problemas psicológicos necesitan tratamiento, quién podría negar eso. Lo que sugieren los expertos consultados es, sencillamente, que no se está actuando sobre lo que se debería actuar. Donde Cano Vindel ve la **necesidad** imperiosa de **prevención** y **formación emocional**, Edgar Cabanas pone el foco no en lo individual, sino en lo social: "La salud mental es, principalmente, un **problema social**. Social en, al menos, dos sentidos: en que la salud mental de cada individuo es un problema que afecta a la sociedad en su conjunto y en que los problemas de salud mental (como la ansiedad, la depresión o el estrés) tienen una causa social más que individual. No es casualidad que el aumento de aspectos como la precariedad laboral (cuya relación está bien establecida) o la incertidumbre económica hayan venido acompañados de un incremento de síntomas depresivos y de una disminución del bienestar a nivel generalizado".

La mayor atención que en la actualidad le prestamos a la salud mental debería hacernos poner el foco en esos determinantes sociales, explica Cabanas, ya que de lo contrario, "caeremos en la trampa de **patologizar**, **medicalizar** e individualizar los **problemas estructurales** en pro de un **reduccionismo** que en la práctica estigmatiza y responsabiliza a las personas de su sufrimiento, lo cual es contraproducente". Al final, a lo mejor lo que tenemos que hacer es convenir con la rupturista Marian Donner en que "lo que necesitamos no son pastillas, yoga o diarios de gratitud, sino darnos cuenta de que nosotros no somos el problema. Si sientes que no encajas en el mundo, decía **Virginia Woolf**, quizá no deberías preguntarte qué problema tienes tú, sino qué problema tiene el mundo". Pues eso, ¿qué problema tienes, hijo?

El doctor Gándara, de cuidados paliativos: «Eutanasia y muerte digna no son lo mismo»⁷⁰



Álvaro Gándara del Castillo es el coordinador de la unidad de Cuidados Paliativos de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid Twitter @agandara

Clara González, 08/10/2022

Se estima que en España mueren cada año casi 80.000 personas sin tener el acceso que necesitarían a **cuidados paliativos**. «Si no se invierte en ello, al final los enfermos mueren mal y mueren con alto coste», afirma el doctor **Álvaro Gándara del Castillo**, coordinador de la Unidad de Cuidados Paliativos de la Fundación Jiménez Díaz⁷¹ de Madrid.

Frente a este panorama de la medicina paliativa, que no cuenta con reconocimiento oficial en España, **se posiciona la eutanasia** y su ley aprobada el 24 de marzo de 2021, llamada por algunos también muerte digna, pero no por Gándara quien defiende que la muerte digna es «la que un paciente tiene cuando muere acompañado de sus familiares, sin dolor, sin síntomas, en el sitio donde elige».

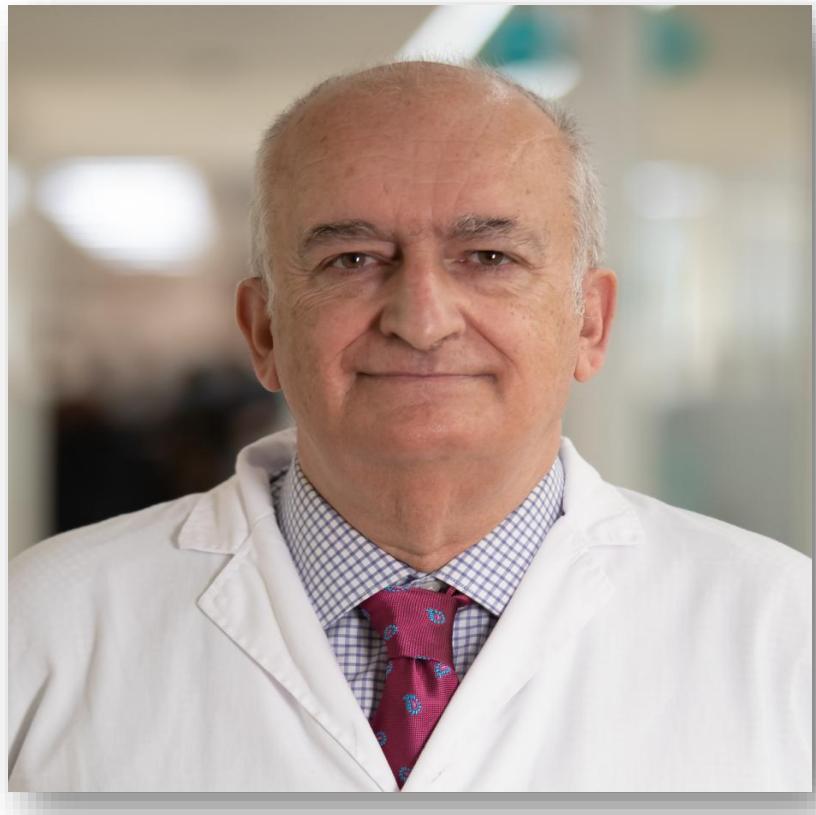
⁷⁰https://www.eldebate.com/familia/20221008/doctor-gandara-paliaivos-eutanasia-muerte-digna-no-mismo_64852.html

⁷¹<https://www.fjd.es/>

-¿En qué situación se encuentran hoy los cuidados paliativos?

—La situación es la misma ahora que en los últimos 20 años. No tenemos todavía ni especialidad ni subespecialidad, ningún tipo de acreditación por parte del Ministerio como disciplina médica, como sí ocurre en todos los países de Europa. España es el único país del continente que no tiene ninguna vía de acreditación. El porcentaje de cobertura también es el mismo que hace 20 años, no llega al 50 %. La mitad de los pacientes mueren sin atención paliativa. La formación en las universidades no cumple el criterio del plan Bolonia de la Unión Europea, en la que la asignatura de Medicina Paliativa es obligatoria en el grado y solo la cumple en seis facultades de 45. Este es el panorama, el mismo desde hace años.

En su ponencia en el congreso de bioética el doctor Gándara ha incidido en la necesidad de apoyar los cuidados paliativos. Miguel Mesas



-¿Qué es lo que necesita una persona en sus últimos momentos?

—Ser cuidados y atendidos por expertos en su problema. Cuando una persona llega al final de su vida, sobre todo por una enfermedad crónica avanzada, irreversible, no por una enfermedad aguda, no por una sepsis o una infección, lo que hace falta es atención médica específica y que intente salvar la vida del paciente. Pero la mayoría morimos previa situación de cronicidad avanzada de

enfermedad que produce muchos síntomas, mucho impacto en la familia y en el propio paciente. Lo que hace falta es ser atendido por un equipo multidisciplinar como son los paliativos, que atienda todos los aspectos del sufrimiento. Esto está reconocido en la cartera del Servicio Público de Salud y se supone que los cuidados paliativos deberían estar disponibles para todos, igual que la cardiología, la cirugía o cualquier otra especialidad. Pero no está garantizado.

–La estimación aproximada es que cada año mueren 80.000 personas en España sin recibir cuidados paliativos.

–Cada vez más, porque las personas tienen una media de vida mucho más alta y a medida que va envejeciendo la población, se va llegando al final de la vida con más enfermedades. Es un lento proceso de morir. Esto es algo que tampoco quieren ver nuestras autoridades. Se trata a un paciente de 90 años con cuatro o cinco enfermedades avanzadas en un hospital que no está preparado para ello, sino para curar enfermedades, para alta cirugía, para diagnóstico de alta resolución... A estos pacientes hay que tratarlo, sobre todo en casa y si no en centros de paliativos, en hospicios, donde se les cuide y se les acompañe.

Los enfermos mueren mal y mueren con alto coste

Álvaro Gándara del Castillo. Coordinador de la unidad de Cuidados Paliativos de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid

–¿En qué consisten los paliativos como especialidad médica? ¿En curar o acompañar?

–Sobre todo, en los síntomas del dolor, el ahogo, la falta de apetito, el cansancio y todos los problemas psicológicos que acompañan la cercanía de la muerte. Estos síntomas pueden causar estragos en la estructura cuidadora y necesitan ser abordados por equipos que formados por trabajadores sociales, psicólogos, médicos, enfermeros, etcétera. Esto es lo que no hay. Esta estructura que ha demostrado eficiencia, que además ahorra dinero al sistema público de salud, porque es mucho más barato que la alta cirugía y que equipos sofisticados de diagnóstico y tratamiento. Si no se invierte en ello, al final los enfermos mueren mal y mueren con alto coste.

LEY DE LA EUTANASIA

Sanidad saca pecho por una ley que mata ya a un español cada 24 horas

María Fernández⁷²

–Desde que se aprobó la ley de la eutanasia, hasta el primer semestre de 2022 se han producido 180 de ellas, que equivale a la muerte de un español al día.

–Eso es lo que ha dicho la comisión. El valor de esta cifra es hacia dónde nos conduce. Esto empezó en Holanda, en Bélgica, los países donde se despenalizó. Puedo garantizar que de aquí a 5 o 6 años, estaremos hablando de miles de pacientes al año, como está pasando allí. Nunca pensamos que nos pueda pasar a nosotros, ni los posibles pacientes que puedan pedirla, ni los médicos que tengan que practicarla. Al final, los supuestos para los que se puede solicitar la eutanasia se van volviendo cada vez más laxos. En Holanda ahora mismo se puede solicitar la eutanasia si eres mayor de 75 años y estás cansado de vivir. La sociedad va admitiendo cada vez más supuestos para solicitarla y además la sociedad ve bien que una persona que puede ser una carga familiar o para el estado, y encima puede ser donante de órganos, pues parece que es muy solidaria con los problemas de la sociedad.

–Sobre esta laxitud de los supuestos, ¿cree que puede que llegue el momento en el que se deje de contemplar la necesidad de un comité para evaluar cada caso?

–Para eso habría que modificar la ley. Es un problema de ingeniería social. Si la gente cree que los médicos hacemos bien practicando la eutanasia y confían en nuestro criterio médico, ¿para qué va a haber una comisión? Tampoco hay una comisión de garantías para las apendicectomías, o en un parto por cesárea. Tenemos nuestra responsabilidad como médicos y tenemos que acogernos a la buena práctica médica. Cuando la eutanasia esté incluida, que ya lo está legalmente, pero si no en los códigos deontológicos y éticos como una buena práctica, la gente no pensará que el médico está haciendo ningún mal.

Parece ser que la única forma digna de morir es cuando te aplican una eutanasia. Álvaro Gándara del Castillo. Coordinador de la unidad de Cuidados Paliativos de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid

⁷² https://www.eldebate.com/sociedad/20221002/darias-honra-ley-eutanasia-aprobo-ministerio-realizado-180-ejecuciones_63427.html

-¿Cree usted que existe una alternativa para esos pacientes que creen que no hay otra salida?

—Primero hay que estudiar por qué esa persona está sufriendo. A nosotros muchos pacientes nos dicen que se quieren morir. Lo llamamos deseos de adelantar la muerte. La mayoría de las veces esos deseos si se estudian y le pones solución, el paciente retira la petición. El paciente no quiere morir con dolor, sin familia, sin cariño, sin atención médica ni social. Lo que necesita es un equipo de paliativos que le quite los problemas físicos y emocionales. A lo mejor no hace falta una ley, simplemente una mirada compasiva desde el punto de vista jurídico en el que un juez pueda dar, con la opinión de expertos, una eutanasia puntual para esa persona, pero no hacer una ley que convierta morir en un derecho, el morir a causa de una droga letal inyectada por un profesional. Esto es un disparate absoluto.

—Muerte digna o suicidio asistido, ¿qué se esconde tras estos eufemismos?

—Esto ha sido una ingeniería social muy bien hecha durante muchos años, yo diría que casi dos décadas, el asociar la muerte digna a la eutanasia. Parece ser que la única forma digna de morir es cuando te aplican una eutanasia, cuando tú pides y eliges el momento de la muerte. Esto es un engaño. Entonces, la muerte digna para mí es la que un paciente tiene cuando muere acompañado de sus familiares, sin dolor, sin síntomas, en el sitio donde elige y en el momento en el que los tratamientos ya no son efectivos, se van retirando y se carga la mano sobre el cuidado y el acompañamiento. No es lo mismo eutanasia que muerte digna, porque digna se puede conseguir de otras maneras, la principal de ellas, con unos buenos cuidados paliativos y un buen cuidado en el paciente al final de la vida

Día Mundial de los Cuidados Paliativos

- [Sanidad confirma 180 eutanasias en el primer semestre del año](#)
- [La ley de cuidados paliativos, una alternativa a la eutanasia que no llega a los pacientes terminales](#)

A 30 años de la CONBIOÉTICA: logros y desafíos en México⁷³

México requiere de un impulso constante en todos los niveles de atención, empezando por los pacientes y siguiendo por los profesionales de la salud, así como los académicos y estudiantes, para reconocer la necesidad práctica de la Bioética.

Por María Elizabeth de los Rios Uriarte

[@bioeticaunam](#)

12 de octubre, 2022

Quedó plasmado en el cuarto informe de gobierno⁷⁴ que en México hay Bioética y está liderada por la Comisión Nacional de Bioética⁷⁵ (CONBIOÉTICA), la cual se ha encargado de llevar la postura del país a foros nacionales e internacionales donde se debaten temas álgidos en torno a acciones éticamente desafiantes como la inteligencia artificial, la distribución de recursos durante emergencias sanitarias, la toma de decisiones en pacientes pediátricos, el internamiento involuntario de pacientes psiquiátricos, etcétera.

Más allá de este contexto, es oportuno reconocer la labor y el esfuerzo que dicho organismo ha venido realizando desde su fundación en 1992 con el doctor Manuel Velasco Suárez⁷⁶, con lo cual ahora cumple 30 años de trabajo arduo y continuo para construir una cultura de la Bioética en México. La CONBIOÉTICA se ha encargado de incorporar la educación y la reflexión ética en la toma de decisiones clínicas y en los procesos de desarrollo científico y técnico, sobre todo cuando pueden conllevar graves riesgos para la humanidad. En estos temas la Bioética juega su papel para ayudar a orientar esta reflexión mediante la deliberación y aplicación de sus principios⁷⁷.

Los 30 años de trayectoria y profesionalismo de la CONBIOÉTICA han tenido frutos muy valiosos en el terreno de la salud. Por un lado, se ha incluido la materia de Bioética en los planes de estudio de las carreras de Medicina en algunas universidades, tanto privadas como públicas, y en casi toda

⁷³<https://www.animalpolitico.com/una-vida-examinada-reflexiones-bioeticas/a-30-anos-de-la-conbioetica-logros-y-desafios-en-mexico/>

⁷⁴<https://www.gob.mx/salud/documentos/cuarto-informe-de-labores-2022>

⁷⁵<https://www.gob.mx/salud/conbioetica>

⁷⁶<https://www.gob.mx/salud/conbioetica/articulos/30-anos-30-documentos-historicos-conbioetica-300318>

⁷⁷<https://www.bioeticaweb.com/concepto-de-bioactica-y-corrientes-actuales/>

la República Mexicana⁷⁸ hay diversas universidades y centros que imparten desde especialidad hasta doctorados en Bioética. Al mismo tiempo, la Comisión logró que en 2011 se modificaran el Artículo 41 bis y el 98 de la Ley General de Salud⁷⁹, para exhortar a las instituciones de atención médica hospitalaria a crear Comités Hospitalarios de Bioética que fueran esencialmente interdisciplinarios y cuyos miembros tuvieran formación en la materia. Esto representó un hito respecto a la difusión del conocimiento bioético en nuestro país.

La CONBIOÉTICA también se ha encargado de generar oportunidades y nichos de formación y de reflexión en diversos temas, con el propósito de expandir el conocimiento bioético⁸⁰ y generar reflexiones que mejoren la atención técnica brindada y ayuden a alinearla a los principios de la Ética Médica, para que ésta se fortalezca con una atención humana e integral que procure poner a la persona humana y su dignidad en el centro de la toma de decisiones.

Ha sido, en definitiva, de gran alcance e invaluable la labor de la CONBIOÉTICA, a la que le agradecemos y reiteramos nuestro apoyo los bioeticistas de México.

Hoy podemos mirar atrás y reconocer el camino andado, pero también es necesario mirar hacia el futuro y darnos cuenta de que aún hay mucho por hacer: en el terreno médico, México requiere de un impulso constante en todos los niveles de atención, empezando por los pacientes y siguiendo por los profesionales de la salud, así como los académicos y estudiantes, para reconocer la necesidad práctica de la Bioética. Ésta no es un mero saber teórico sino, ante todo, una práctica que debe y puede llegar a la cama de los pacientes para, desde ahí, transformar su enfoque y ayudar en su toma de decisiones.

Para ello hay que procurar, en primer lugar, que los pacientes conozcan la existencia de los Comités Hospitalarios de Bioética y sepan que pueden y tienen derecho a consultarlos. En segundo lugar, que todos entendamos que los bioeticistas estamos para ayudar a pensar y reflexionar sobre los mejores cursos de acción que puedan beneficiar a todos los involucrados (pacientes, familiares y médicos); que no vamos a señalar, castigar o sancionar porque nuestra función es de apoyo, no de vigilancia. Y en tercer lugar, impulsar que la del bioeticista⁸¹ sea una profesión reconocida y remunerada, es decir, que haya puestos específicos y con un sueldo determinado para bioeticistas en las

⁷⁸ <https://www.gob.mx/salud/conbioetica/articulos/oferta-academica-en-bioetica-276001>

⁷⁹ https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5224260&fecha=14/12/2011#gsc.tab=0

⁸⁰ <https://www.gob.mx/salud/conbioetica/es/videos/el-centro-del-conocimiento-bioetico-cecobe>

⁸¹ <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/bioeticista-que-se-dedica-este-profesional>

instituciones de salud. Con ello, ayudaremos al futuro ejercicio profesional de los estudiantes de esta disciplina y mejoraremos nuestras instituciones hospitalarias, en tanto que se garantizará una atención integral a todas las personas, elevando con ello los estándares de calidad en materia de protección de la salud.

La Bioética se ha vuelto cada día más importante y necesaria. Las bases están puestas, ahora toca reconocer el camino andado y continuar labrando el futuro de la Bioética en México.

* ***María Elizabeth de los Ríos Uriarte*** es licenciada y doctora en Filosofía por la Universidad Iberoamericana y maestra en Bioética por la Universidad Anáhuac México, donde es profesora e investigadora y coordinadora de investigación de la Facultad de Bioética. Asimismo, es Research Scholar de la Cátedra UNESCO en Bioética y Derechos Humanos.

La congelación de ovocitos en España se duplica en la última década⁸²

Por OBSERVATORIO DE BIOETICA UCV|1 septiembre, 2022

Según la Sociedad Española de Fertilidad, el número de ovocitos criopreservados se ha incrementado significativamente desde el 2010 hasta 2019.

En los últimos años, y debido a su precaria estabilidad laboral o sentimental, un número creciente de mujeres ha decidido posponer su maternidad hasta conseguir un puesto de trabajo o una relación estable. Para conseguir ser madres a edades avanzadas muchas de ellas optan por congelar sus ovocitos, que se les son extraídos preferiblemente antes de los 35 años, que es cuando empiezan a perder calidad.

El llamado “social freezing”⁸³ se popularizó en 2015, cuando Facebook y Apple decidieron financiar el tratamiento de extracción y congelación de ovocitos a sus empleadas para que retrasaran su maternidad durante los años que las empresas consideraban más productivos laboralmente.

Según la Sociedad Española de Fertilidad, el número de ovocitos criopreservados se ha incrementado significativamente desde el 2010 hasta 2019.

El proceso de extracción de ovocitos se realiza de la siguiente manera: primero se analiza la reserva ovárica de la paciente y se estimula el crecimiento de los folículos ováricos y la maduración de los ovocitos que, tras la inyección de hormonas y otros fármacos, son extraídos para proceder a su congelación rápida en nitrógeno líquido, proceso conocido como vitrificación.



⁸²https://www.observatoriobioetica.org/2022/09/_trashed/39945?utm_source=mailpoet&utm_medium=email&utm_campaign=que-son-los-cuidados-paliativos-las-enfermedades-cardiovasculares-principal-causa-de-mortalidad-por-enfermedades-no-contagiosas-la-fatiga-el-sintoma-mas-frecuente-de-la-covid-persistente-no-586_2

⁸³<https://www.observatoriobioetica.org/2018/01/social-freezing/21463>

Estos ovocitos, que pueden conservarse durante años manteniendo su viabilidad, se utilizarán posteriormente en técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro o la inyección intracitoplasmática de espermatozoides, para ser fecundados con espermatozoides del padre o de un donante, procediendo posteriormente a la transferencia de hasta tres embriones al útero de la madre gestante.



Debe tenerse en cuenta que las mujeres que recurren a estos procedimientos suelen ser mujeres fértiles, que podrían quedar embarazadas por vía natural y que renuncian a ella para someterse a técnicas de reproducción asistida más adelante, cuando su fertilidad es menor y se incrementan los riesgos durante la gestación por la mayor edad de la mujer. Del mismo modo, y dado que las posibilidades de éxito de estas técnicas son limitadas, la probabilidad de que finalmente sean madres de un hijo nacido sano es inferior a la de un embarazo conseguido por vía natural en una edad más joven.

Numerosos estudios⁸⁴ constatan un incremento de la morbilidad en los niños nacidos mediante técnicas de reproducción asistida respecto a los nacidos por vía natural, dato que debería facilitarse en todo caso a las mujeres candidatas para permitirles adoptar una decisión correctamente informada.

Además, se trata de un tratamiento costoso, pues la extracción cuesta unos 2.500 euros y la medicación unos 1.500. A esto debe sumarse el importe derivado de la necesidad de repetir el proceso en numerosas ocasiones cuando no se obtiene el resultado esperado, por lo que ese presupuesto podría llegar a duplicarse. Por esa razón, el acceso a estas técnicas parece restringido a mujeres con un perfil socio-económico medio-alto.

⁸⁴ <https://www.observatoriobioetica.org/2015/05/ninos-fiv-tienen-riesgos-medicos-mayores/7875>

The Lancet tilda de fracaso global la gestión mundial de la COVID-19⁸⁵

Por OBSERVATORIO DE BIOETICA UCV, 28 septiembre, 2022|



El pasado 14 de septiembre, la prestigiosa revista “The Lancet” publicó un artículo “Lessons for the future from the COVID-19 pandemic”⁸⁶ definiendo la respuesta mundial a la **COVID-19**⁸⁷ como “un enorme fracaso global a múltiples niveles”. Ante esta publicación, la OMS ha respondido afirmando que el informe presenta “omisiones” y “malas interpretaciones”.

⁸⁵ https://www.observatoriobioetica.org/2022/09/the-lancet-tilda-de-fracaso-global-la-gestion-mundial-de-la-covid-19/40120?utm_source=mailpoet&utm_medium=email&utm_campaign=que-son-los-cuidados-paliativos-las-enfermedades-cardiovasculares-principal-causa-de-mortalidad-por-enfermedades-no-contagiosas-la-fatiga-el-sintoma-mas-frecuente-de-la-covid-persistente-no-586_2

⁸⁶ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01585-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01585-9/fulltext)

⁸⁷ <https://www.observatoriobioetica.org/?s=COVID-19>

The Lancet afirma que, según los datos estimados de infecciones y muertes por parte del Institute for Health Metrics y Evaluacion de la Salud (IHME), “la asombrosa cifra de muertes es una profunda tragedia y un enorme fracaso global a múltiples niveles”.

A lo largo de la publicación, The Lancet hace referencia a las diversas deficiencias cometidas por parte de los diferentes países. Entre ellas:

- 1) Falta de notificación oportuna del brote inicial de la COVID-19.
- 2) Costoso retraso en reconocer la vía de exposición aérea del SARS-CoV-2 y en aplicar las medidas adecuadas a nivel nacional y mundial para frenar la propagación del virus.
- 3) Falta de coordinación entre países en lo que respecta a las estrategias de supresión.
- 4) Fracaso de los gobiernos para examinar las pruebas y adoptar las mejores prácticas para controlar la pandemia y gestionar los efectos económicos y sociales de otros países.
- 5) Déficit de financiación mundial para los países de ingresos bajos y medios, según la clasificación del Banco mundial.
- 6) Incapacidad de garantizar suministro y distribución equitativa de productos básicos, especialmente para los países de ingresos bajos y medios.
- 7) Falta de datos precisos y sistemáticos sobre las infecciones, muertes, variantes virales, consecuencias indirectas sanitarias...
- 8) Escasa aplicación de los niveles adecuados de las normas de bioseguridad, lo que aumenta la posibilidad de un brote relacionado con los laboratorios.
- 9) Falta de redes de seguridad mundiales y nacionales para proteger a la población vulnerable.

Según las declaraciones de The Lancet, este informe tiene como objetivo primero fomentar y destacar la importancia de la cooperación de los Estados miembros de la ONU, las agencias e instituciones multilaterales, y los procesos multilaterales como G20 y G7 (grupo que conforma países como Argentina,

Australia, Brasil, China, India, México, Rusia, Arabia Saudita, Sudáfrica, Corea del Sur y Turquía...).



De esta manera, pretenden reducir y prevenir futuras amenazas y emergencias globales y alcanzar los objetivos acordados de desarrollo sostenible, derechos humanos y paz; los cuales los gobiernos se comprometieron a perseguir como miembros de la ONU.

Recomendaciones políticas

Por otro lado, el informe presenta unas recomendaciones políticas orientadas principalmente a la cooperación multilateral de la OMS para hacer frente a las crisis sanitarias mundiales, y las inversiones para futuras crisis sanitarias a través de sistemas nacionales de salud, la financiación internacional y la cooperación con las regiones de bajos ingresos.

Según el mencionado artículo, “la falta de ambición en la respuesta mundial a la COVID-19 es como la de otros retos mundiales: la emergencia climática, la pérdida de biodiversidad...”. “Pedimos que todos los países, especialmente los más ricos y poderosos, apoyen, sostengan y refuerzen el trabajo del sistema de la ONU.

Pedimos que se tome conciencia de los beneficios del multilateralismo, la solidaridad, la cooperación y el compromiso compartido con el desarrollo sostenible”.

“Apoyamos firmemente el llamamiento del Secretario General de las Naciones Unidas a favor de una nueva Agenda Común, e instamos a los Estados miembros a participar en su aplicación de forma constructiva y rápida.”



“Animamos a los Estados miembros a enriquecer sus deliberaciones y decisiones con las voces de la sociedad civil, el sector privado, los gobiernos locales, los parlamentos, el mundo académico y los jóvenes, entre otros. Observamos que es oportuno volver a comprometerse con la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁸⁸, la carta moral de la ONU, ya que celebramos su 75º aniversario.”

Réplica de la OMS

Ante las declaraciones del informe, la OMS ha respondido⁸⁹ afirmando que “el informe adolece de varias omisiones e interpretaciones erróneas, especialmente respecto a la emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) y la celeridad y alcance de las medidas adoptadas por la OMS.”

La Organización ha agradecido las recomendaciones: “dado que somos una organización discente, elaboramos un panel con las recomendaciones⁹⁰ derivadas de estas iniciativas, entre otras, para rastrear su aplicación por la OMS y otros organismos”.

⁸⁸ https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

⁸⁹ <https://www.who.int/es/news/item/15-09-2022-who-responds-to-the-lancet-covid-19-commission>

⁹⁰ <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiODgyYjRmZjQtN2UyNi00NGE4LTg1YzMtYzE2OGFhZjBiYzFjIiwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIsImMiOjh9&pageName=ReportSection729b5bf5a0b579e86134>

No obstante, la OMS ha replicado que “la Comisión no transmite el arco completo de la respuesta de la OMS, que fue inmediata, vital y sostenida a lo largo de varios años”; enumerando un listado de fechas clave de su proceder. Además, afirma que “la OMS desempeñó, y sigue desempeñando, una función crucial en la distribución de herramientas contra la COVID-19 entre los países necesitados”, añadiendo que “la pandemia no ha terminado, aunque el final ya se vislumbra, y la OMS mantiene su respuesta, al tiempo que sienta cimientos más sólidos para el futuro”.



Por otro lado, su Director General, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha respondido que la mayor parte de las propuestas ya fueron mencionadas por estudios anteriores, muchas de las cuales “ya se están poniendo en práctica”. Algunas de esas medidas son la puesta en marcha en Berlín del Centro de Información de la OMS sobre Pandemias y Epidemias o el Centro de transferencia de tecnología de ARNm en Sudáfrica, donde se está compartiendo tecnología con 15 países receptores, entre otras. «Queremos señalar que nos preocupan mucho varias cuestiones que no se mencionan en el informe y algunos errores que contiene con respecto a la labor realizada por la OMS. A este respecto, enviaremos a la Comisión una respuesta por escrito», ha afirmado Adhanom.

Sobre la educación sexual y el hipotético derecho de los niños a mantener relaciones sexuales consentidas⁹¹

Enrique Burguete Miguel, Observatorio de Bioética. Instituto Ciencias de la Vida. Universidad Católica de Valencia, 28 septiembre, 2022



El pasado 21 de septiembre, en el seno de la Comisión de igualdad del Congreso de los Diputados, la titular del Ministerio de igualdad del Gobierno de España, Dña. Irene Montero Gil, hizo unas polémicas declaraciones respecto de la nueva ley de derechos sexuales y reproductivos impulsada por su Ministerio. A continuación, se reproducen literalmente sus palabras, respetando reiteraciones y construcciones gramaticales confusas al objeto de evitar la adulteración de su contenido.

⁹¹ https://www.observatoriobioetica.org/2022/09/sobre-la-educacion-sexual-y-el-hipotetico-derecho-de-los-ninos-a-mantener-relaciones-sexuales-consentidas/40108?utm_source=mailpoet&utm_medium=email&utm_campaign=que-son-los-cuidados-paliativos-las-enfermedades-cardiovasculares-principal-causa-de-mortalidad-por-enfermedades-no-contagiosas-la-fatiga-el-sintoma-mas-frecuente-de-la-covid-persistente-no-586_2

La ministra, en su alocución en respuesta a la intervención de los portavoces parlamentarios en la Comisión, afirmó que:

“La educación sexual (que) es un derecho de los niños y de las niñas (...) independientemente de quienes sean sus familias, porque todos los niños, las niñas, les niños de este país tienen derecho, tienen derecho a conocer su propio cuerpo, a saber que ningún adulto puede tocar su cuerpo si ellos no quieren, si ellos no quieren, y que eso es una forma de violencia.

Tienen derecho a conocer que pueden amar y tener relaciones sexuales con quien les de la gana, basadas -eso sí- en el consentimiento. Y esos son derechos que tienen reconocidos”.

Mal haría este Observatorio -que no es un Observatorio sociopolítico sino bioético- en iniciar una deriva hacia la crítica política. Sus años de investigación sostenida, divulgación y estudio científico acreditado en ámbitos tales como la Biología, la Genética, la Biotecnología, la Filosofía, la Antropología, la Medicina o el Derecho, no pueden sustanciarse, en lo que constituiría un claro ejercicio reduccionista, en la crítica a declaraciones políticas emitidas por quien, para el ejercicio de su cargo, no se ha valido de un currículum científico o académico de altura. Este Observatorio, como siempre quiso su fundador -y como quieren también sus dignos sucesores- difunde, discute, complementa o corrige las aportaciones a la Bioética que provienen de Universidades y publicaciones punteras, no de populismos o corrientes ideológicas.

No obstante, el autor de esta brevería asume con sentido de la responsabilidad el encargo recibido de revisar, desde un paradigma bioético razonado, las declaraciones precedentes. Y lo hace porque, quien las emite, tiene el potencial de concretar el contenido de las mismas en leyes y políticas que podrían despreciar la dignidad del menor, bien interfiriendo en su naturaleza biológica y psicológica, bien contribuyendo a su deterioro moral en las fases más vulnerables de su desarrollo personal.

Sin más preámbulo, procedo a la crítica:

A. Sobre su apelación al derecho a la educación sexual de los menores

En su intervención, la titular del Ministerio de igualdad reitera que los menores tienen derecho a la **educación sexual**⁹². Y en efecto lo tienen. Sin embargo, la señora ministra olvida que este derecho se enuncia de un modo más amplio y complejo a como ella lo hace. A lo que los niños tienen derecho es, en sentido

⁹² <https://www.observatoriobioetica.org/2016/04/guerra-contra-ninez-documental-educacion-de-sexualidad-ninos/13485>

estricto, a ser educados -también en materia sexual- por sus padres o tutores y no por un Estado cuya principal encomienda es la de contribuir al pleno ejercicio del deber educativo de los padres mediante la organización y dotación de un sistema educativo, universal, gratuito y de calidad.

Por más que la acción educativa de la familia se ejerza de un modo informal, espontáneo y natural, los padres son los primeros responsables de la educación de sus hijos y su derecho/deber sobresale por encima del de otros grupos o personas, incluida la escuela o el Estado. Porque la familia es anterior al Estado, que la presupone. De hecho, la persona se incorpora a la sociedad política desde la familia y por la familia y no al revés. La educación familiar, en consecuencia, es una obligación moral de los padres y un derecho del hijo, que necesita de ésta para fijar las aspiraciones, valores y motivaciones personales que le conducirán a la plenitud personal.

Una correcta educación familiar, en efecto: a) promueve el adecuado desarrollo personal de sus miembros; b) permite la elaboración de una escala de valores y la adhesión a las normas de conducta que conducen a su realización personal; y c) promueve un adecuado desenvolvimiento social. Sólo cuando el entorno familiar es disfuncional, por razones patológicas o psicosociales, el Estado puede asumir subsidiariamente la misión de orientar la construcción de la personalidad del menor. Pero, en ningún caso, puede apelarse a los valores políticos dominantes ni a la ley para permitir que el Estado desplace a la familia de esta función.



Porque el Estado está al servicio de las familias –epicentro educativo

donde se forma la sociedad⁹³ – y porque la ley no es justa por el mero hecho de ser ley. Esto, que se cumple siempre cuando el legislador es injusto, también se cumple cuando la ley apela a la construcción de una comunidad de valores. Desgraciadamente, la historia del siglo XX ha dejado constancia de las atrocidades cometidas en nombre de los más altos valores secundados por la voluntad popular o por la acción de legisladores «iluminados» que creyeron representar el fin y culminación de la historia del hombre. El Tercer Reich, sin ir más lejos, fue una «comunidad de valores» (nación, raza y salud) que se elevaron por encima de los Derechos Humanos. También el marxismo entendió el Estado como una agencia de valores supremos⁹⁴. Del mismo modo, los Estados democráticos pueden devenir en tiranías cuando emplean las instituciones del Estado para boicotear determinadas convicciones morales, que son legítimas, o para suplantar a las familias en su tarea educativa.

Los niños, en definitiva, tienen derecho a ser educados; pero a ser educados por sus familias, no por la titular de un Ministerio cuyo acceso al cargo devino de la cesión de un gobierno que, por su debilidad, necesitó ceder cuotas de poder a un grupo parlamentario minoritario cuyas ideas populistas no representan al conjunto de la población ni tienen un adecuado sustento intelectual. Por su condición de personas, tienen derecho a ser educados y no «domesticados», «adoctrinados» o conformados a un determinado ideal político. Y la familia, de un modo primario e insustituible, es garante y protectora de este derecho.

B. Sobre el derecho a conocer el propio cuerpo

El conocimiento del cuerpo propio se sustancia en la asunción de su carácter sexuado, así como de sus capacidades y límites. Un conocimiento que acontece en el contexto de las interrelaciones familiares y de la orientación psicoafectiva, moral y espiritual recibida de los padres con el auxilio del conocimiento científico (anatomía, biología, genética, etc.). A lo que el menor tiene derecho, en definitiva, es a la protección que le brinda su familia para que nadie le confunda en el camino que conduce a esta asunción que sucede, de un modo natural y secuencial, a lo largo de la infancia y la adolescencia. Al desarrollo de su personalidad psico-corpórea, espiritual y social, en el seno de esa relación social básica que, en la esfera de una intimidad que se abre a la comunidad social y que tiene como herramienta propia el don y la entrega desinteresada, pone en contacto los sexos y las generaciones⁹⁵; de esa relación

⁹³ Parada Navas, J. L. (2010). La educación familiar en la familia del pasado, presente y futuro. *Educatio Siglo XXI*, 28(1), 17–40

⁹⁴ Spaemann, R., & Llano, A. (2004). Europa: ¿Comunidad de valores u ordenamiento jurídico? / El carácter relacional de los valores cívicos. Madrid: Fundación Iberdrola.

⁹⁵ Ros Codoñer, J. (2018). La familia como relación social. *Correlatos* 1(1), 11-41

que constituye la familia, entorno amoroso donde el menor se descubre a sí mismo como hombre o como mujer, como hijo y como hermano, como corresponsable de sí mismo y de los demás, ante sí mismo y ante los demás.

La asunción del propio cuerpo reclama, pues, el acompañamiento educativo y amoroso de la familia. Y ello porque, ya desde niños, al tiempo que experimentamos una profunda unidad con nuestro cuerpo percibimos, también, que no somos «idénticos» a él. De alguna manera, sabemos que «somos» nuestro cuerpo (pues el dolor o placer en el cuerpo se experimenta como dolor o placer propio), pero nos relacionamos con nuestro cuerpo como con algo que «tenemos» aunque nunca del todo, pues también sentimos que su peso, decadencia y otras leyes naturales se mueven, a menudo, al margen de nuestra voluntad.

Precisamente por ello, algunas antropologías han llegado a postular la coexistencia en el hombre dos instancias que están vinculadas entre sí y se ven obligadas a vivir juntas (cuerpo y alma; materia y espíritu; *res extensa* y *cogito*; «ser en sí» y «ser para sí». Se trata de las antropologías dualistas que, como la titular del Ministerio de Igualdad, aspiran a conformar en los niños la idea de que la conciencia prevalece sobre la materia; la idea de que, en ocasiones, la conciencia habita un cuerpo equivocado.

Sin embargo, en la experiencia ordinaria, las personas nos percibimos espontáneamente como el sujeto único de nuestras acciones intelectivas y de nuestras acciones corporales. De alguna manera, «lo que» se desarrolla, crece y camina, es también «quien» piensa, reflexiona y ama. La materia y la conciencia, lo objetivo y lo subjetivo de nuestra naturaleza no existen como seres independientes, sino que son aspectos del mismo compuesto vivo. Y, en consecuencia, el conocimiento del cuerpo es asunción del propio ser en su naturalidad y no emoción sugerida por la reacción psicológica tras la palpación del cuerpo propio o de cuerpos ajenos para establecer similitudes, diferencias o preferencias. Así lo sabría Irene Montero Gil si conociese la crítica a Descartes, Locke, Hume, Parfit o al mismísimo Sartre, o si sus fuentes no se limitasen, como parece, a la filosofía subjetivista (y ciertamente menor) de Judith Butler, Paul Beatriz Preciado, o los marxistas del 68.

C. Sobre el derecho a de los menores a las relaciones sexuales consentidas

a. No existe tal derecho. Libertad sexual y marxismo

Sin duda, la afirmación de la Sra. ministra en relación con el derecho de los niños a mantener relaciones sexuales consentidas, constituye un atentado a la moral natural y a la racionalidad propia de nuestra especie. No existe tal

derecho. Sí existe, en cambio, el fundamental derecho del menor a no ser sometido, bajo ningún concepto, a la aberración del uso de su cuerpo para la obtención de placer sexual por parte de nadie. Y esto es algo que debería entender sin demasiado esfuerzo todo aquel cuyas perversiones, patologías o derivas ideológicas extremas no le hayan llevado a cancelar todo vínculo con la ética de la especie humana.

En la base ideológica de la mal llamada Revolución Sexual, en efecto, las apelaciones de Marcuse, Foucault y Deleuze⁹⁶ al placer y al cuerpo como templos de la liberación⁹⁷, contribuyeron a conceptualizar el deseo sexual como una exigencia de la voluntad libre y como la más genuina «instancia revolucionaria»⁹⁸. Dejando definitivamente atrás su deuda con el proletariado, el neomarxismo que emanó de los *grafiti* sobre los muros del Teatro del Odeón, cuartel general de los revolucionarios de París, vinculó las libertades sociales con la emancipación personal frente a toda norma o moral extrínseca. «Para discutir la sociedad en que se vive» -se leía en alguna de aquellas pintadas- «es necesario antes ser capaz de discutirse a sí mismo». Se trataba, en definitiva, de cuestionar las verdades institucionales y las normas con que la sociedad, la moral, la religión, e incluso la propia naturaleza, estructuran la personalidad del individuo⁹⁹. Frente a toda deontología o moral natural, el nuevo marxismo describió el cuerpo como una «máquina del deseo» que exige emanciparse de las morales extrínsecas, burguesas y religiosas¹⁰⁰.

Pero, como es sabido, todos estos adalides de la libertad sexual, autoproclamados progresistas por su encendida defensa de los derechos sexuales de colectivos que, en su momento, eran especialmente vulnerables por razón de su sexo o de su orientación sexual, terminaron enredándose en sus propios argumentos hasta el punto de firmar un manifiesto en favor de toda práctica sexual, incluido el sexo con menores. Así, en 1977 enviaron al Parlamento francés una carta en la que pedían la derogación de las leyes sobre

⁹⁶ ‘Les intellectuels et le pouvoir’, Entretien de Michel Foucault avec Gilles Deleuze. L’Arc, 4 de marzo de 1972, pp. 3-10.

⁹⁷ Marcuse, H. (1955). Eros and civilization: A Philosophical Inquiry into Freud. (J. García Ponce, Trad.). Boston: Bacon Press. Versión en castellano disponible en

<http://www.portalalba.org/biblioteca/MARCUSE%20HERBERT.%20Eros%20y%20Civilizacion.pdf>.

⁹⁸ Deleuze, G. y Guattari, F. (1972). L’Anti-Oedipe. Capitalisme et schizophrénie. París: Minuit, 36-37, 42 y 458.

⁹⁹ Burguete, E. Revolución Sexual y neovitalismo. Los servicios gestacionales en la reconfiguración social, como reproductor, del colectivo queer. Cuadernos de Bioética 30 (99). Mayo-agosto 2019. Asociación Española de Bioética y Ética Médica: 159-170

¹⁰⁰ Courtine, J.-J. (2011). L’invention du corps. En: Canut, C. y Prieur, J.-M. (dirs.) (2011). 1968-2008. Evénements de paroles. París: Michel Houdiard, pp. 277-284 (283). Citado en Sánchez-Prieto, J. M. (2018). Entre el mito y la crítica: la memoria del 68 francés. Arbor, 194 (787): a432. <https://doi.org/10.3989/arbor.2018.787n1005>

la edad de consentimiento y la despenalización de todas las relaciones consentidas entre adultos y menores de quince años¹⁰¹. Entre los intelectuales firmantes de esta aberrante petición, se incluían Simone de Beauvoir, musa del feminismo marxista, y su pareja sentimental Jean-Paul Sartre, quien tras su paso por el existencialismo terminaría abrazando el estalinismo, esa ideología que sembró de cadáveres la carretera del Gulag, en el camino de Siberia. También, por supuesto, Michel Foucault, Jacques Derrida, Louis Althusser, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Jacques Rancière y todos aquellos que conforman el marco intelectual de referencia de la izquierda radical contemporánea. En 1979, además, estos autores publicaron dos cartas abiertas en los periódicos franceses defendiendo a las personas detenidas bajo cargos de estupro, en el contexto de la abolición de las leyes sobre la edad de consentimiento.



Llegué a pensar lo contrario, pero no. Irene Montero, en sus declaraciones, no se dejó llevar por un arrebato dialéctico ni se equivocó a la hora de elegir sus palabras. Irene Montero cree, verdaderamente, que los menores pueden mantener relaciones sexuales consentidas. Y no solo lo cree ella, sino también todos aquellos que abrazan su ideología. Los mismos que, en su momento, instigaron y aplaudieron el reparto de preservativos en los colegios dando a entender a los menores que pueden mantener relaciones sexuales libres. Y si pueden, poco importa que estas se lleven a cabo con sus compañeros de clase, con los hermanos de éstos, mayores de edad, o incluso con los amigos de sus padres. Porque, para subvertir la moral tradicional, conservadora, religiosa y patriarcal, lo único que cuenta es el consentimiento, no la madurez. Sí es sí. No es no. Y con eso basta, aunque el sí y el no sean inducidos como consecuencia de la desigual madurez de las partes.

b. Concepciones reduccionistas de la libertad

Resulta paradójico que, a ese menor a quien no le permitimos tomar partido en decisiones como la inclusión de las verduras en su dieta diaria o la asistencia a

¹⁰¹ «Lettre ouverte à la Commission de révision du code pénal pour la révision de certains textes régissant les rapports entre adultes et mineurs». Archives Françoise Dolto. París: Association des Archives et Documentation Françoise Dolto. <https://web.archive.org/web/20200125093636/http://www.dolto.fr/fd-code-penal-crp.html>

cursos de inglés, se le atribuya capacidad para consentir en una relación sexual. ¿La tiene?

Para responder a esta pregunta, conviene distinguir entre la libertad civil y el libre albedrío. La primera es una libertad «externa» que se opone a toda coacción y se reconoce a cada persona en el contexto de sus relaciones sociales; una «libertad política» que garantiza la ley y se protege mediante la fuerza pública por quien ejerce el legítimo monopolio de la violencia. Este concepto de libertad, asentado más firmemente en la tradición liberal que en el socialismo, no es el que cabe invocar para reclamar el hipotético derecho de los niños a consentir relaciones sexuales. Antes bien, lo que debe quedar garantizado para este tipo de prácticas es la «libertad de la voluntad» o «libertad interior», que se refiere al fenómeno psicológico de la libertad, al querer libre del hombre; a esa libertad frente a uno mismo, frente a las pulsiones internas, la emotividad, la propia ignorancia, la falta de experiencia y la imaginación desbordada. Esta, y no la libertad externa, es condición *sine qua non* para la autodeterminación personal.

Ni siquiera en el poco creíble caso de una relación sexual apetecida por el menor, hablaríamos de verdadera libertad. De hecho, pensar que la libertad consiste en hacer lo que apetece es de una pobreza intelectual inadmisible en quien tiene la responsabilidad de legislar. Los animales hacen lo que les apetece y no por ello son libres, sino seres sin voluntad y encadenados a su instinto. La libertad, en ocasiones, se manifiesta precisamente en la capacidad de actuar frente a las apetencias, pudiendo llevar a cabo el acto bueno que no nos apetece o absteniéndonos del mal que sí lo hace. Quien hace sólo lo que le apetece es un esclavo de sus apetencias. Así lo atestigua la experiencia de los glotones, los adictos, los ludópatas o los cleptómanos. La libertad, en definitiva, sólo es posible para quien atesora, en grado suficiente, las cuatro grandes virtudes: la prudencia, para seguir a la razón que delibera lo mejor; la justicia, para decidir lo más correcto; y la fortaleza y la templanza, para dominar los impulsos.

Por lo demás, no somos libres en virtud de una apatía o indiferencia respecto del bien o del mal, como si lo único importante fuese nuestra capacidad de elegir. Antes bien, existe en todo hombre una prerrogativa interna que le insta a la plenitud y perfección; que le insta, en consecuencia, a la finalización radical de sus acciones y elecciones en el bien en cuanto tal¹⁰². Porque, quien tiene una mínima capacidad introspectiva no tarda mucho en comprender que la pregunta definitiva sobre nuestra realización y perfección no versa sobre lo que

¹⁰² MELENDO y MILLAN-PUELLES, Dignidad: ¿una palabra vacía?, Eunsa, 1996, pp. 56- 61.).

esperamos que nos ofrezca la vida, sino, en cada circunstancia y por grave que sea, lo que se espera de nosotros en la vida: lo que esperan o podrían esperar los demás, especialmente quienes nos aman; lo que espera de nosotros nuestra misma dignidad; y para los creyentes, lo que espera el mismo Dios¹⁰³.

Por eso, las decisiones importantes de nuestra vida requieren, a menudo, renunciar libremente a nuestra capacidad de elegir: así lo atestiguan la propia orientación profesional, el propio matrimonio y los compromisos que lleva asociados, como la crianza de los hijos, el lugar de residencia, etc. Estos límites no anulan la libertad, sino que constituyen su realización más plena. Porque soy libre, puedo comprometerme. Porque soy libre, puedo renunciar a mis apetencias.

c. Tres requisitos de la libertad, que no se cumplen en los menores de edad

En la Comisión de igualdad del Congreso de los Diputados, lamentablemente, nadie le afeó a la Sra. ministra su desafortunada teoría recordándole que la



¹⁰³ Frankl, V. (1986). El hombre en busca de sentido, Herder, Barcelona (7^a), 118

libertad, para poder darse, exige tres requisitos que difícilmente concurren en un menor. El primero, que haya pleno uso de razón para que pueda haber deliberación, esto es, para poder decidir prudentemente. Las personas que no han alcanzado el uso de razón o que lo pierden (niños, dementes, en coma, dormidos, drogados, borrachos o con profundos trastornos mentales) no tienen suficiente libertad, porque no pueden deliberar. De hecho, en un juicio se tendrían en cuenta estos condicionantes para reducir -o incluso eximirles- de la pena correspondiente por la comisión de un delito.

Los niños tienen la libertad reducida porque no controlan los resortes interiores: la imaginación y la razón. Si en un centro educativo anunciásemos la llegada de los Reyes para la inauguración del pabellón deportivo, seguramente habría niños que esperarían la llegada a galope de un corcel blanco a cuyas riendas se encuentra una regia figura con capa roja y corona. No esperarían a Felipe I y Dña. Leticia. Y esto es sólo un ejemplo que permite hacer entender, gráficamente, que un menor podría consentir voluntariamente a las relaciones sexuales seducido por el discurso amoroso preparado, a partir de su mayor experiencia y conocimientos de la psicología del desarrollo, por un adulto que sólo quisiera hacer un uso pervertido de su cuerpo para desecharlo después como mercancía usada en busca de carne más joven. Un adecuado contexto de seducción, un simulacro compartido de vida adulta y determinadas promesas de amor verdadero, tendrían un profundo impacto en la decisión de alguien sin experiencia, malicia ni conocimientos.

Porque, en efecto, también limita la libertad la ignorancia y el error. Cuando no se sabe lo que sucede o no se tienen elementos de juicio, no se puede ejercer bien la libertad. Cuando se tiene una idea equivocada de las cosas no se es completamente libre. La libertad necesita verdad. Por eso, precisamente, un menor no decide su dieta, ni si debe asistir o no al colegio, ni las asignaturas que deben conformar su currículum. Al menos de momento, ya que por el cariz que van tomando los pactos de legislatura, todo podría llegar a ocurrir. Y por eso, precisamente, un menor no puede consentir a una relación sexual.

El segundo requisito para la libertad es que el individuo se domine a sí mismo; que con su razón domine sus impulsos y arrebatos para evitar una conducta compulsiva. El ejercicio de la libertad requiere una cabeza clara y un corazón ordenado; del dominio sobre la afectividad mediante las virtudes de la fortaleza y la templanza. Y esto es algo que no se le puede pedir a un menor, en quien la conducta es -especialmente en materia sexual- compulsiva por naturaleza.

Por último, para que exista libertad es necesario que no haya violencia física o coacción moral que nos obligue a hacer lo que no queremos o nos impida hacer

lo que realmente queremos. En situación de desigualdad (por edad, estatus, conocimientos, etc...) la coacción y el miedo pueden llegar a influir de manera decisiva en nuestras decisiones de tal modo que, enfrentarse a ella, sólo sea posible con dosis no exigibles de heroísmo.

d. Una breve reflexión final, dedicada al Ministerio de Igualdad

Sra. ministra: en distintos ámbitos se ha manifestado usted partidaria de limitar libertades fundamentales, apelando al pretendidamente criterio moral superior que atribuye a su ideología. En esta ocasión, sin embargo, su marxismo doctrinario se da la mano con el neoliberalismo más ramplón, colocando la autodeterminación por encima de todo criterio moral. ¿No podría dedicar tan sólo unos minutos a reflexionar, yendo un poco más allá de la trenzada red de sus presupuestos ideológicos?

De hacerlo, comprendería que la libertad no es el fin de la vida humana, sino tan sólo el medio para orientarnos hacia los fines que realmente valen por sí mismos. Por eso, antes de elegir, conviene descubrir los fines hacia los que merece la pena orientar la libertad. Más que capacidad de elegir, la libertad es la capacidad de responder a lo que la vida nos demanda. Elegir es un signo de libertad; pero si la libertad consistiera sólo en poder elegir, el lugar de máxima libertad sería el Mercado. Y si vd. sostiene eso, debería renunciar a su ideología. No, sra. ministra; la libertad no se reduce a elegir con indiferencia como si lo único importante fuera el consentimiento. Porque no da igual mantener una relación sexual que no mantenerla. No da igual adentrarse en el sexo con conciencia y madurez, que compulsivamente y con inmadurez. No da igual. No da igual.

Como señaló Viktor Frankl (quien verdaderamente sí padeció el fascismo), «la libertad no es la última palabra sino el aspecto negativo de cualquier fenómeno, cuyo aspecto positivo es la responsabilidad». Si cree vd. que a los menores no se les puede exigir responsabilidad penal, no les conceda libertades para los que la naturaleza todavía no los ha preparado. Porque la libertad, para ser real y no mera fantasía adolescente, debe estar enmarcada por los límites de nuestra propia naturaleza, de nuestros compromisos sociales y de la moral natural. Y nuestra naturaleza es evolutiva; las personas atravesamos distintos momentos de desarrollo, que nos capacitan progresivamente para la finalización de acciones que, en origen, son posibles sólo como potencia, pero no como acto.

Sra. ministra, sus palabras le desacreditan, y con ellas puede usted hacer mucho daño. Además, un cargo público no debería sostener ideologías que ya fueron definitivamente desarticuladas en el último cuarto del pasado siglo. No juegue

usted con la integridad física y moral de los niños para intentar resucitar ideas ya superadas. Es indecente. Con todo, usted ostenta un cargo de libre designación, y, en consecuencia, mantenerle en su cargo desacredita, principalmente, a aquel que la designó para el mismo.

Tanto uno como el otro deberían hacer un favor: gobiernen con más ciencia y menos ideología. Asesórense bien. Este Observatorio, con toda su calidad académica y su talento intelectual, les podría ayudar a ello.

Descubren la molécula responsable de clasificar los recuerdos como negativos o positivos en el cerebro¹⁰⁴

Por Lucía Gómez Tatay y Ignacio Ventura. Observatorio de Bioetica. Universidad Católica de Valencia, 28 julio, 2022



Investigadores del Instituto Salk en La Jolla, California, han identificado una molécula del cerebro responsable de asociar emociones positivas o negativas a un recuerdo. El hallazgo, publicado en la revista *Nature*¹⁰⁵, podría utilizarse para el tratamiento de la ansiedad, la depresión o el estrés postraumático.

¹⁰⁴ https://www.observatoriobioetica.org/2022/07/descubren-la-molecula-responsable-de-clasificar-los-recuerdos-como-negativos-o-positivos-en-el-cerebro/39742?utm_source=mailpoet&utm_medium=email&utm_campaign=que-son-los-cuidados-paliativos-las-enfermedades-cardiovasculares-principal-causa-de-mortalidad-por-enfermedades-no-contagiosas-la-fatiga-el-sintoma-mas-frecuente-de-la-covid-persistente-no-586_2

¹⁰⁵ <https://dx.doi.org/10.1038/s41586-022-04964-y>

«Básicamente, hemos empezado a entender cómo funciona el proceso biológico fundamental por el que recuerdas si algo es bueno o malo», explica la profesora Kay Tye, investigadora del Instituto Médico Howard Hughes y el Laboratorio de Neurobiología de Salk's Systems. «Esto forma parte del núcleo de nuestras experiencias vitales, y pensar que se puede concretar en una única molécula es enormemente emocionante» (ver más¹⁰⁶).

Ante una determinada experiencia, el cerebro le asigna una emoción negativa o positiva, lo que supone un mecanismo evolutivo para aprender a evitar experiencias negativas y a buscar las positivas. Este mecanismo se denomina ‘asignación de valencia’ y depende, al menos en parte, de un grupo de neuronas situado en el grupo basolateral de la amígdala (BLA) del cerebro. Así, en experimentos en ratones se pudo observar que, ante un estímulo positivo, como probar un alimento dulce, un grupo específico de esas neuronas se activa, asociando una valencia positiva a la experiencia. En cambio, ante un estímulo negativo, como el sabor amargo, se activan otras neuronas diferentes de la misma región cerebral, asignando una valencia negativa.

«Descubrimos estos dos circuitos, como vías de tren, que conducían alternativamente a una valencia positiva o negativa. Pero todavía no sabíamos qué señal estaba activándose como interruptor para determinar qué camino había que tomar frente a cada experiencia», explica Tye.

En la investigación que ahora se ha publicado, la neurotensina se ha postulado como la molécula señalizadora responsable del proceso. Se trata de un neurotransmisor generado por neuronas de otra región cerebral, el núcleo paraventricular del tálamo (PVT), que se proyectan hacia el BLA. Mediante la técnica de **edición genética CRISPR**¹⁰⁷, eliminaron el gen que permite la expresión celular de la neurotensina en ratones y comprobaron que los animales eran incapaces de asignar una valencia positiva a sus experiencias, por lo que no aprendieron a valorar como deseable el sabor dulce. En cambio, la falta de neurotensina no impidió la asignación de valencias negativas al sabor amargo,



¹⁰⁶ https://www.elespanol.com/ciencia/investigacion/20220720/hito-cientifico-tecnica-transformar-recuerdos-negativos-positivos/689181275_0.html

¹⁰⁷ <https://www.observatoriobioetica.org/2016/10/la-edicion-genetica-hoy-valoracion-bioetica/16526>

e incluso mejoró este mecanismo. Estos resultados sugieren que el estado «por defecto» del cerebro se inclina hacia el miedo y el rechazo a lo negativo, antes que hacia la búsqueda de lo positivo: las neuronas que determinan la valencia negativa se activarán ante una nueva experiencia a menos que entre en acción la neurotensina. Desde el punto de vista evolutivo, tiene sentido, explica Tye, ya que prioriza ante todo que el individuo evite situaciones potencialmente peligrosas. Experimentos adicionales demostraron que niveles altos de neurotensina fomentaron el aprendizaje mediante gratificación, y atenuaron la valencia negativa.

«Podemos manipular este interruptor para activar y desactivar el aprendizaje positivo y negativo», explica, Hao Li, otro de los autores de la investigación. «En última instancia, nos gustaría identificar nuevas dianas terapéuticas para estos circuitos», plantea. Por ejemplo, se deben determinar qué niveles de neurotensina se deben modular en los cerebros de personas que sufren ansiedad o estrés postraumático.

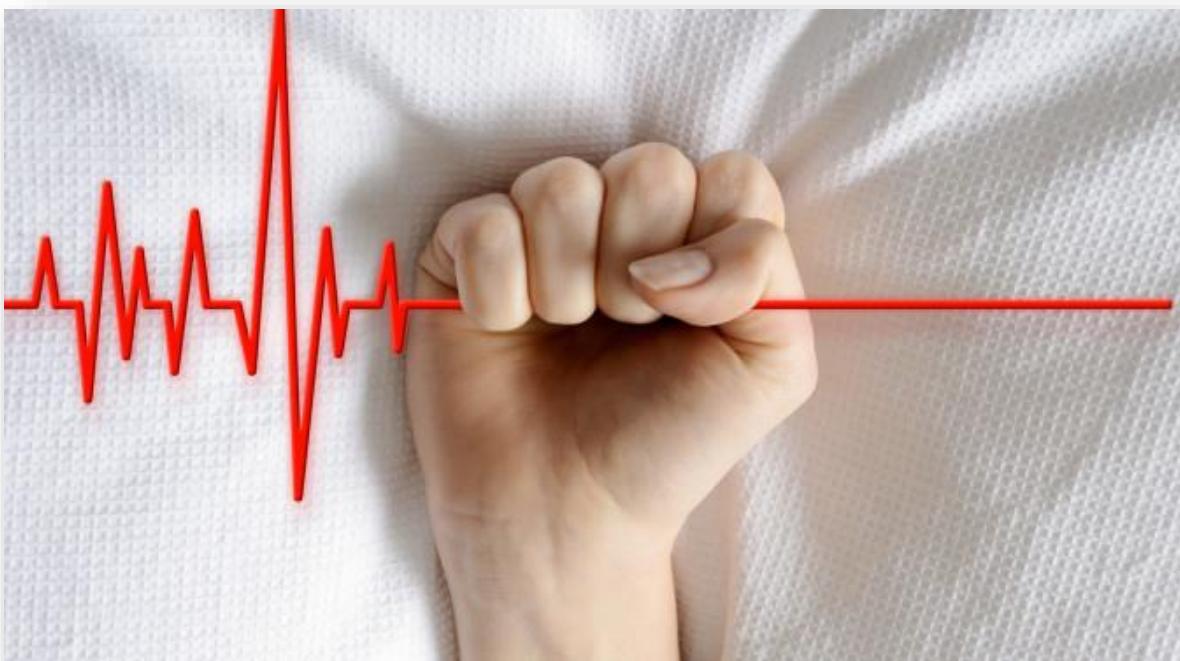
Nuestra valoración bioética

Este descubrimiento se relaciona de lleno con el área de la neuroética que estudia las implicaciones éticas de los avances neurocientíficos. Por supuesto, la mejora de los tratamientos para las enfermedades mentales mencionadas sería muy positiva. No obstante, estos avances también podrían utilizarse para ejercer un control externo no deseado ni consentido, incluso con finalidades no médicas, sobre el cerebro de los individuos. Así, la posibilidad de intervenir en la modulación de los niveles de neurotensina—como ya se ha hecho con la dopamina, otro importante neurotransmisor conocido como “hormona del placer”—puede alterar la percepción emocional, los recuerdos asociados y, por tanto, la conducta posterior. Los abusos que podrían cometerse son evidentes, por lo que el desarrollo de este tipo de intervenciones sobre el ser humano debe acompañarse de una definición clara de los fines permitidos, de acuerdo con el respeto a la dignidad de la persona y a otros valores derivados de esta, especialmente la autonomía.

SUICIDIO ASSISTITO E PRINCIPIO DI AUTONOMIA¹⁰⁸

GLI APPROFONDIMENTI DI SCIENZA & VITA.

DI FRANCESCA PIERGENTILI, Pubblicato il 12/10/2022



Un recente articolo pubblicato su Journal of Medical Ethics, dal titolo “An autonomy-based approach to assisted suicide: a way to avoid the expressivist objection against assisted dying laws”, tenta di giustificare dal punto di vista etico la richiesta di suicidio assistito in base al principio di autonomia. L'autore, nel ricostruire il tema, riporta tra gli argomenti giustificativi della richiesta di morte due principi: quello dell'autonomia e quello della beneficenza¹⁰⁹.

In base al primo principio, si sostiene che il suicidio assistito sarebbe ammissibile dal momento che garantirebbe la scelta autonoma e libera del paziente in merito alla propria morte. In riferimento, invece, al principio di beneficenza si afferma che il suicidio assistito garantirebbe il migliore interesse

¹⁰⁸ <https://www.scienzaevita.org/sv-suicidio-assistito-e-principio-di-autonomia/>

¹⁰⁹ Braun E. An autonomy-based approach to assisted suicide: a way to avoid the expressivist objection against assisted dying laws, Journal of Medical Ethics Published Online First: 07 September 2022.

<https://jme.bmjjournals.org/content/early/2022/09/06/jme-2022-108375>

del paziente, dal momento che segnerebbe la fine delle sofferenze legate alla malattia.

I sostenitori della legalizzazione della cd. “morte volontaria medicalmente assistita” giustificano in tal modo la richiesta di porre fine alla vita in tutte quelle ipotesi in cui il malato si trova a vivere profonde sofferenze legate a una malattia irreversibile: in questo caso si considerano rispettati i due principi richiamati.

Tale condizione di sofferenza insopportabile causata da una malattia o da fenomeni degenerativi irreversibili consente l’accesso al suicidio assistito in molti ordinamenti: è il caso dei Paesi Bassi, del Belgio, del Canada. Nei Paesi Bassi, ad esempio, è possibile richiedere il suicidio assistito in presenza di una sofferenza insopportabile causata da una condizione medica irreversibile, senza prospettive di miglioramento e senza alternative ragionevoli: è una valutazione medica a stabilire la gravità della sofferenza del paziente e se non siano disponibili altre opzioni praticabili per curare il paziente. I soggetti richiedenti che non rientrano in tale condizione sono esclusi dalla procedura.

Tale valutazione medica sulla sofferenza viene considerata – come si legge nell’articolo – una sorta dei condizioni in grado di garantire che la morte assistita non sia a disposizione di tutti i possibili richiedenti (anche di chi sia “solamente stanco della vita”).

Per l’autore dell’articolo citato, la giustificazione del suicidio assistito in base al principio della beneficenza andrebbe incontro a un limite隐含的: sarebbe, cioè, presupposto un giudizio negativo sulla vita umana che vive una condizione di fragilità. La vita, in altre parole, in certe condizioni potrebbe essere considerata come una vita non più degna di essere vissuta.

Tale obiezione (expressivist objection) – secondo la quale il consentire la morte assistita ad un determinato gruppo di persone (ad es. coloro che soffrono di una malattia irreversibile) esprimerebbe un giudizio negativo sulla loro vita – potrebbe essere superata, per l’autore dell’articolo pubblicato su *Journal of Medical Ethics*, in base proprio al principio di autonomia.

È così riportato il caso della giurisprudenza costituzionale della Corte federale tedesca e, in particolare, la sentenza del 26 febbraio 2020 che ha dichiarato incostituzionale la norma che puniva l’assistenza al suicidio in Germania in virtù del diritto all’autodeterminazione in merito alla propria morte.

La sentenza della Corte tedesca ha affermato che il diritto di porre fine alla propria vita con l’assistenza di terzi è espressione di un diritto costituzionale: garantirebbe, infatti, la libertà personale e l’autodeterminazione individuale. Non vi sarebbero pertanto limiti oggettivi all’accesso alla procedura: l’accesso

al suicidio assistito non potrebbe essere limitato a determinate condizioni mediche.

La sentenza suggerisce, poi, alcune restrizioni all'accesso al suicidio assistito a garanzia dell'autonomia della scelta (come il rispetto del consenso informato) ma non condizioni sullo stato della malattia o ancorate a dati oggettivi. Tale approccio basato sull'autonomia sarebbe, come si legge nell'articolo, in grado di evitare l'obiezione sul giudizio negativo implicito sul valore della vita nella fragilità e nella sofferenza. Il suicidio assistito sarebbe espressione della libertà personale della persona: un'azione autonoma anziché una procedura medica.

L'articolo segue per molti versi il ragionamento sostenuto in Italia dai promotori del referendum di abrogazione parziale dell'art. 579 c.p. – dichiarato pochi mesi fa inammissibile dalla Corte costituzionale italiana – e si presta a molteplici evidenti punti critici.

Prima di tutto il considerare la valutazione medica sulla sofferenza insopportabile come condizione oggettiva all'accesso al suicidio assistito è già elemento di per sé molto controverso: la sofferenza, infatti, anche rispetto al dolore fisico, si presta difficilmente a una valutazione oggettiva, essendo ancorata alla percezione e alla soggettività della persona.

Mentre si apprezza l'obiezione al principio di beneficenza per giustificare eticamente il suicidio assistito, considerato un rimedio per porre fine alla sofferenza – essendo in tal caso evidente il giudizio implicito che la vita, a determinate condizioni, può non essere protetta – è, tuttavia, parimenti criticabile l'applicazione del principio di autonomia. Se, infatti, certamente si riconosce il valore dell'autodeterminazione personale, è anche vero che è molto rischioso considerare l'autodeterminazione quale unico parametro di scelta, in grado di prevalere su tutti gli altri diritti fondamentali.

Sul piano fattuale, poi, sarebbe da verificare se l'autodeterminazione del soggetto sofferente a causa di una malattia irreversibile sia poi così “libera”. Anche solo l'applicazione del principio di precauzione, per la delicatezza dei valori in gioco, imporrebbe una maggior cautela: lo stato di bisogno e di sofferenza insopportabile e la complessità della situazione che si trova a vivere il malato e la sua famiglia possono in qualche modo influire sulla libertà di scelta.

Si ricorda, a tal proposito, quanto statuito dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 50 del 2022 sull'inammissibilità del referendum abrogativo: «non può non essere ribadito il «cardinale rilievo del valore della vita», il quale, se

non può tradursi in un dovere di vivere a tutti i costi, neppure consente una disciplina delle scelte di fine vita che, “in nome di una concezione astratta dell’autonomia individuale”, ignori “le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite” (ordinanza n. 207 del 2018).

Quando viene in rilievo il bene della vita umana, dunque, la libertà di autodeterminazione non può mai prevalere incondizionatamente sulle ragioni di tutela del medesimo bene, risultando, al contrario, sempre costituzionalmente necessario un bilanciamento che assicuri una sua tutela minima».

Anche la mancata erogazione di cure concrete, prime fra tutte quelle palliative, potrebbe non rendere così autonoma la scelta. Come ha affermato la Corte costituzionale nella nota sentenza n. 242 del 2019, si deve sottolineare l’esigenza di adottare opportune cautele. Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative, ad esempio, dovrebbe costituire un pre-requisito anche a garanzia della libertà di scelta: «un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente»...«l’accesso alle cure palliative, ove idonee a eliminare la sofferenza, spesso si presta, infatti, a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita».

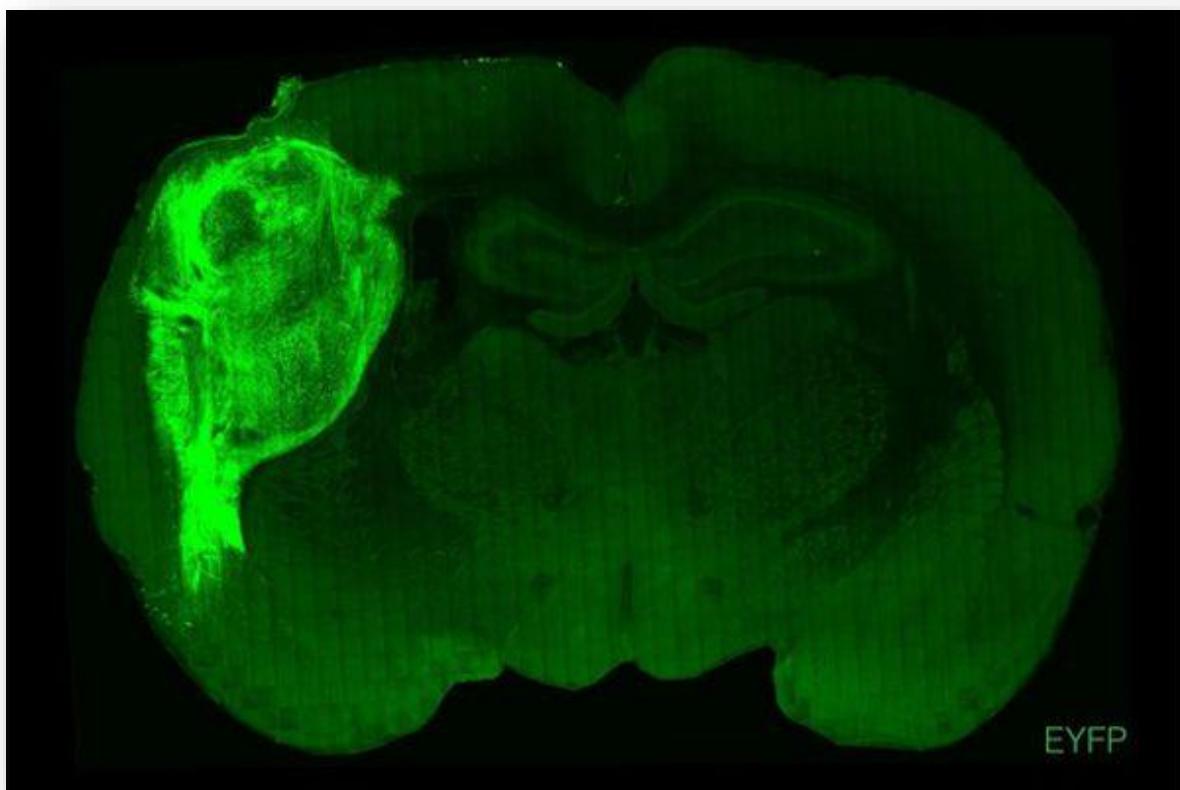
Si ricordano in conclusione le parole di Vezio Crisafulli che affermava, in un memorabile articolo, che “le apparenze possono sembrare ingannevoli e un incontrollato tripudio di libertà può segnarne invece a breve scadenza il tramonto”, poiché “di libertà si può anche morire, quando si siano superati certi limiti oltre i quali essa si snatura”.

Cf. Corte cost. Sent. 50 del 2022

[https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=EC
LI:IT:COST:2022:50](https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=EC LI:IT:COST:2022:50)

Injertan células humanas en el cerebro de ratas y así es como han cambiado¹¹⁰

Las neuronas humanas se han integrado en el cerebro de los roedores y parecen



estar cumpliendo funciones cognitivas básicas

Cerebro de una rata donde se ha incorporado un organoide cerebral humano que brilla en un color más intenso gracias a la presencia de proteína verde fluorescente

FOTO: UNIVERSIDAD DE STANFORD CREATIVE COMMONS

IGNACIO CRESPO, 12-10-2022

Durante décadas, la sociedad ha vivido de espaldas a la ciencia (y los científicos de espaldas a la sociedad, en cierto modo). No es extraño que, por lo tanto, nuestra experiencia con la ciencia se limite a aquella que va seguida de la palabra “ficción”. Como una niñera, la ficción ha educado a generaciones enteras donde los padres (la ciencia), estaban ausentes trabajando. Y eso, por

¹¹⁰ <https://www.larazon.es/ciencia/20221012/pbbmcw6cljcmxhs325dycgfvu.html>

supuesto, tiene sus consecuencias. Los arcos narrativos necesitan conflicto y la emoción del descubrimiento que sale mal. Hemos aprendido a temer a robots, inteligencias artificiales y experimentos genéticos que solo existen entre las tapas de una novela pulp. Nos hemos entregado al Síndrome de Frankenstein, temiendo que nuestras creaciones se vuelvan contra la humanidad. De aquellos barros, estos lodos, y por eso somos incapaces de leer que unos científicos han injertado neuronas humanas en el cerebro¹¹¹ de ratas sin empezar a fabular sobre una suerte de “Planeta de los Roedores”.

Por suerte, la investigación es mucho más interesante y menos problemática de lo que parece. De hecho, las preocupaciones que despiertan no son por el miedo a crear superratas, sino que responden más a cuestiones de la ética animal y los derechos que tendrían estos roedores con tejidos humanos si las investigaciones siguieran progresando.

Si tuviéramos que sintetizar el experimento en apenas una frase (larga) diríamos que: los investigadores han logrado integrar neuronas humanas en las redes neuronales del cerebro de los ratones, de tal modo que estas participan en sus procesos cognitivos, aunque no se haya observado ningún cambio en la inteligencia o memoria de las ratas.

Cerebros en miniatura

Esta investigación es un paso fundamental en las líneas de investigación de organoides. Estos tejidos artificiales buscan simular la estructura de los órganos humanos, pero a pequeña escala, para poder experimentar con ellos en el laboratorio y ver, por ejemplo, cómo les afecta un fármaco. Esto permitiría abaratar y acelerar la investigación de nuevos tratamientos e incluso hacer que las primeras fases de experimentación en humanos fueran más seguras. No obstante, nuestros órganos funcionan relacionándose unos con otros, dentro del súpersistema que es nuestro cuerpo, por lo que, para entender realmente cómo reacciona un tejido humano, debemos implantar ese organoide en un cuerpo vivo y los roedores son grandes candidatos.

¹¹¹ <https://www.larazon.es/ciencia/20210407/h4kl2k5xwjhjbcqetjeg2wntu.html>

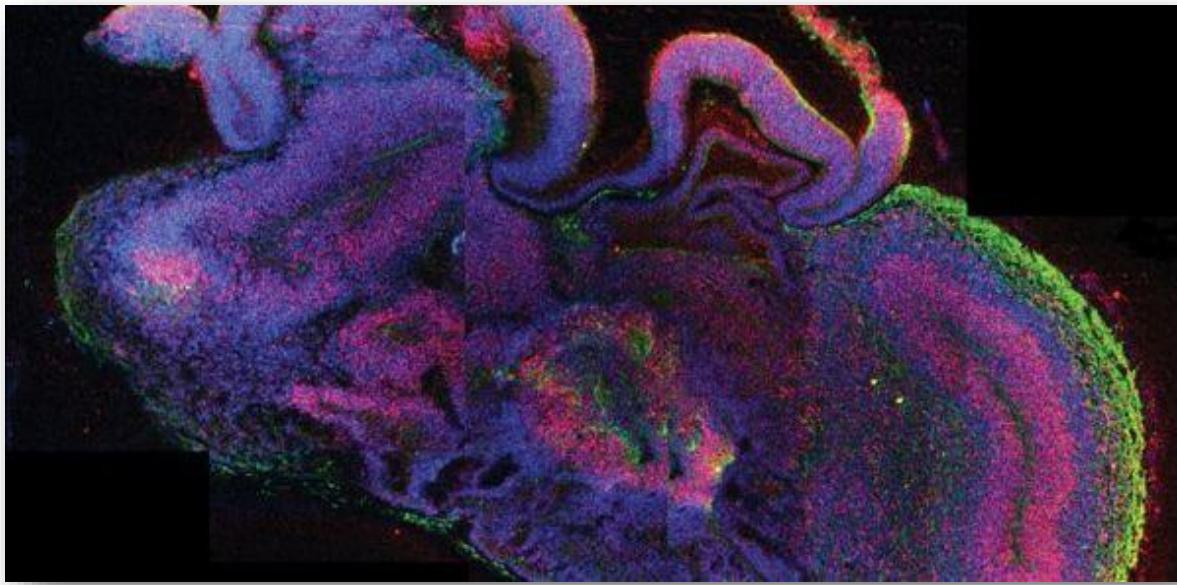


Imagen de 2018 de un organoide de cerebro teñido para ver las capas que lo conforman. FOTO: JUERGEN KNOBLICH CREATIVE COMMONS

Y es que, aunque las ratas no son el animal más **parecido** a nosotros, proporcionan tres ventajas importantes. **La primera es una cuestión ética**, por la que preferimos trabajar con ratones antes que con grandes simios. **La segunda es económica**, pues es más asequible trabajar con grandes números de ratones. **La tercera es que los ratones se reproducen con más celeridad**, lo cual nos permite estudiar los efectos de una sustancia en varias generaciones descendientes del individuo que recibió el tratamiento.

¿Ha cambiado su comportamiento?

Los científicos han cogido células de piel humana, las han devuelto al estado en que estaban durante la formación del embrión y han hecho que, en lugar de convertirse en células de la piel, se vuelvan células del sistema nervioso, concretamente neuronas. **A continuación, y simplificándolo todo mucho, las han incorporado en el cerebro de ratas de tres días de edad cuyo sistema inmunitario había sido “anulado”, para que no rechazaran el injerto.** Más adelante han podido comprobar que esas neuronas no solo sobrevivieron, sino que se integraron en procesos como recibir estímulos de los bigotes o incluso, en el aprendizaje de acciones como beber agua de un tubo. A eso se refieren los investigadores al decir que “las neuronas humanas han afectado a su

comportamiento”, y no parece gran cosa y no daría juego para escribir ninguna novela de ciencia ficción, pero es un gran paso adelante.

Si estas investigaciones siguen avanzando, cada vez se podrán crear modelos más exactos para predecir el efecto de los fármacos en los seres humanos e, incluso, nos permitirá estudiar el origen de algunas enfermedades mentales como nunca lo hemos podido hacer. **Porque siendo tan especial nuestro cerebro, no podemos esperar encontrar versiones “ratoniles” (murinas) de cualquier trastorno mental e, incluso si damos con ellas, serán tan diferentes que comprometerán nuestra capacidad de sacar conclusiones válidas.** El progreso en estas disciplinas, para bien y para mal, ya es imparable, solo podemos procurar que la ética las acompañe tan de cerca como sea posible.

QUE NO TE LA CUELEN:

- Aunque muchas personas estén poniendo el grito en el cielo, no es la primera vez que los científicos incorporan células cerebrales humanas en el cerebro de un roedor. En 2014, por ejemplo, un grupo de investigadores logró lo mismo, solo que con células de la glía en lugar de con neuronas. Los resultados fueron sorprendentes, los ratones modificados mostraron una mayor capacidad de aprendizaje. En otros estudios incluso se llegó a modificar genéticamente a los roedores para incorporar ADN humano, aumentando su número de neuronas. No obstante, nada de esto se acerca a lo que la ficción podría hacernos pensar.

REFERENCIAS (MLA):

- Revah, O., Gore, F., Kelley, K.W. et al. Maturation and circuit integration of transplanted human cortical organoids. *Nature* **610**, 319–326 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41586-022-05277-w>
- Martha S. Windrem, Steven J. Schanz, Carolyn Morrow, Jared Munir, Devin Chandler-Militello, Su Wang and Steven A. Goldman Journal of Neuroscience 26 November 2014, 34 (48) 16153-16161; DOI: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1510-14.2014>
- Expression of human-specific ARHGAP11B in mice leads to neocortex expansion and increased memory flexibility. Lei Xing et al. Embo Journal (2021).DOI:<https://doi.org/10.15252/embj.2020107093>

Médico youtuber advierte de los graves efectos secundarios de la píldora anticonceptiva¹¹²



RECOMIENDA EL MÉTODO NATURAL

El popular youtuber/médico estadounidense Eric Berg ha advertido sobre el «lado oscuro» de las píldoras anticonceptivas. La píldora puede «aumentar el riesgo de ataques cardíacos, hipertensión arterial, derrames cerebrales, coágulos de sangre, cáncer de mama, demencia, depresión, acné, cambios de humor, trastornos autoinmunes y deficiencias vitamínicas».

11/10/22

(Kath.net/InfoCatólica) El médico y autor de best-sellers Dr. Eric Berg tiene ocho millones de personas que siguen su canal de YouTube, muy conocido en EE.UU. Se le considera un experto en la dieta cetogénica¹¹³ y en la pérdida de peso para personas con sobrepeso. Según su propia declaración, Berg cuenta entre sus pacientes a altos funcionarios de gobiernos y ministerios

¹¹² <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=44622>

¹¹³ <https://www.healthline.com/health/es/dieta-cetogenica>

estadounidenses y ya ha sido profesor asociado en la Universidad de Howard, además de impartir seminarios para médicos.

La anticoncepción hormonal tiene un lado oscuro para las mujeres, por lo que desaconseja la «píldora». El uso de estas hormonas es bastante peligroso para las mujeres debido a su eliminación de las hormonas naturales y tiene un efecto negativo en la menopausia, la función ósea e incluso la longevidad. Aconseja la planificación familiar natural, utilizando una aplicación de teléfono móvil adecuada si es necesario.

Berg señala que «en realidad no hay estrógeno ni progesterona en una píldora anticonceptiva». Más bien, existe «una versión sintética que ha sido alterada para imitar el estrógeno y la progesterona». Las mujeres suelen desconocer que la sustitución de los estrógenos y la progesterona producidos de forma natural por versiones artificiales puede dar lugar a diversas complicaciones.

El médico enumeró los siguientes riesgos para la salud de la píldora anticonceptiva: puede «aumentar el riesgo de ataques cardíacos, presión arterial, accidentes cerebrovasculares, coágulos de sangre, cáncer de mama, demencia, depresión, acné, cambios de humor, incluso puede desencadenar enfermedades autoinmunes.» También priva a las mujeres de muchos minerales necesarios, como el zinc, el selenio y el magnesio, y de vitaminas como la B12.

Otro aspecto problemático que las mujeres suelen desconocer es que «al tomar esta píldora, se desactiva la producción de estrógenos y progesterona». Esto es problemático. Porque mientras los hombres producen testosterona todos los días, las mujeres producirían sus hormonas necesarias principalmente de forma selectiva. Es decir, en lugar de producir las hormonas necesarias todos los días, las mujeres producen estas hormonas en dos fases individuales durante su ciclo, una en la que se puede detectar un aumento de estrógenos y otra en la que se puede detectar un aumento de progesterona. Esto ya no funciona cuando se toma la píldora anticonceptiva.

En lugar de la anticoncepción artificial, Berg recomienda lo que llama «anticoncepción natural»: durante los días fértiles recomienda la abstinencia sexual y, como no es católico, también el uso de preservativos. Consiste en hacer un seguimiento del propio ciclo con una app, que tiene, según Berg, «entre el 93% y el 98% de efectividad, dependiendo de lo bien que se aplique y de cómo se sigan las instrucciones». La píldora anticonceptiva también tiene una eficacia del 93% al 99%.

En un artículo sobre la advertencia de Eric Berg sobre el lado oscuro de la píldora anticonceptiva, el sitio web «LifeSiteNews» señala que la Iglesia

católica sigue condenando la anticoncepción artificial. En la *Humanae Vitae* de 1968, Pablo VI advirtió que la anticoncepción conduciría a una falta de respeto por las mujeres y a una rebaja general de la moral en la sociedad. En la *Evangelium Vitae*, el Papa Juan Pablo II también apoyó esta predicción, afirmando que la anticoncepción había provocado un aumento de los abortos.

Más recientemente, el obispo Joseph Strickland de Tyler, Texas, también había tuiteado que la encíclica *Humanae Vitae*, publicada por el Papa Pablo VI hace 54 años, «enseñaba la verdad de que la anticoncepción es inmoral y perjudicial para el matrimonio y la familia». Hemos vivido con la humanidad rechazando esta verdad durante más de medio siglo y esto ha hecho un gran daño a la familia humana. Prestemos atención a la verdad.

El Ministerio de Igualdad destina en tres meses 217 millones de euros para abolir la prostitución¹¹⁴

Los colectivos de trabajadores del sexo critican que no han sido consultados en



ninguna de las fases de validación de la Ley

El debate sobre esta práctica ha abierto fisuras en la coalición de gobierno FOTO: CRISTINA BEJARANO CRISTINA BEJARANO

MARTA DE ANDRÉS, 12-10-2022

El Gobierno de España avanza decididamente hacia la abolición de la prostitución, una tarea en la que **el Ministerio de Igualdad proyecta invertir, hasta 2026, la impresionante cifra de 217 millones de euros**. En concreto, en los últimos tres meses, la cartera que dirige Irene Montero ha anunciado **tres vías** a las que destinará este presupuesto: **204 millones de euros en el Plan Camino-** aprobado el pasado 20 de septiembre- que busca **dar alternativas**

¹¹⁴ <https://www.larazon.es/sociedad/20221012/f6qqhd6wb5b43a7uvfdv5kspt4.html>

económicas, laborales y sociales a las víctimas de trata, explotación sexual y mujeres en contextos de prostitución; 12,9 millones para la puesta en marcha del denominado Plan de Inserción sociolaboral, que se basa en subvenciones a entidades para la inserción sociolaboral de mujeres en las circunstancias citadas anteriormente y 101.887,96 euros en un estudio para conocer el número y distribución de las trabajadoras sexuales en España.

La Delegación contra la Violencia de Género justificó hace unas semanas este último gasto en que «**los datos y estudios** sobre prostitución, explotación sexual y trata con fines de explotación sexual a nivel nacional e internacional **son escasos, y los que hay presentan numerosas limitaciones** (generalmente son de tipo cualitativo y/o usan muestras no representativas y sesgadas), lo que se traduce en que coexisten una gran variedad de cifras y datos».

Una respuesta que contrasta bastante con la seguridad que han mostrado en defender los argumentos- basados en cifras y porcentajes obsoletos- contra la prostitución en los que se basa la Ley 122/000240, que pretende abolirla, y que tienen previsto aprobar antes de que termine el año. Estas cifras son que, de las 45.000 mujeres que se supone ejercerían la prostitución en España, entre el 90 y el 95% son víctimas de trata o de explotación sexual.

Nadie ha consultado sobre su veracidad a las personas afectadas, las prostitutas, que llevan meses pidiendo reunirse con Montero para que escuche sus argumentos. Por el momento, se ha negado a recibirlas. Por ello, la plataforma Stop Abolición ha estado organizando, cada mes desde el pasado junio, manifestaciones en las principales ciudades de España para pedir que no se haga una ley “para ellas” sin contar con ellas¹¹⁵.

“Ningún sector asociativo ni empresarial del trabajo sexual ha sido consultado en el proceso de formulación de dicha ley”, señalan desde Stop Abolición.

La Proposición de Ley, impulsada por el PSOE y apoyada por Unidas Podemos y por el PP, recoge la modificación del artículo 187 del Código Penal para que se castigue de forma general el proxenetismo- sin exigir relación de explotación- con multas de doce a veinticuatro meses y penas de prisión de uno a tres años, e incluye la tercería locativa, que implica penalizar a los propietarios de pisos o locales en donde se ejerciera la prostitución, con penas de cárcel de dos a cuatro años, incluyendo multas para todos aquellos que saquen rédito del trabajo sexual.

¹¹⁵ <https://www.larazon.es/sociedad/20220623/2krwmfoblfz7c5rww63zpo43m.html>

Los socios del Gobierno se han mostrado muy críticos con esta Ley. **Tanto ERC como Bildu y la CUP votaron en contra de su aprobación el pasado 29 de septiembre¹¹⁶**, y el PNV registró ayer en el Congreso una iniciativa para crear una subcomisión parlamentaria que estudie la situación de la prostitución en el país y con el objetivo que la Cámara baje cree un **informe en la materia con “datos reales y verificables”**, para ser remitido al Gobierno. El portavoz de Igualdad de la formación vasca en el Congreso, **Joseba Agirretxea**, criticó durante su intervención el intento de los socialistas de poner fin a la prostitución recurriendo únicamente a la vía penal y **“criminalizando” a las mujeres** que la ejercen y abogó por obtener “un diagnóstico veraz y consecuente” del tema para “legislar en consecuencia”.

Con los datos de investigación sobre la mesa, la ley no tiene sentido. Va a provocar más delincuencia, marginación, estigma, y desprecio social

Carmen Meneses, antropóloga de la Universidad de Comillas (Madrid)

Condenadas a la clandestinidad

La plataforma Stop Abolición se opone a la nueva legislación con distintos argumentos. Entre los más importantes, que la Ley prohíbe de facto toda forma de trabajo sexual, al penalizar todos sus servicios allegados, incluyendo la vivienda; que el hecho de **encargar un informe cuantificador hace ver que los datos que se disponen a fecha de hoy no son fiables** o que académicos y expertos alertan que **la penalización del trabajo sexual aboca sin remedio a la clandestinización de la actividad, ya que los procesos de reinserción no voluntarios no son eficaces en una altísima proporción**. “Las trabajadoras sexuales no piden ser rescatadas, sino respetadas y dotadas de derechos”, manifiestan.

Por otro lado, señalan que, dado que **España es un país con una alta tasa de paro y de economía sumergida** en relación con Europa, afrontar la reinserción laboral forzada de un número alto y desconocido de trabajadoras sexuales parece una acción de alto riesgo social. **“En un país con graves carencias de vivienda y empleo, una acción política de reinserción forzada masiva puede tener consecuencias catastróficas”**, concluyen.

“Con los datos de investigación sobre la mesa, la ley no tiene sentido. Va a provocar más delincuencia, marginación, estigma, y desprecio social”,

¹¹⁶ <https://www.larazon.es/espana/20220929/booz3avanzejla4szbagnsmgdm.html>

señala la antropóloga de la Universidad de Comillas, de Madrid, **Carmen Meneses**, que vivió durante meses en varios clubes de alterne para estudiar el fenómeno.

“Si de verdad se quiere controlar la prostitución lo primero que hay que hacer es reformar el mercado laboral y cambiar la Ley de Extranjería. La mayor parte de las mujeres que ejercen trabajo sexual lo hacen para ganar dinero, de forma continua o esporádica. Y la mayor parte de las extranjeras que están en ese mercado, lo están porque la ley de extranjería les exige pasar tres años antes de tener un permiso de residencia. No puede trabajar de forma legal. Dos circunstancias que están detrás de las razones por las que las mujeres eligen ejercer la prostitución”, añade la investigadora

Muere César Nombela: presidió el CSIC, se plantó ante los «bioéticos» de Zapatero y defendió la vida¹¹⁷

El microbiólogo César Nombela fue presidente del CSIC, heredero de Severo Ochoa, católico



y provida valiente y argumentado

A.V.Carrascosa/P.J.Ginés, 14 octubre 2022

Ha muerto con 76 años en Madrid el prestigioso catedrático de Microbiología **César Nombela**, que fue también **presidente del CSIC¹¹⁸ de 1996 al 2000** y el encargado de poner en marcha el Consejo de Bioética de España.

Lo anunciaba su familia desde **su cuenta de Twitter¹¹⁹**, en la que estaba muy activo: "Con muchísimo dolor os comunicamos que ha fallecido nuestro esposo

¹¹⁷ https://www.religionenlibertad.com/ciencia_y_fe/375451561/muere-cesar-nombela-presidio-csic-planteo-bioeticos-zapatero-defendio-vida.html

¹¹⁸ <https://www.religionenlibertad.com/busqueda/1/CSIC>

¹¹⁹ <https://twitter.com/cncano>

y padre, César Nombela Cano, titular de esta cuenta". **La familia recibe en el tanatorio de La Paz a partir de la 1 de la tarde del viernes 14 de octubre.**

Era católico y desde su máxima autoridad como experto microbiólogo y personalidad de máxima relevancia en Bioética defendía desde la ciencia la humanidad y dignidad del individuo desde su concepción.

Valentía defendiendo buena ciencia y buena ética

Era valiente y no le importaba disentir cuando veía que la buena ciencia y la buena ética exigían contradecir a las ideologías.

Un caso muy claro fue cuando en 2009 el Comité de Bioética de España, con muchos miembros nombrados por el Gobierno de Zapatero, analizó de forma complaciente la nueva ley del aborto que iba a imponer ese Gobierno y sus aliados parlamentarios.

Así, **Nombela en su voto particular discrepante, contundente y de lectura obligada (aquí)¹²⁰**, señalaba que el Comité admitía que con la concepción surge un nuevo ser humano: "**No existe polémica alguna ni duda razonable** acerca del comienzo y desarrollo de la vida de cualquier mamífero, incluidos los individuos de la especie humana. La alusión a una "**entidad biológica nueva**" que inicia su vida con capacidad para desarrollarse, dependiendo del entorno, pero con autonomía propia, no puede hacer referencia a otra cosa que al comienzo y la conformación de la vida de **cada individuo de la especie humana**", escribía.

Pero después el Comité aprobaba el aborto considerando que era una forma de buscar un equilibrio entre lo que Nombela señalaba que eran "dos bienes de naturaleza muy distinta, "por un lado, la protección de la vida del no nacido, cuya destrucción resultará irreversible, y, por otro, la autonomía de la mujer. De manera especial este vocal discrepa de la afirmación contenida en el documento del Comité, de **que respetar la vida del feto puede “atentar contra la dignidad de la mujer”, como si pudiera ser un acto indigno para la mujer el gestar a un ser humano que ha concebido en su seno**".

El Manifiesto de Madrid y lo que enseña la ciencia

Nombela fue uno de los primeros firmantes del llamado **Manifiesto de Madrid¹²¹** de marzo de 2009, que salió a la luz con más de mil firmas de personalidades contra la ley de aborto que se preparaba.

¹²⁰ <https://www.bioeticaweb.com/voto-particular-de-cacsar-nombela-a-la-opiniasn-del-comitac-de-bioactica-de-espaapa-sobre-la-ive-oct2009/>

¹²¹ <https://statics.ccma.cat/multimedia/pdf/7/0/1237310614807.pdf>

Entrevistado en *Análisis Digital*¹²² en 2009 daba más datos sobre la realidad que él veía como experto microbiólogo en el siglo XXI. "Durante muchos siglos pudo ser legítimo especular sobre cómo surge el nuevo ser humano, porque nada se sabía sobre la célula, ni sobre el desarrollo embriológico. Hoy no, hoy nadie puede negar que del encuentro de los gametos surge un cigoto, materializando así el inicio de la etapa embrionaria del ser humano, que irá seguida de la fetal, neonatal, adulta, etc. Es innegable que lo único que marca un antes y un después es la concepción, si se decide cortar ese desarrollo natural se está cercenando el proceso. Igual sucede con el límite final de la existencia, algunos pretenden que se puede decidir esa terminación, alegando que no existe la muerte natural, porque el hombre es capaz de dominar en parte a la naturaleza. En el fondo lo que late es un afán de dominio sobre el ser humano y su vida, reeditando las imposiciones de las más atroces tiranías que han existido a lo largo de la historia", advertía.

Y concretaba sobre la ley de aborto española de 2009: "El refinamiento del mal que esta ley conlleva lo podemos ilustrar al ver que la norma que el Parlamento español ha aprobado (con el imprescindible y vergonzoso concurso de un partido como el PNV que se dice cristiano) supone desproveer del derecho a vivir a un feto de 14 semanas, que tiene sus órganos formados, que se mueve y percibe estímulos".

De las mayores autoridades en microbiología en España

Licenciado en Farmacia y Ciencias Químicas en la Universidad Complutense de Madrid, Nombela se doctoró en 1972 en la Universidad de Salamanca. En los siguientes tres años trabajó en la Universidad de Nueva York personalmente como discípulo del famoso Severo Ochoa (Nobel de Medicina en 1959) y en el Instituto Roche de Biología Molecular. Sería años después presidente de la Fundación Carmen y Severo Ochoa por designación testamentaria del Nobel.

¹²²<https://es.catholic.net/op/articulos/32633/cat/608/entrevista-a-cesar-nombela-catedratico-de-la-u-complutense.html>



El Nobel Severo Ochoa, sentado, con sus discípulos en Nueva Jersey en 1974... entre ellos vemos a César Nombela.

Tras su regreso a España, ingresó en el Instituto de Microbiología Bioquímica del CSIC, organismo del que sería presidente entre 1996 y 2000. Durante su mandato, **tuvo que hacer frente a la crisis ecológica desencadenada en Aznalcóllar, tras un vertido de lodos tóxicos** en el parque nacional y Natural de Doñana causado por la rotura de su balsa minera.

Dirigió desde 2001 la primera cátedra extraordinaria de Genómica y Proteómica de la universidad española. Fue autor de más de 140 trabajos de investigación original y director de más de 25 tesis doctorales.

Fue académico de número de la Real Academia Nacional de Farmacia, **presidente del Consejo Nacional de Especialidades Farmacéuticas y de la Federación Europea de Sociedades de Microbiología**, entre otros organismos. En España, fue presidente del Comité Asesor de Ética en la Investigación Científica y Tecnológica (2002-2005). En el año 2013 fue nombrado rector de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, cargo que dejó en 2017. Desde entonces, **ya con 71 años, el microbiólogo se dedicó a una intensa labor de divulgación científica**, atendiendo a la prensa y en actos relacionados con la ciencia y la bioética.

Nombela, microbiólogo, citando al físico Schroedinger...

<https://www.youtube.com/watch?v=qC-D9bPIkwI&t=142s>

Promesas venenosas: las células embrionarias y la eutanasia

Hacia 2007, cuando estaba de moda **prometer todo tipo de supuestos avances usando células madre embrionarias** -hoy, quince años después, se ve que aquello quedó en casi nada- él ya dudaba desde diversas publicaciones de toda esa propaganda y además **indicaba la inmoralidad de destruir individuos humanos en sus primeras fases** para obtener de ellos células y órganos (por ejemplo, en la Sección Ciencia de 'Tribuna Complutense' el 29 de mayo de 2007).

Nombela también **criticaba los intentos de justificar la eutanasia**, y en esa línea firmó en 2008 con otros científicos el 'Manifiesto por la dignidad de la muerte natural'¹²³, que declaraba «ética y moralmente reprobables» la eutanasia y el suicidio asistido. El manifiesto pronto consiguió 5.000 firmantes. Criticaba también la «obstinación terapéutica (o encarnizamiento terapéutico) hasta extremos injustificables para la práctica médica» y defendía el desarrollo de los buenos cuidados paliativos.

'**El Estado debe proteger la vida incluso cuando su titular parezca no darle valor**' recogía el manifiesto, diciendo también sobre la **vida humana que es "inviolable por su dignidad intrínseca, que no puede estar sujeta a gradaciones**, ya que es universal, independiente de la situación de edad, salud o autonomía que se posea, y está radicalmente vinculada a los derechos humanos fundamentales".

¹²³ <https://www.libertaddigital.com/sociedad/casi-5000-personas-han-firmado-ya-el-manifiesto-en-defensa-de-la-muerte-natural-1276342098/>

No sólo mantenía firmes convicciones en temas de bioética, sino también en políticas educativas. Aún en abril de 2022 escribía en un digital sobre "**las consecuencias nefastas del sistema autogestionario de gobierno de las universidades españolas**. Me referiré sólo a la **endogamia en la selección del profesorado**. Las posibilidades de que las universidades incorporen nuevo talento académico, procedente de otras instituciones, es prácticamente nula".

Ciencia, fe... y la Resurrección

En 2010, consultado por el periódico *El Mundo*, explicaba: "La ciencia puede explicar muchas preguntas propias de su competencia, pero **probar la existencia de Dios es otro terreno**".

Como científico y creyente, Nombela decía "aplicar la ciencia en todas las situaciones racionales; pero **no es irracional creer que existe un Creador que dio lugar a las mismas leyes de la naturaleza** y que da respuesta a las preguntas de la existencia humana". Y añadía, según el diario: "**El darwinismo describe la evolución, pero no excluye la existencia de un Creador inicial**".

En esas fechas Nombela escribía así en ABC: "La Ciencia no nos traerá la respuesta para la pregunta fundamental sobre el sentido, porque **el quehacer científico solo se puede centrar en el cómo es la realidad, no en por qué ni el para qué**. Sin embargo, el conocimiento racional de la realidad, para el que estamos dotados, es un impulso escrito en nuestra propia naturaleza. **Hacer Ciencia no es jugar a Dios, sino responder a un imperativo que nos lleva a conocer, como base para obrar bien**, en actitud de responsabilidad con la naturaleza, y respetando la dignidad de nuestros semejantes¹²⁴.

En 2018 escribió un artículo titulado "*Ciencia y religión: dos senderos en busca de la verdad*" (Fe y Libertad, Vol. 1, Nº 2).

Allí afirmaba: "**Ciencia y religión, he aquí dos tareas, dos ámbitos para el ejercicio de algo que es profundamente humano, dos senderos de búsqueda** para saciar las ansias por la verdad que están inscritas en nuestra propia naturaleza. También, ¿por qué no decirlo?, dos territorios en los que algunos **creemos poder encontrar una auténtica armonía** –la que se basa en la búsqueda honrada de la verdad– mientras que otros se empeñan en su mutua exclusión".

El 8 de abril de 2010, en pleno Tiempo Pascual, en el semanario *Alfa y Omega* desvelaba de manera sencilla de dónde sentía que le venía la fuerza.

¹²⁴ <https://www.religionenlibertad.com/opinion/10030/hacer-ciencia-no-es-jugar-a-dios.html>

"La Resurrección de Cristo es lo que da sentido a mi vida...La mejor noticia. La única importante. Significa que **mi vida tiene sentido, como lo tiene mi libertad**; es un don que debo merecer. **No estamos abocados ni al vacío ni al absurdo, sino a la esperanza.** La justicia histórica se consumará para todos. Y no desde las estrechas categorías de un sentir meramente humano, sino desde la redención que brota del corazón de **Dios, Padre Bueno que ha querido hacerse presente en la Historia del Hombre**. Es proyecto, presencia e invitación que requiere una respuesta libre y comprometida, con toda una vida para hacerla realidad", proclamaba.

Esta es la esperanza confiada a la que muchos le entregan hoy en oración.

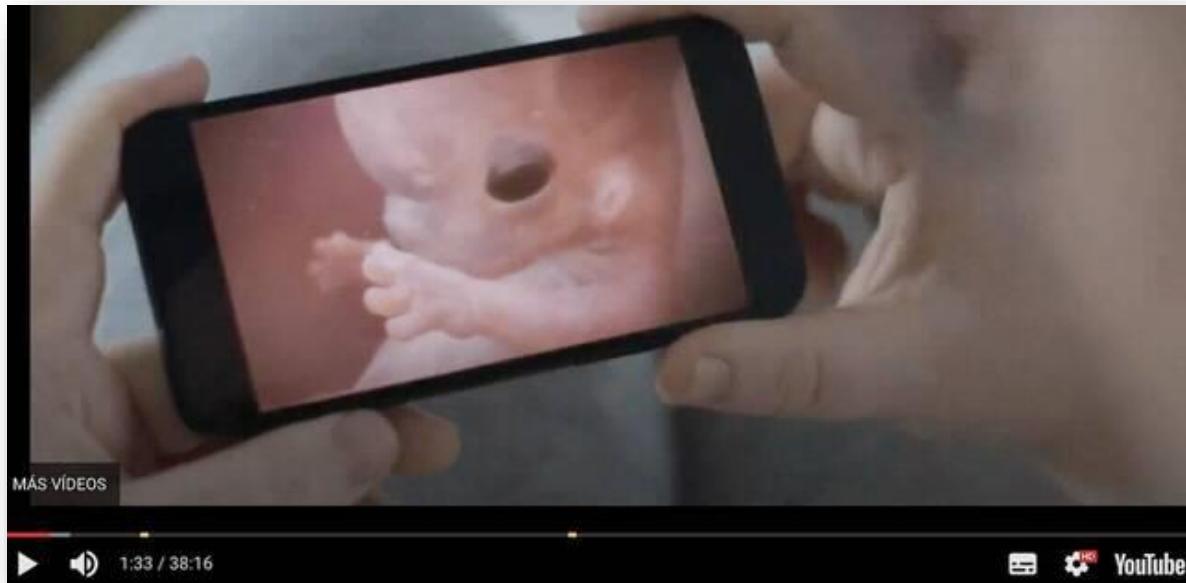
La verdad, la ciencia y la ética explicadas en 4 minutos y medio.

César Nombela (UNIA 2021)

<https://www.youtube.com/watch?v=W2tEIxw8oLo>

YouTube censurará los vídeos provida que considere y, al resto, les colocará un enlace proabortista¹²⁵

La plataforma incluye recuadros en vídeos provida donde indica que "el aborto es realizado



por profesionales con licencia".

ReL, 12 octubre 2022

Aquellos vídeos que defiendan la vida en **YouTube** empezarán, a partir de ahora, a mostrar un **cartel** en el que la tecnológica se descarga de toda responsabilidad sobre la información vertida. Y, es que, aunque parezca que se trate de un **simple soporte** para que cualquier persona pueda subir sus vídeos libremente, detrás de la empresa estadounidense se esconde un gran sesgo ideológico.

Además de este descargo de responsabilidades, la compañía incluirá, en los vídeos de organizaciones católicas o provida, **enlaces a páginas webs** sobre el aborto. Muchos vídeos en inglés del mismo Papa Francisco, donde habla de la enseñanza católica sobre el aborto y de sus alternativas,

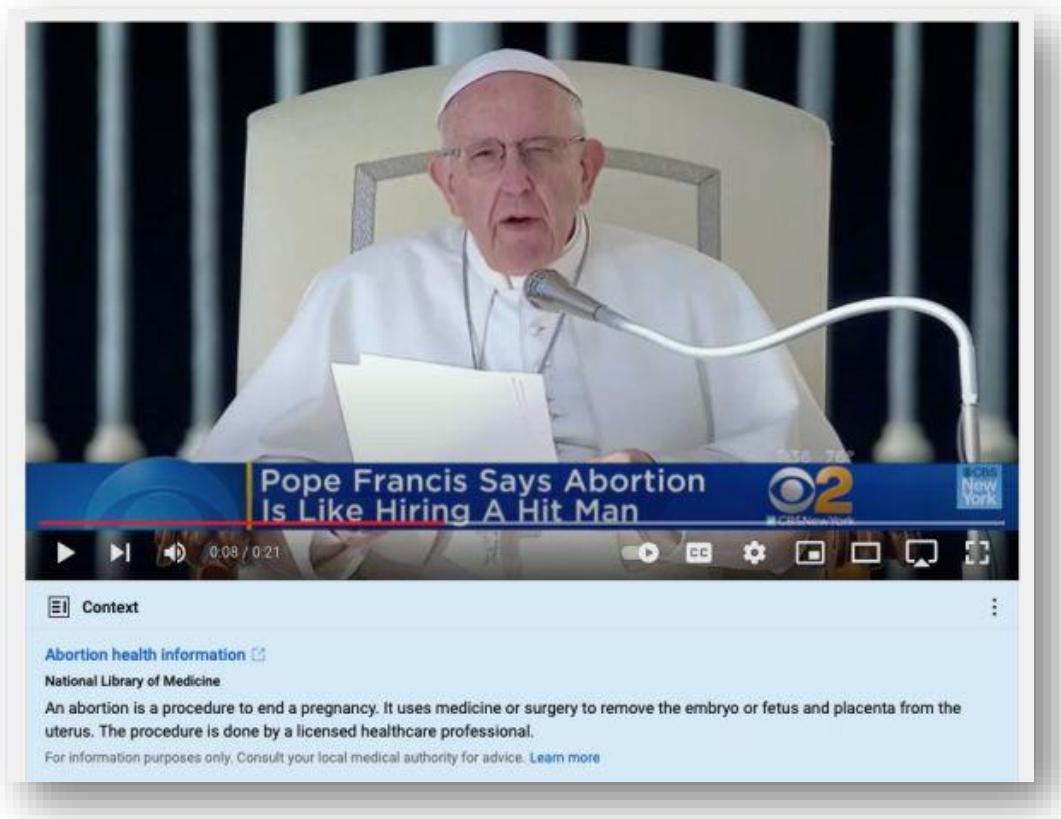
¹²⁵ <https://www.religionenlibertad.com/mundo/3403082/youtube-censurara-videos-provida-considera-resto-colocara-enlace-proabortista.html>

contendrán **información** con la que los propios creadores de estos vídeos podrían no estar de acuerdo.

Un claro sesgo político

Pero, esta estrategia de colgar **sambenitos** para estigmatizar al autor de los vídeos y a sus postulados, ya ocurrió con redes sociales como Instagram durante la pandemia del coronavirus. En nombre de la lucha contra la **desinformación**, se señala lo que no termina de gustar. Ahora, le ha llegado el turno al mensaje provida en YouTube.

"Se predispone a los espectadores a estar en contra de los mensajes que van a recibir. Se **busca prejuzgar** y que descarten los argumentos de estos vídeos, incluso antes de que los hayan visto"¹²⁶, comentó la experta en ética tecnológica, Clare Morell al medio [CNA](#)¹²⁷. "Aregar estos descargos de responsabilidad es un claro **sesgo político** por parte de YouTube, en contra de los grupos y mensajes provida", aseguró.



En la parte inferior se muestra el recuadro que coloca YouTube en su versión de EE.UU.

¹²⁶ <https://www.religionenlibertad.com/video/139438/video-provida-aborto-youtube-desmonetiza.html>

¹²⁷ <https://www.catholicnewsagency.com/news/252518/youtube-adds-abortion-info-to-catholic-pro-life-videos>

La experta comentó que se prefiere el **señalamiento** a la libertad de expresión. "En lugar de permitir la libertad de expresión y el debate, YouTube prefiere directamente posicionarse. Intenta inducir a los espectadores a estar **en contra de la postura provida**", explicó.

Ningún video se libra

Un ejemplo reciente muestra cómo YouTube, en un **vídeo sobre vandalismo** proabortista en EE.UU, enlazaba información patrocinada por el gobierno sobre el aborto. Los videos muestran **un recuadro** con un enlace que lleva a "información sobre el aborto". En este espacio se explica lo que es un aborto y concluye con frases como: "El procedimiento lo realiza un profesional de la salud con licencia".

Vídeos de noticias católicas, de sacerdotes, del **Papa Francisco** o de la Conferencia de Obispos Católicos de EE. UU. muestran este panel de información sobre el aborto. YouTube anunció la medida el pasado mes julio y adelantó, además, que **eliminará** "contenido que proporcione instrucciones para métodos de aborto inseguros o promueva afirmaciones falsas sobre la seguridad del aborto".

Otro estudio muestra los efectos adversos del aborto a largo plazo¹²⁸

Las mujeres que se someten a un aborto químico tienen un mayor riesgo de tener una imagen negativa de sí mismas



La RU-486 provoca que el recubrimiento del útero se vuelva hostil y contracciones que expulsan al embrión Gtres

Clara González, 14/10/2022

En el «nosotras parimos, nosotras decidimos» no hay un «nosotras sufrimos». **El postaborts es un tabú** y no se habla de sus consecuencias, aunque las tiene. Así lo van demostrando diversos estudios científicos y estadísticos que van publicándose.

Hace unos meses, el Instituto Charlotte Lozier¹²⁹ de Estados Unidos –el brazo de investigación de la ONG SBA Prolife¹³⁰– mostró que **los ingresos hospitalarios se duplican** cuando las complicaciones de los abortos farmacológicos¹³¹ se codifican erróneamente como espontáneos o naturales en caso de que la mujer tenga que acudir a urgencias.

¹²⁸https://www.eldebate.com/familia/20221014/otro-estudio-mas-muestra-consecuencias-aborto-largo-plazo_65908.html

¹²⁹<https://lozierinstitute.org/>

¹³⁰<https://sbaprolife.org/>

¹³¹<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/23333928221103107>

En esta ocasión, la organización Support After Abortion¹³² –su nombre en español quiere decir apoyo tras el aborto– ha indagado en las consecuencias del aborto farmacológico o químico en la salud mental de las mujeres. En colaboración con el grupo Shapard Research, han concluido que el 34 % de las mujeres que se sometieron a un aborto con pastillas tenían una imagen negativa de sí mismas tras él.



ENTREVISTA

Esperanza Puente: «El cien por cien de las mujeres sufren el postaborted»

Clara González

«Nuestra encuesta aleatoria nacional es clara», dijo la fundadora de Support After Abortion, **Janine Marrone**. «El sesenta y tres por ciento de las mujeres buscaron ayuda después del aborto o dijeron que podrían haberse beneficiado de hablar con alguien, pero solo el 18 % de las mujeres sabían que existe la consejería después del aborto».

Como línea contraria a la suya, el equipo de Marrone señala el estudio Turnaway (2018)¹³³, una encuesta de cinco años basada en entrevistas a mujeres que abortaron en el que se afirma que el 95 % de ellas no sufrieron traumas relacionados con el aborto. Desde Support After Abortion **denuncian el sesgo de la selección de encuestadas**, mientras que el último publicado es «aleatorio de acuerdo con los datos demográficos del censo».

Aunque comience a reconocerse el trauma que puede llegar después de acabar con un hijo, el tratamiento que se le da está en muchas ocasiones basada en el asesoramiento y el apoyo de profesionales y desde la fe. El estudio de esta organización en defensa de la vida muestra que solo el 16 % de las mujeres que sufren el posaborted prefieren un programa de curación basado en la fe. El 69 % de ellas admitió que **el anonimato era importante en su proceso de sanación**.

I Regret My Abortion - Adriana's Story

<https://www.youtube.com/watch?v=maGNQH93OCg&t=1s>

¹³² <https://supportafterabortion.com/blog/new-study-34-of-women-suffer-due-to-medication-abortion/>

¹³³ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30275603/>

Otros resultados clave del estudio

- Ninguna mujer dijo que acudiría a un líder religioso, como un pastor o un rabino, para recibir «cuidados posteriores a la pérdida».
- El 73 % de las mujeres rara vez o nunca asisten a servicios religiosos.
- El 51 % de las mujeres que no buscaron la curación después del aborto dijeron que podrían haberse beneficiado al hablar con alguien.
- El 78 % dijo que la decisión de abortar fue solo su decisión.

El postaborts es el tema principal de la plataforma Can't Stay Silent¹³⁴, de la ONG provida Live Action¹³⁵, en la muchas mujeres han encontrado un lugar donde expresar su arrepentimiento.

A través de un informe se han propuesto mostrar la realidad de sentir remordimientos tras sufrir un aborto, el trauma y el proceso de recuperación. Y en él, incluyen varios estudio que corroboran lo que Support After Abortion quería demostrar, por ejemplo, una investigación de cohorte¹³⁶ llevada a cabo con más de 2.000 mujeres en Alemania con datos de la Encuesta Nacional Longitudinal de la Juventud, que encontró que, después de ocho años, las mujeres que sufrieron un aborto en su primer embarazo tenían **un 65 % más de probabilidades de tener alto riesgo de depresión** clínica que las mujeres cuya primera gestación fue llevada a término.

«El trauma a menudo da lugar a más trauma», sentencia la directora ejecutiva de Support After Abortion, **Lisa Rowe**, lo que para ella parece explicar que el 50 % de los abortos son llevados a cabo en mujeres que ya habían tenido un aborto anterior.

- [Un estudio advierte de las graves consecuencias del aborto farmacológico](#)
- [Aumenta un 82 % la oferta de aborto químico desde 2005](#)

¹³⁴ <https://www.cantstaysilent.com/>

¹³⁵ <https://www.liveaction.org/news/>

¹³⁶ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032719301727?via%3Dihub>

Los protocolos sanitarios escondieron una eutanasia encubierta durante la pandemia¹³⁷



Un paciente de covid recibe tratamiento en la UCI del Hospital del Mar de Barcelona. GTRES

Aunque los facultativos aseguran que la edad no es determinante, lo cierto es que los ancianos vieron mermada su atención durante los primeros meses de coronavirus

José Rosado, 15/10/2022

Hace unas semanas, el arzobispo de Tarragona, Joan Planellas, criticaba en un artículo de *La Vanguardia* a raíz de la aprobación de la ley de la eutanasia que «hay una práctica no escrita, pero real en ciertos ámbitos del sector médico, según la cual a los pacientes de cierta edad **no se les deben practicar determinadas pruebas ni proporcionarles determinados tratamientos** porque se considera una cosa innecesaria que va en detrimento de otros pacientes con más probabilidades de sobrevivir».

Planellas denunciaba que hacer este planteamiento «equivale a decir que **las personas mayores ya no son útiles** a la sociedad y, como han hecho su camino

¹³⁷ https://www.eldebate.com/sociedad/20221015/eutanasia-encubierta-escondieron-protocolos-sanitarios-durante-pandemia_66236.html

en la vida, no hay que dedicarles los mismos esfuerzos que a los pacientes que todavía sí pueden ser útiles o vivir más años».

Jaume Padrós, presidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, **calificó el artículo de Planellas de «lamentable»**. «Más allá de las barbaridades que dice, muestra un desconocimiento total de lo que es la adecuación del esfuerzo terapéutico y evitar prácticas fútiles y empeño terapéutico».

De hecho, unos días después, el propio Padrós aseguraba para *La Vanguardia* que la edad «es ahora menos determinante que nunca, **no decide lo que se hace o no**». «Los cirujanos elaboramos guías que, ante un paciente de edad avanzada, ayudan a evaluarlo de forma global, valoramos su fragilidad (...). A veces, una intervención puede suponer más riesgos que beneficios y se busca otro tratamiento. **O hay algún paciente que no quiere operarse**», añadía.

Eutanasia en la práctica

Lo cierto es que los protocolos médicos sí esconden una eutanasia encubierta por parte del sistema de salud contra los más mayores. Un documento del Departamento de Salud de la Generalitat del 24 de marzo de 2020 llamado *Recomendaciones de apoyo a las decisiones de limitación de esfuerzo terapéutico por pacientes con sospecha de COVID-19 e insuficiencia respiratoria aguda* advertía de los riesgos de saturación del sistema y ofrecía consejos sobre actuación.

Según el texto, elaborado por el Grupo de trabajo de Ventilación, la Jefatura de Emergencias, la Dirección Médico y la Enfermera del SEM, las infecciones emergentes ponen en muchas ocasiones en juego las capacidades de atención de los sistemas sanitarios, sobre todo cuando el número de pacientes graves o críticas supera y amenaza las capacidades de atención del sistema.

Así, recomendaba planificar los recursos y «mantener una ética en la toma de decisiones basada en ofrecer los recursos a aquellos pacientes que más se puedan beneficiar, en términos de años de vida salvados, máxima supervivencia al alta, evitar ingresos en pacientes con escaso beneficio, ya sea por patologías respiratorias por la COVID-19 o de otras patologías que condicione el estado crítico, **evitar el fenómeno del ‘primero que llega, el primero que ingresa’ y aplicar estos principios a todos los grupos de pacientes por igual**, no solo a un grupo concreto como los pacientes geriátricos».

Este protocolo señalaba que, si bien todo paciente tiene derecho a recibir asistencia, la intensidad se determinaría según criterios de idoneidad. También

matizaba que la edad «nunca» debe ser el único criterio a utilizar a la hora de decidir la limitación del esfuerzo.

A continuación, detallaba el tratamiento a seguir según el tramo de edad que, conforme aumentaba, reducían las posibilidades de salir adelante. Las personas sanas y en forma, los que estén saludables y aquellos con problemas crónicos controlados recibirían Ventilación Mecánica Invasiva (VMI), mientras que el resto y los mayores de 75 tendrían como tratamiento oxígeno en alta concentración. Los VMI, los famosos respiradores, fueron los que en definitiva **salvaron vidas al comienzo de la pandemia**.

Más de 7.000 ancianos muertos

Alberto Reyero, exconsejero de Políticas Sociales en el primer gobierno de Isabel Díaz Ayuso asegura en su libro *Morirán de forma indigna* que en las residencias murieron más de 7.000 ancianos a causa de unos protocolos que impedían la derivación de los mayores a los hospitales.

Según denuncia, uno de los protocolos de la Consejería ordenaba que las personas que vivían en residencias y tenían cierto grado de dependencia o discapacidad no fueran trasladadas a los hospitales para ser tratadas. En octubre de 2020, Reyero presentaría su dimisión.

El dilema de cuándo comienza la vida humana¹³⁸

OBSERVATORIO DE BIOETICA. UCV|,18 octubre, 2022



¿Cuándo comienza la vida humana? Esta cuestión ha generado un amplio debate en el mundo científico, específicamente desde los años ochenta del siglo pasado con la aparición de las técnicas de **reproducción asistida**¹³⁹.

La pregunta, según un estudio¹⁴⁰ basado en investigaciones de Steven Jacobs, ofrece resultados acerca de los planteamientos en torno a cuando un embrión o

¹³⁸ <https://www.observatoriobioetica.org/2022/10/el-dilema-de-cuando-comienza-la-vida-humana/40291>

¹³⁹ https://www.observatoriobioetica.org/?s=reproducci%C3%B3n+asistida&post_type%5B%5D=any&search_limit_to_post_titles=0&fs=1

¹⁴⁰ https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3211703

feto debe ser considerado humano y también al planteamiento normativo sobre cuándo debe merecer consideración ética y legal.

Steven Jacobs, que incluyó el estudio basado en investigaciones en su tesis doctoral por la Universidad de Chicago en junio de 2019, encuestó a 2.899 adultos estadounidenses para pedirles que seleccionaran el grupo más cualificado para responder a la pregunta de cuándo comienza la vida de un ser humano.

El 81% eligió a los biólogos, por considerar su ámbito científico el adecuado para determinar **cuándo comienza la vida de un ser humano**¹⁴¹.

Entonces se reclutaron 5.502 biólogos de 1.058 instituciones académicas para que participaran en el estudio sobre su visión descriptiva acerca de cuándo comienza la vida. Evaluaron las declaraciones que representaban el punto de vista biológico: «la vida de un ser humano comienza en la fecundación». Se utilizó este punto de vista porque las encuestas y sondeos anteriores sugieren que muchos estadounidenses y expertos médicos sostienen esta opinión.



Cada una de las tres afirmaciones que representan ese punto de vista, fue afirmada por un consenso de biólogos (75-91%).

Los participantes se dividieron en 60 grupos y cada afirmación fue corroborada por un consenso de cada grupo, incluyendo biólogos que se identificaron como muy pro-elección (69-90%), muy pro-vida (92-97%), muy liberales (70-91%), muy conservadores (94-96%), demócratas fuertes (74-91%) y republicanos fuertes (89-94%).

En general, el 95% de los biólogos se pusieron de acuerdo en que la vida de un ser humano comienza en la fecundación (5212 de 5502).

Para Bioética Web¹⁴², que analiza este estudio, “aunque las conclusiones de este artículo sugieren que un feto se clasifica biológicamente como humano en el momento de la fecundación, esta visión descriptiva no implica la visión

¹⁴¹ <https://www.observatoriobioetica.org/2017/04/estatuto-biologico-del-embrion-humano-3/15982>

¹⁴² <https://www.bioeticaweb.com/consenso-entre-los-biologos-sobre-cuando-comienza-la-vida-humana/>

normativa de que los fetos merecen consideración legal durante todo el embarazo. Los conceptos éticos y legales contemporáneos que motivan los derechos reproductivos pueden hacer que los estadounidenses no tengan en cuenta el punto de vista descriptivo o lo desvinculen del punto de vista normativo. Sin embargo, estas conclusiones pueden ayudar a los estadounidenses a dejar atrás la disputa fáctica sobre cuándo comienza la vida y centrarse en la cuestión operativa de cuándo un feto merece consideración legal”.

Nuestra valoración

Desde la evidencia científica, el más profundo conocimiento de la naturaleza biológica del embrión y su programa de desarrollo que, arrancando con la fecundación, lo conduce hacia el nacimiento en proceso organizado, continuo y de complejidad creciente, deja poco espacio para la duda sobre su naturaleza humana. Los pretendidos intentos de algunos científicos por definir un preembrión, o estado evolutivo previo al embrionario al que no pudiera asignársela una naturaleza humana, han sido abandonados definitivamente a medida que la ciencia nos ha ido mostrando los secretos de su evolución biológica.

Para la Bioética Personalista, la naturaleza humana no puede separarse de la identidad personal, poseedora de dignidad y derechos. Pero otras corrientes bioéticas establecen, no sin arbitrariedad, que los conceptos naturaleza humana e identidad personal pueden separarse, pudiendo existir seres humanos - embriones tempranos- que no sean personas y, por tanto, carezcan de dignidad y derechos. Los plazos evolutivos que se establecen desde estas posturas para delimitar esta separación son cambiantes, arbitrarios y no consensuados, modificándose a medida que nuevas evidencias científicas cuestionan la validez de estos criterios.

Entre tanto, millones de seres humanos, son exterminados a través del **aborto**¹⁴³, las técnicas de reproducción asistida o la investigación biomédica, porque no son considerados personas. Esta sigue siendo la gran asignatura pendiente en la bioética del tercer milenio.

¹⁴³<https://www.observatoriobioetica.org/2022/05/mas-aborto-menos-garantias-mas-embriones-exterminados/38770>

La mayor investigación en cambio de género: cientos de niñas menores de 12 años son mutiladas al año¹⁴⁴

El informe muestra que del total de operaciones realizadas en esos cuatro años, 1.130



correspondían a niñas menores de 12 años.

J.M.C., 21 octubre

A principios de esta semana, la prestigiosa revista médica JAMA Pediatrics perteneciente a la Asociación Médica Estadounidense publicó un **informe** elaborado por médicos de la Universidad de Vanderbilt (Nashville, EE.UU.) sobre las **operaciones de cambio de género en menores** de edad.

Se trata de "**la investigación más grande hasta la fecha**" en torno a esta práctica que, según muestra el estudio, es de todo menos médica.

¹⁴⁴ https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/771963298/mayor-investigacion-cambio-genero-cientos-ninas-menores-mutiladas.html

Michael Cook, editor de *Mercatornet*¹⁴⁵, ha sintetizado los resultados del informe y la conclusión es alarmante: no solo muestra el **escalofriante aumento** de operaciones de cambio de género en Estados Unidos, sino que buena parte de ellas son realizadas **eludiendo los mismos procedimientos** que, según el lobby de género, son necesarios para llevarlas a cabo.

El estudio, disponible aquí¹⁴⁶ en inglés, arroja que las operaciones de reconstrucción torácica de afirmación de género -el eufemismo empleado para referirse a la mutilación mamaria, la **mastectomía- se han incrementado en un 389% entre 2016 y 2019**, así como casos de niños que solicitaron implantes mamarios.

El informe muestra que del total de operaciones realizadas en esos cuatro años, **1.130 correspondían a niñas menores de 12 años.**

Los médicos de Vanderbilt calcularon que, sobre el total, un 5,5% de los menores operados tenían menos de 14 años, el 21,5% eran menores de 15 y el 56% menores de 16.

El lobby transgénero y sus partidarios siempre han afirmado que estas operaciones tienen sentido como **el último paso** del conocido como proceso de reafirmación de género.

Una travesía con **secuelas globales y de por vida en adultos y menores** que suele seguir las siguientes etapas -en una gran mayoría, inducidas por las autoridades médicas, escolares y sociales-: que el niño tome conciencia de la supuesta disforia, la consiguiente necesidad de afirmación social -hacerlo público en sociedad y que sea aceptado-; el comienzo de medicación de bloqueadores de pubertad y de sexo cruzado -para cambiar la apariencia física- y como último paso, intervenciones quirúrgicas como la doble mastectomía.

La dictadura de la "reasignación" se salta sus propios procedimientos

Pero según la realidad de los hechos -que ya ha llevado al cierre de la polémica clínica de cirugías de cambio de sexo inglesa Tavistock- muestra lo contrario, según el estudio. Sin ser una justificación para realizar las cirugías de reasignación siguiendo el procedimiento, se desprende que **menos del 20% de las niñas recibieron terapia hormonal antes de la cirugía**: el 80% de las niñas y jóvenes fueron operadas sin masculinizar los cuerpos, como prescribe el procedimiento.

¹⁴⁵ <https://mercatornet.com/what-kind-of-doctor-amputates-the-breasts-of-a-12-year-old-girl/81323/>

¹⁴⁶ <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2797439>

Según los estándares oficiales, **un adolescente debe haber tenido "al menos 12 meses de terapia hormonal** de afirmación de género o más, si es necesario, para lograr el resultado quirúrgico deseado para los procedimientos de afirmación de género", según la WPATH.

Para Cook lo que sucede "es pura mutilación" y lo describe como algo "peor que prescribir una liposucción a un niño de 12 años que padece anorexia".

Las operaciones se realizan, además, **eludiendo los problemas psicológicos y psiquiátricos** que, lejos de ser diagnosticados -como en realidad lo son- como motivos contrarios a la reasignación que deben ser tratados, acaban siendo catalizadores. Entre ellos, se encuentran la **ansiedad, la depresión o el autismo**, generalmente achacados a la disforia de género.

Según Cook, "lo peor está por llegar". "**¿Cuántas niñas más serán mutiladas de por vida** por cirujanos sociópatas antes de que los estadounidenses se den cuenta de esta grotesca violación de los derechos humanos?", plantea el editor de *Mercatornet*.

What kind of doctor amputates the breasts of a 12-year-old girl?¹⁴⁷

Statistics published in JAMA Pediatrics are horrifying

by **Michael Cook.** Oct 19, 2022



BIGSTOCK

The deeper you dig in the dark warrens of adolescent transgender medicine, the more convinced you become that the doctors who operate on young girls are criminal or insane or both.

I know that sounds extreme. But how can a decent person read the bare statistics in a recent article in one of the world's leading paediatrics journals without feeling rage?

A brief report from four doctors at Vanderbilt University, “Gender-Affirming Chest Reconstruction Among Transgender and Gender-Diverse Adolescents in

¹⁴⁷ <https://mercatornet.com/what-kind-of-doctor-amputates-the-breasts-of-a-12-year-old-girl/81323/>

the US From 2016 to 2019” appeared in JAMA Pediatrics¹⁴⁸ earlier this week. It is “the largest investigation to date of gender-affirming chest reconstruction in a pediatric population” to date.

The researchers found that the incidence of “gender-affirming chest reconstruction” surgery for children under 18 – better known as double mastectomies or “top jobs” — increased by 389 percent between 2016 and 2019. (These “chest reconstructions” included some boys who presumably wanted breast implants – but these were only 1.4 percent.)

An estimated 1,130 “top jobs” were performed during those four years on girls as young as 12. What kind of doctor amputates the healthy breasts of a 12-year-old girl?

According to the data, based on the Nationwide Ambulatory Surgery Sample¹⁴⁹, the Vanderbilt doctors calculated that 5.5 percent of the children were under 14, 21.5 percent under 15, and 56 percent under 16.

It gets worse.

Through the distorted lens of the billion-dollar¹⁵⁰ sex-reassignment surgery industry, “top jobs” might make sense as the last step in the gender-affirmation template. After a gender-dysphoric girl has experimented with living in a male body for months or years, she wants her chest to look masculine. She proceeds through the following steps:

- I know I’m a boy in a girl’s body.
- I need social affirmation.
- I need puberty blockers.
- I need cross-sex hormones.
- I need a double mastectomy.

But according to the figures compiled by the Vanderbilt doctors, only 19.9 percent of these girls had hormone therapy before surgery. *That means that the overwhelming majority of these young girls – 80.1 percent – had their breasts amputated without attempting to masculinise their bodies.*

¹⁴⁸ <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2797439>

¹⁴⁹ https://www.hcup-us.ahrq.gov/db/nation/nass/NASS_Introduction_2019.jsp

¹⁵⁰ <https://bioedge.org/gender/transgender/surgery-market-in-us-forecast-to-soar-to-us6-billion/>

One of the leading American hospitals for transgender surgery, Boston Children's Hospital¹⁵¹, recommends that patients have hormone therapy first:

Surgery is never the first step in a gender transition. It is something that happens after you have already explored social and medical transition options. People who choose to undergo surgery usually do so after taking other steps in the gender affirmation process, such as taking supplemental hormones.

And the recently-released standards for transgender medicine¹⁵² specify that an adolescent should have had “at least 12 months of gender-affirming hormone therapy or longer, if required, to achieve the desired surgical result for gender-affirming procedures” (WPATH, section 6.12).

Amputation without hormone therapy makes no sense even in the *Alice in Wonderland* universe of transgender medicine. It is sheer mutilation. It is worse than prescribing liposuction for a 12-year-old suffering from anorexia nervosa. Or amputating limbs or severing spinal cords for people suffering from Body Integrity Identity Disorder¹⁵³. Where are the studies which show that “top jobs” alone will solve girls’ gender dysphoria?

Furthermore, more than a third of the girls had been diagnosed with anxiety or depression. (The study fails to mention autism, which is often implicated in gender dysphoria.) What kind of surgeon amputates the breasts of a mentally-ill teenager?

Every reassuring account of the “gender-affirmation journey” in the media or from the trans industry describes the multi-stage template. Now it turns out that this is a charade. The real story seems to be that girls as young as 12 who demand to be mutilated will find willing doctors.

The data in this study are already nearly three years old. How many more girls will be maimed for life by sociopathic surgeons before Americans wake up to this grotesque violation of human rights?

Michael Cook

Michael Cook is the editor of MercatorNet. He lives in Sydney, Australia

¹⁵¹ <https://www.childrenshospital.org/programs/center-gender-surgery-program/eligibility-surgery>

¹⁵² <https://www.wpath.org/publications/soc>

¹⁵³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3326051/>

Matrimonio y fertilidad, una «relación empírica» según un estudio para frenar la crisis demográfica¹⁵⁴

Un nuevo informe del Instituto de Estudios para la Familia muestra la importancia del



matrimonio para hacer frente a la crisis y envejecimiento demográfico en Occidente.

ReL, 17 octubre 2022

"Papá, ¿dónde está la gente...joven?": todo el que haya visto el último estreno de las plataformas de streaming, *Los Ancianos*, sabrá que con esta pregunta, un asustado y joven protagonista observa que es el único niño de la ciudad y que los jóvenes se cuentan con los dedos de una mano. Así, **el invierno demográfico ha llegado a las plataformas** de entretenimiento.

Lo cierto es que la **reducción de matrimonios**, el incremento de abortos y divorcios y una esperanza de vida cada vez más larga son los tres ingredientes

¹⁵⁴https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/281012008/matrimonio-fertilidad-relacion-empirica-frenar-crisis-demografica.html

de una silenciosa pero devastadora crisis social que se asienta en todo el mundo con el invisible paso de los años.

En el caso de España, la relación es evidente: en 2021 las bodas católicas no llegaron a las 9.500, de modo que solo una de cada diez se realizó ante un altar. En 2019 se dieron 36.295 enlaces católicos, 39.295 en 2018, 43.268 en 2017, 47.771 en 2016, 49.206 en 2015, 50.541 en 2014, 109.811 en 2007 y 152.067 en 2001.

En cuanto a las edades en que se contrae el matrimonio, estas también se han incrementado: los últimos datos¹⁵⁵ muestran que los hombres se casan con 40,4 años, tres más que las mujeres.

La **natalidad** ofrece un desplome similar: si en el 2000 no se llegaba a 400.000 nacimientos al año, veinte años después apenas se han superado los 340.000.

El **aborted** también tiene mucho que decir al respecto de este invierno demográfico. En las mismas fechas mencionadas en torno a la natalidad, el número de abortos quirúrgicos -sin contar con la mayoría de los abortos que son cometidos químicamente- fue respectivamente de 63.000 y 88.000. Es decir, entre el 15 y el 25% del total de nacimientos en las mismas fechas.

Estos y algunos otros datos tendrán devastadoras consecuencias demográficas - como es la pérdida de 17 millones de personas en España a lo largo del presente siglo- y hacen necesario responder a una pregunta: ¿Cómo revertir esta crisis?

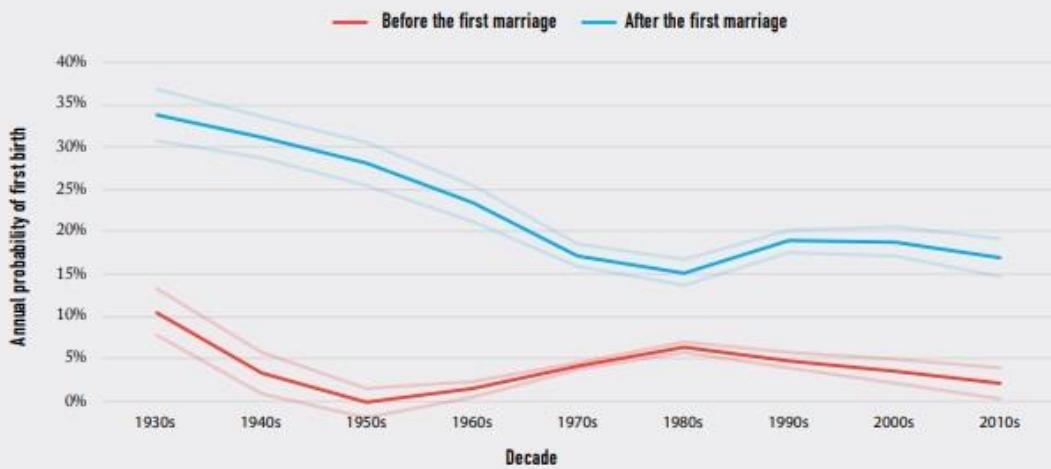
La evolución sostenida de estos indicadores lleva a muchos expertos a pensar que la reversión ya no es posible en el corto-medio plazo, pero cada vez son más los que apuntan en una dirección: el matrimonio ayuda.

Es una de las últimas conclusiones que se desprenden del informe elaborado por el *Institute of Family Studies*¹⁵⁶ y el *Instituto Wheathley*, que afirma que **los comportamientos matrimoniales están estrechamente ligados a los de la propia fecundidad**. Tanto, expresan, "que es imposible promover el matrimonio o la fecundidad por sí solos o sin influir en el otro".

¹⁵⁵https://www.niusdiario.es/sociedad/matrimonios-historico-pandemia-catolicos-desploman_18_3156045913.html

¹⁵⁶ <https://ifstudies.org/blog/new-report-for-fertility-marriage-still-matters>

Figure 2. Probability of First Birth Before or After First Marriage in the U.S.



Source: Marginal effects of marital status interacted with decade using NSFG 1955–2019 with standard weights, individual fixed effects with time-varying categorical age.

IFS/Wheatley

Uno de los aspectos destacados del informe es la necesidad de potenciar el matrimonio, directa y "empíricamente" relacionado con la natalidad.

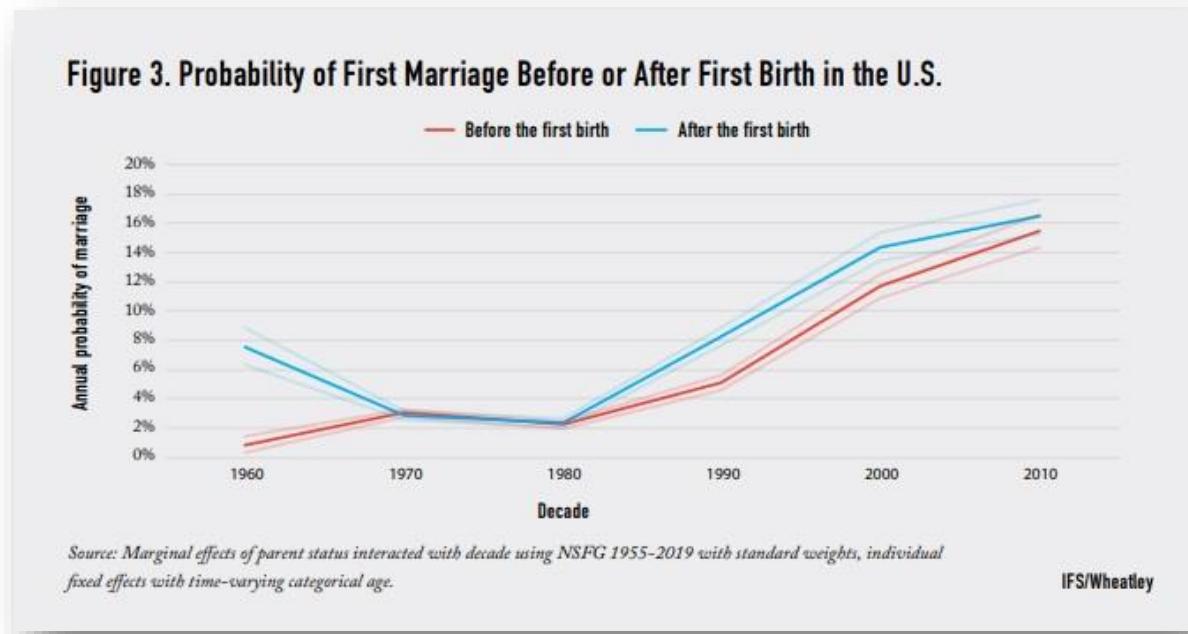
Una de las conclusiones principales del informe que puedes consultar aquí¹⁵⁷ es la recabación de la evidencia estadística de cómo se incrementan las probabilidades de que una relación concluya en matrimonio después del parto y, al contrario, como tras celebrarse un matrimonio aumentan las probabilidades de tener un hijo.

Visto desde la perspectiva opuesta, el informe también observa la "relación empírica" dada en los países de la OCDE: **el matrimonio, cada vez más tardío, tiende a significar una fecundidad más baja** y la que se da al margen del matrimonio no compensa la pérdida de nacimientos matrimoniales por este motivo.

En este sentido, ambas organizaciones apuntan al matrimonio como una de las principales herramientas empíricas frente al invierno demográfico, ya que "**el deseo de tener hijos puede llevar al matrimonio**, así como el deseo de casarse puede motivar la procreación".

¹⁵⁷ <https://ifsStudies.org/ifs-admin/resources/reports/marriagestillmatters-final.pdf>

"Es evidente que los cambios en el comportamiento de fecundidad o matrimonio provocan cambios en el otro comportamiento. Los vínculos causales entre el matrimonio y la fecundidad son complejos y bidireccionales, pero **innegablemente importantes**. Así como se renuncia o pospone el matrimonio, también sucede con la procreación", afirman.



Tanto antes como después de tener un hijo, las probabilidades de casarse aumentan entre un 14 y un 16%.

Consulta aquí el informe completo *Marriage Still Matters*.

Para Biden es «inmoral» impedir las «transiciones» de sexo en niños y propone baños según el género¹⁵⁸

El presidente de EE.UU condenó las medidas de algunos estados de impedir los bloqueadores



de la pubertad y cirugías.

ReL, 25 octubre 2022

Joe Biden **condenó** en una reciente entrevista a los estados de la Unión que restringen los procedimientos de cambio de sexo en los niños. El presidente de Estados Unidos¹⁵⁹ participó en la Casa Blanca en un programa televisivo llamado Now This News, donde tuvo **una entrevista** con el influencer trans¹⁶⁰ Dylan Mulvaney.

"Señor Presidente, este es mi 221º día de mi transición", comentó el entrevistador, a lo que el presidente contestó con un "**Dios te ama**". Una de las primera preguntas de la noche fue si Biden creía que los estados podían prohibir

¹⁵⁸ [https://www.religionenlibertad.com/eeuu/521239237/biden-es-inmoral-impedir-transiciones-ninos-propone-banos-segu...n-genero.html](https://www.religionenlibertad.com/eeuu/521239237/biden-es-inmoral-impedir-transiciones-ninos-propone-banos-segun-genero.html)

¹⁵⁹ <https://www.religionenlibertad.com/eeuu/464730122/obispos-denuncian-leyes-trans-abortistas-biden-etica-medica.html>

¹⁶⁰ <https://www.religionenlibertad.com/secciones/1/203/tag/transexualidad.html>

la "atención sanitaria de afirmación de género", como son los **bloqueadores de la pubertad** o las cirugías irreversibles de cambio de sexo.

"Vista con gente como tú"

"No creo que ningún estado ni nadie deba tener derecho a hacerlo como **cuestión moral**. Como cuestión legal, creo que está mal", respondió el presidente. Actualmente, son varios los estados de todo el país que están restringiendo el acceso a los procedimientos de transición de sexo en niños, incluidos los bloqueadores de la pubertad, las **terapias hormonales** y las cirugías de cambio de sexo irreversibles.



Mulvaney tiene 25 años y se ha hecho viral en TikTok por documentar su transición.

Biden fue más allá y catalogó la acción de estos estados de "**inmoral**". El presidente aseguró que se debía permitir incluso baños públicos para los diferentes géneros. "Ningún estado debería poder hacer eso, en mi opinión. Creo muy firmemente que deberían tener cada uno de los derechos individuales, incluyendo el **uso de sus baños** de identidad de género, pero públicos", añadió.

"¿Cómo pueden los líderes demócratas **ser más efectivos** en la defensa de nosotros, las personas trans, en nuestras familias, en nuestras vidas y en nuestras oportunidades?", preguntó el presentador al mandatario. El presidente aseguró

que estaba orgulloso de encuentros como ese. "No estoy siendo bromista cuando digo esto, pero **ser vistos con gente como tú**. No, lo digo en serio... La gente teme lo que no conoce", señaló.

Aquí puedes ver la entrevista en la que el presidente realiza las afirmaciones.

**Joe Biden responde urgentes preguntas de nuestros jóvenes en exclusiva
de NowThis**

<https://www.youtube.com/watch?v=m8tT6gNej8A&t=215s>

Mulvaney tiene 25 años y se ha hecho viral en TikTok por **documentar su transición**. Decenas de mujeres han acusado a Mulvaney de apropiarse y burlarse de lo femenino. "Lo más ofensivo del acto de Mulvaney no es que **rebaje a las mujeres** a los estereotipos más bajos, es que a las mujeres se les dice que miren a la verdad a los ojos y luego le escupan a la cara", escribió recientemente la periodista de Spectator Amber Athey.

Transexualidad, Género y Sexo: Reflexión desde la evidencia científica sobre algunos aspectos de la Ley Trans¹⁶¹

Julio Tudela. Instituto de Ciencias de la Vida. Universidad Católica de Valencia OBSERVATORIO DE BIOETICA UCV.



Gender Icon For Male On A Wooden Block Arranged By One Finger Next To The Female Sign On A Table

La presente, es una reflexión sobre la **nueva regulación legal propuesta**¹⁶² sobre el fenómeno de la transexualidad, que introduce aspectos en el ámbito legal, social, educativo y moral, que merecen una valoración.

¹⁶¹<https://www-observatoriobioetica-org.cdn.ampproject.org/c/s/www.observatoriobioetica.org/2022/10/transexualidad-genero-y-sexo-reflexion-desde-la-evidencia-cientifica-sobre-algunos-aspectos-de-la-ley-trans/40323/amp>

¹⁶²<https://www.observatoriobioetica.org/2021/03/nueva-ley-de-transexualidad-un-retroceso-para-todos/35378>

Analizaremos algunos de ellos, que resultan a mi juicio, de especial interés, proponiendo argumentos desde la evidencia científica, que puedan ilustrar el tema con cierta objetividad.

“El sexo asignado al nacimiento”

Ya en el preámbulo se utiliza esta terminología, habitual en el entorno de la **ideología de género¹⁶³**, que subyace tras el contenido de todo el proyecto. El sexo biológico, al que parece referirse la expresión “asignado al nacer” no es el que se ha otorgado a cada individuo en el momento de su nacimiento, sino el que posee desde el momento de su concepción, esto es, desde que comenzó su andadura como ser humano. Así la identidad sexual determinada cromosómicamente, resultante del sobrecruzamiento cromosómico que se produce tras la fecundación, configura desde los **primeros estadios evolutivos del embrión¹⁶⁴** una identidad sexuada, masculina o femenina. Esta identidad biológica, que puede conocerse, de hecho, en fases muy tempranas de la gestación determinando el cariotipo de las células del embrión, permanece inalterada durante la vida del individuo. Por cierto, no solo los cromosomas X e Y son los implicados en la definición del carácter sexuado del individuo, sino que hoy se sabe que otros cromosomas están igualmente implicados en el proceso de diferenciación fenotípica que acompaña al individuo durante toda su vida.

Bases genéticas del dimorfismo sexual

El sexo viene **determinado genéticamente¹⁶⁵** en el individuo aún antes de la exposición del embrión a distintos niveles de hormonas, como testosterona o estrógenos.

¹⁶³ <https://www.observatoriobioetica.org/ideologia-de-genero>

¹⁶⁴ <https://www.observatoriobioetica.org/2017/04/estatuto-biologico-del-embrion-humano-3/15982>

¹⁶⁵ <https://www.observatoriobioetica.org/2018/11/existe-un-determinismo-genetico-de-la-orientacion-sexual/29091>



Concretamente, de los 23 pares de cromosomas de la especie humana, el par XX ó XY determina el sexo. Ello depende del espermatozoide que fecunda el óvulo, que puede aportar un cromosoma X o un Y, que formará el par XX ó XY, junto al cromosoma aportado por la madre, que siempre es el X. Por otro lado, el gen SRY, en la región 1 del brazo corto del cromosoma Y, determina el proceso de masculinización en la séptima semana de gestación y el gen Tfm, situado en el cromosoma X codifica el receptor de las hormonas

masculinas. También la región ODF del cromosoma X favorece el desarrollo del ovario e inhibe el del testículo.

En el desarrollo embrionario, la activación de ciertos genes de carácter sexuado lleva al silenciamiento de sus homólogos del otro sexo. Así, el gen H19 se silencia en el cromosoma de origen paterno y el gen Igf2 se silencia en el materno.

Pero aún hay más control genético. No sólo los cromosomas X e Y están implicados en la diferenciación sexual, también el gen que codifica la síntesis de la hormona antimülleriana, por las células de Sertoli del testículo, está en el brazo corto del cromosoma 19 y el gen Gadd45g, que se encuentra en el cromosoma 9, es también determinante en la masculinización, e interacciona con el gen SRY (Johnen, y otros, 2013).

¿Cuándo comienza la diferenciación sexual en el individuo?

Las diferencias sexuales pueden evidenciarse en el embrión temprano y en su fase preimplantatoria, es decir, en los primeros 15 días de vida, donde la influencia hormonal del entorno todavía no se ha manifestado. A partir de las primeras divisiones celulares del cigoto, en la fase preimplantatoria, se observa que los embriones masculinos y femeninos recorren trayectorias distintas. Así, por ejemplo, los niveles de consumo de glucosa son significativamente diferentes en el varón y la mujer, con velocidades de crecimiento y morfologías también diferentes, aún en una fase tan temprana del desarrollo embrionario (Gardner, Larman, & Thouas, 2010).

Tras el nacimiento, y antes de que el entorno pueda inclinar la balanza hacia uno u otro comportamiento sexual, se constata que hay una predisposición innata para un comportamiento social diferenciado por sexo en humanos. Tal comportamiento es independiente del entorno y la educación recibida. “Los bebés neonatos varones muestran un mayor interés en el móvil físico-mecánico, mientras que los neonatos hembras muestran un mayor interés en el rostro de su madre. Los resultados de esta investigación demuestran claramente que las diferencias sexuales son en parte biológicas en su origen (Connellan, Baron-Cohen, Wheelwright, Batkia, & Ahluwalia, 2000).”

Hormonas y diferenciación sexual

Tanto en el desarrollo embrionario posterior, como tras el nacimiento, los niveles hormonales resultan decisivos en la progresión de la diferenciación sexual ya orientada desde la genética. Las hormonas maternas influirán en esta progresión, pero también las del propio individuo, que, así como los receptores de estas hormonas, se irán configurando según su programa genético. Por ejemplo, el estradiol, que es sintetizado en el hipocampo y en la corteza prefrontal de nuestro cerebro, es un modulador de los procesos cognitivos de aprendizaje y memoria y también del humor, del comportamiento social y de diversos desórdenes psiquiátricos (Luine, 2014). Igualmente, los niveles altos de testosterona reducen la expresión de la enzima DNA metiltransferasa. Esto provoca un descenso de la metilación del DNA (mecanismo epigenético), permitiendo la expresión de genes relacionados con la masculinización (Nugent, y otros, 2015).

Ambiente y diferenciación sexual

Dicho lo anterior, no puede excluirse un influjo del “entorno molecular”, esto es, hormonas, medicamentos, tóxicos, etc. sobre la progresión de la masculinización o feminización durante la gestación. Pero en ningún caso es una “definición sexual hacia lo masculino o femenino”, sino una interferencia en grado variable en la progresión de la definición ya establecida genéticamente.

Podríamos decir que los distintos grados de expresión genética, junto al entorno bioquímico del feto, pueden marcar grados de intensidad en los procesos de masculinización o feminización, pero no intercambios entre una u otra condición que, como hemos dicho, viene orientada desde el sobrecruzamiento cromosómico.

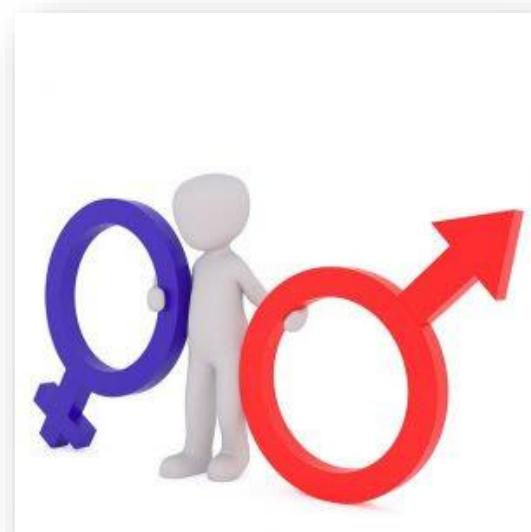
Por último, la posibilidad de que el genoma pudiera sufrir cambios epigenéticos propiciados por estímulos procedentes del entorno, en tal grado que fueran capaces de modificar el comportamiento sexual, ha sido propuesta como una posible explicación a esta conducta, pero a día de hoy, no existen evidencias científicas que la justifiquen por sí mismas.

Los Desórdenes del Desarrollo Sexual: ¿Existen más de dos sexos?

Recientes investigaciones plantean la posibilidad de considerar la realidad sexuada no como una entidad binaria (masculino y femenino) sino como un espectro en cuyos límites se situarían lo masculino y lo femenino, pero que albergaría todo un gradiente de estados intersexuales, en los que no se daría una identificación nítida con ninguno de los “extremos”, masculino y femenino. (Ainsworth, 2015)

Basan su argumento en la existencia de los llamados Desórdenes del Desarrollo Sexual (conocidos como DSD, siglas en inglés de “disorders of sex development”), consistentes en la manifestación de anomalías en la constitución genotípica y fenotípica que ocasionan que ciertos individuos presenten o bien genitales ambiguos, o bien rasgos virilizantes en mujeres o feminizantes en varones, cuyo origen suelen ser defectos en determinados genes que pueden perturbar tanto la conformación anatómica de los genitales y las características sexuales externas, como la función endocrina y la fertilidad.

A mi juicio la autora extrae conclusiones inconsistentes con la evidencia de los datos que aporta. Considerar que la existencia de anomalías genéticas, algunas conocidas y otras no, responsables de alteraciones en la conformación del sexo masculino y femenino en algunos individuos, justificaría la redefinición de los sexos, añadiendo todo un espectro de variantes o posibilidades que recorrerían el espacio entre lo masculino y lo femenino, supondría elevar la excepción a la categoría de norma.



Las anomalías que la autora recoge y detalla en su artículo como DSD, no dejan de ser anomalías, algo muy distinto a la manifestación fisiológica que, en estado de homeostasis, muestran los individuos de la especie humana, en forma de varones o mujeres.

La frecuencia real de los estados de indefinición sexual (varones con estructuras sexuales femeninas y viceversa) es extremadamente baja, más de 100 veces inferior a la manifestada en este artículo, tal como afirman otros autores (Sax, 2002). Estaríamos hablando de infrecuentes excepciones a la norma marcada por la naturaleza.

El artículo pasa por alto, por otro lado, la realidad de que la conformación sexual masculina y femenina persigue el fin biológico de la procreación; por tanto, confiere la fertilidad a ambos性, asegurando la perpetuación de la especie. Sin embargo, los estados “intersexo”, tal como los define la autora, son generalmente estériles, precisamente por tratarse de manifestaciones fenotípicas de errores genéticos que comprometen el normal desarrollo de estructuras anatómicas, procesos bioquímicos, endocrinos o neurológicos.

Por último, se critica acertadamente la intervención prematura en los casos de individuos con malformación de los genitales que les provocan indefinición sexual o conformaciones ambiguas, y que, en muchos casos, son intervenidos tempranamente tras el nacimiento para conformarlos como varones o mujeres, dependiendo de las posibilidades de reconstrucción quirúrgica hacia la morfología masculina o femenina, y pasando por alto la propia percepción del sujeto -que se produce de modo más consolidado no antes de los 13 años- o su constitución genética, que determinará el balance endocrino, neurológico y bioquímico en la madurez sexual.

Las personas que padecen DSD, deben ser tratadas con la prudencia, intensidad y eficacia que requiere su dignidad, pero la existencia de estos trastornos no debe confundirse con la existencia de un “mosaico intersexos”, sino como excepciones a la regla de la sexualidad binaria masculina y femenina, específica de la especie humana.

Transexualidad: ¿Qué implica tratar de revertir el sexo biológico?

De hecho, los intentos de revertir esta condición biológica, a base de terapias hormonales o quirúrgicas, no cambiarán la base genética responsable de los procesos de diferenciación hacia uno u otro sexo.

Por tanto, se parte, a nuestro juicio, de un error de base: el sexo biológico de cada individuo no es el asignado al nacer, sino el resultante de su **conformación genética**¹⁶⁶, que se manifestará en su fenotipo.

La diferencia es trascendental: un carácter asignado externamente en función de múltiples condicionantes, puede ser modificado sin más problemas cuando cambian los condicionantes. Esto es lo que parece proponer este proyecto de ley. Pero si este carácter no responde a una asignación externa sino a una constitución interna, intentar revertirlo o modificarlo pasaría por modificar la propia naturaleza del individuo.

Por otro lado, la identificación fenotípica del sexo biológico no se basa exclusivamente, como afirma el proyecto, en la apreciación visual de los órganos genitales externos. La condición sexuada puede evidenciarse en múltiples facetas de la constitución orgánica de un individuo, que abarcan lo anatómico, pero también lo fisiológico, endocrino, neurológico, bioquímico, inmunitario, etc.

Lo dicho en cuanto al sexo biológico (“asignado al nacer”), debe matizarse cuando se habla del sexo psicológico, que sí es susceptible de cambio o modificación, de acuerdo con múltiples factores. La Academia Americana de Psiquiatría habla de “disforia de género” cuando el sexo biológico no coincide con el psicológico, esto es, con la percepción subjetiva de la condición masculina o femenina determinada genéticamente.

¿Qué propone la nueva ley en estos casos?

El ordenamiento jurídico actual ya reconoce la existencia del hecho transexual, estableciendo garantías para la no discriminación de las personas implicadas, en ninguno de los ámbitos personal, social, laboral, educativo, sanitario, etc. Se contempla, incluso, la posibilidad del cambio de identidad legal de un sexo al otro.

¿Cuál es, pues, el interés del actual proyecto? Parece que reside en ir más lejos en algunos ámbitos. Destacaré alguno de ellos.

Se admite la posibilidad de migrar de un género a otro, esto es, tratar de hacer corresponder el fenotipo sexual (su manifestación física) con el sexo psicológico o auto-percibido, pero no se admite la posibilidad de hacer el viaje en sentido inverso. Se prohíbe todo intento de procurar en la persona transexual

¹⁶⁶<https://www.observatoriobioetica.org/2018/11/existe-un-determinismo-genetico-de-la-orientacion-sexual/29091>

que la percepción psicológica subjetiva, no coincidente con la realidad sexual biológica constitutiva, llegue a converger con ésta última.



Verdaderamente, no existe explicación científica ni antropológica que justifique efectuar el recorrido en un sentido y no en el contrario. Máxime, cuando los procesos de disforia de género pueden ser transitorios y limitados en el tiempo en muchos casos, específicamente, cuando no se ha culminado la maduración sexual, como es el caso de la infancia, preadolescencia y pubertad.

Por otro lado, la intervención clínica tendente a modificar los caracteres sexuales secundarios, es de una entidad muy importante. Debe modificarse, de modo sostenido en el tiempo, el balance endocrino del individuo, determinado genéticamente, para lograr revertir artificialmente las manifestaciones físicas hormono-dependientes, cuya tendencia natural no logrará revertirse, sino solo reprimirse durante la administración del tratamiento.

Puede argumentarse análogamente acerca de las consecuencias de las intervenciones quirúrgicas tendentes a mutilar (“exéresis”) o modificar (“reconstrucción”) la constitución física de la persona con el fin de asimilarla a la percepción psicológica de su sexo, discordante con la fenotípica.

Muchas de estas actuaciones llevan asociados efectos secundarios no reversibles, que están provocando que muchas personas que emprendieron los procesos de transición y se han arrepentido posteriormente constaten la imposibilidad de recuperar su estado anterior, no solo a nivel anatómico, sino también neuroendocrino, siendo éste objeto de demandas judiciales cada vez más frecuentes.

¿Proposición o imposición?

La trascendencia sobre la persona y, por ende, la sociedad, de las medidas propuestas, estimo que exige ser absolutamente respetuoso con las libertades individuales. Tanto los individuos afectados por la transexualidad, como sus padres o tutores en el caso de que sean menores, deberían disponer, en el momento de tomar o no una decisión al respecto, de toda la información; no solo la ofrecida por los partidarios de la ideología de género, que es la que subyace a esta norma legislativa, sino también por los que adoptan posiciones antropológicas diametralmente opuestas, considerando el sexo no como una realidad fluida, indefinida o cambiante, sino como constitutiva del ser personal.

Pretender imponer la divulgación y aceptación a todos los niveles de los postulados de género, como los postulados “normalizados” y, en cierto modo indiscutibles, supone una injerencia en el campo de las libertades individuales inadmisible en una sociedad avanzada.

Huelga comentar que las medidas tendentes a garantizar el respeto a los derechos y la dignidad del ser humano en toda circunstancia, por otra parte ya implementadas en nuestro marco jurídico, no solo son procedentes, sino necesarias.

Pero imponer el pensamiento único, máxime cuando como en este caso, se aleja tanto de las evidencias científicas y de determinados postulados antropológicos diferentes a los de la ideología de género, supondría un retroceso para todos, los que piensan una cosa o la contraria, incluso para los que no piensan.

Referencias.

- [Ainsworth, C. \(2015\). Sex redefined. *Nature*, 518\(7538\), 288-91.](#)
- [Connellan, J., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Batkia, A., & Ahluwalia, J. \(2000\). Sex differences in human neonatal social perception. *Infant Behavior and Development*, 23\(1\), 113-8.](#)
- [Gardner, D., Larman, M., & Thouas, G. \(2010\). Sex-related physiology of the preimplantation embryo. *Molecular Human Reproduction*, 16\(8\), 539-47.](#)
- [Johnen, H., González-Silva, L., Carramolino, L., Flores, J., Torres, M., & Salvador, J. \(2013\). Gadd45g Is Essential for Primary Sex Determination, Male Fertility and Testis Development. *Plos One*, 8\(3\), 2-8.](#)
- [Luine, V. \(2014\). Estradiol and cognitive function: past, present and future. *Hormones and Behavior*, 66\(4\), 602-18.](#)

Nugent, B., Wright, C., Shetty, A., Hodes, G., Lenz, K., Mahurkar, A., & McCarthy, M. (2015). Brain feminization requires active repression of masculinization via DNA methylation. *Nature Neuroscience*, 18(5), 690-7.

Sax, L. (2002). How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. *The Journal of Sex Research*, 39(3), 174.

Esto es lo que cuesta criogenizarse el cuerpo o solo el cerebro para ser revivido en el futuro¹⁶⁷

Una empresa de Arizona mantiene congeladas 200 personas y 100 mascotas a la espera de un mundo que pueda curar enfermedades terminales y sea capaz de revivir a una persona criogenizada



Tanques con cuerpos humanos en nitrógeno líquido preservados por Alcor. FOTO: LA RAZÓN (CUSTOM CREDIT) CORTESÍA DE ALCOR.

ALFREDO BIURRUN, 28-10-2022

A finales de 2021, un viejo mito volvió a ponerse de actualidad gracias a su viralización en medios sociales. **Walt Disney iba a ser descongelado, 55 años después de su muerte**, en diciembre. El año terminó y, por supuesto, Walt Disney no ha vuelto a la vida. Entre otras cosas porque nunca fue **criogenizado**¹⁶⁸ tras su muerte, a pesar de ser una leyenda que ha acompañado a la figura del fundador de Disney durante décadas. Sin embargo,

¹⁶⁷ <https://www.larazon.es/tecnologia/20221028/hfg3eueyajbyheif2mbpv7gaa.html>

¹⁶⁸ https://www.larazon.es/historico/320-criopreservacion-PLLA_RAZON_400045/

existen (o han existido) las personas que han elegido criogenizar sus cuerpos a la espera de un futuro en el que sus enfermedades terminales puedan sanarse y, más importante aún, sea possible descongelar un cadáver¹⁶⁹ y, de alguna manera, conseguir que vuelva a la vida.

Bajo esa premisa, los restos de **200 personas, contando cuerpos completos y los que solo solo preservan su cerebro**, esperan a que llegue su oportunidad en el interior de **tanques llenos de nitrógeno líquido** en las instalaciones de la empresa Alcor Life Extension Foundation en Arizona, Estados Unidos. Y no solo personas, también **un centenar de mascotas** aguardan allí un futuro que sea como el prometido por la ciencia-ficción.

La primera persona en el mundo en ser criogenizada fue el psicólogo **James H. Bedford** que murió a los 73 años por cáncer de riñón, en 1967. Aunque el cuerpo de Belford se encuentra actualmente en las instalaciones de Alcor, la empresa aún no existía cuando falleció. Fue creada en 1972 por Linda y Fred Chamberlain y **congeló a su primer “paciente”, así les llaman, en 1976**. Desde entonces, 200 personas han confiado en las promesas de Alcor, 9 de ellas en lo que llevamos de 2022. En sus instalaciones se preservan también **19 personas de nacionalidad española** y el propio Fred Chamberlain que murió en 2012. En el mundo, se calcula que unas **dos mil personas** han seguido el procedimiento, principalmente en Estados Unidos y en Rusia.

Max More, antiguo CEO de Alcor y actualmente embajador y presidente emérito de la compañía, señaló a Reuters que la medicina y la tecnología actuales no son capaces de mantener a la gente viva cuando están cerca de morir. “Lo que decimos es que en lugar de disponer del [cuerpo del] paciente, dándnoslo. Vamos a **estabilizarlo, impedir que empeore y mantenerlos hasta que la tecnología permita revivirlos y retomar sus vidas**”, explica More. El precio, en el caso de las personas, es de **200.000 dólares por el cuerpo completo y 80.000 por el cerebro**.

El proceso de muerte y criogenización

No se puede criogenizar a una persona viva dado que sería el equivalente a matarlo, por lo que **el proceso comienza cuando la persona es declarada legalmente muerta** y sus órganos aún son viables. Según explica Alcor en su web, un equipo se encuentra a la espera desde una semana antes del deceso para comenzar a trabajar en cuanto el corazón se detiene.

¹⁶⁹ <https://www.larazon.es/tecnologia/20200623/cqdwhmkdjbjk2cbs6opiwd.html>

Antes de que hayan transcurrido **dos horas**, el paciente habrá sido **estabilizado**. Para proteger el cerebro, se restaura artificialmente la **respiración y la circulación** sanguínea, se administran “**medicamentos protectores**” de forma



intravenosa, se **enfría** el cadáver con hielo y la sangre es reemplazada por “**una solución de preservación de órganos**”.

Recreación de los primeros pasos que Alcor realiza tras el fallecimiento. FOTO: LA RAZÓN (CUSTOM CREDIT) CORTESÍA DE ALCOR.

En un plazo de **24 horas** tras la muerte, el cadáver es trasladado a las instalaciones de Alcor donde se introducen una **solución crioprotectora** para prevenir la formación de cristales de hielo que dañen vasos sanguíneos, cerebro y otros órganos. Entre el quinto y el séptimo día tras el fallecimiento se procede a **criogenizar a lo que queda del paciente a -196 °**, fase en la que “**el proceso de muerte se ha detenido de forma efectiva**”, y se almacena en un contenedor aislado al vacío que solo **necesita ser rellenado de nitrógeno líquido regularmente y no depende del suministro eléctrico**. Ni Alcor ni ninguna empresa que se dedique a la criónica prometen que el cadáver del cliente pueda ser revivido, aunque Alcor confía en que sea posible en el futuro.

La compañía defiende que es posible “pausar el proceso de morir” y que “la vida se puede detener y reiniciar si se pueden preservar sus estructuras básicas” y pone como ejemplo a los embriones humanos congelados. Pero la diferencia salta a la vista: los embriones no están muertos ni padecen enfermedades terminales cuando se congelan, mientras que **los pacientes criogenizados son**

cadáveres. El mayor problema para ellos, por tanto, no es esperar a que la medicina encuentre una solución a su enfermedad terminal, algo que entra dentro de lo plausible, sino **regresar de la muerte muchos años después**, algo que suena absolutamente a ciencia ficción y fantasía.

Preguntado por Reuters, Arthur Caplan, que encabeza la división de medicina ética en la escuela de medicina Grossman de la Universidad de Nueva York, ha opinado sobre la criónica que “esta idea de congelarnos para el futuro es de ciencia ficción y **es ingenua**. El único grupo... que se emociona con esta posibilidad son las personas que se especializan en estudiar el futuro lejano o **las que quieren que pagues el dinero para hacerlo**. Clive Coen, neurocientífico en el King’s College de Londres, señala a MIT technology Review que es “un deseo desesperado que **revela una ignorancia atroz de la biología**”.

Mujer sobreviviente al aborto confirma: «El aborto no es asistencia sanitaria»¹⁷⁰

Jennifer Milbourn. Captura de Youtube



CUANDO EL «MÉDICO» EN VEZ DE SALVAR VIDAS LAS QUITA

Explica que llamar a un aborto asistencia sanitaria es como decir que un niño es una enfermedad. Normalmente, cuando los médicos fallan, alguien muere, pero en el aborto, cuando un médico falla, la gente vive.

29/10/22

(LifeNews/InfoCatólica) Mientras los estadounidenses se preparan para votar a los políticos y a las medidas electorales que afectarán al futuro de millones de bebés no nacidos, dos mujeres que sobrevivieron a abortos quieren recordar a los votantes que sus vidas también importan.

En declaraciones a The Epoch Times, Jennifer Milbourn y Robin Sertell afirmaron que sus vidas eran igual de valiosas en el vientre materno y, desde luego, no menos por la «elección» de sus madres biológicas.

¹⁷⁰ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=44770>

«Quiero desesperadamente ver un mundo en el que nadie tenga que volver a pasar por lo que yo pasé», dijo Sertell, señalando cómo **el aborto le causó un trauma físico y mental permanente**.

Milbourn, que fue adoptada, dijo al medio de comunicación que todavía lucha con el trauma y los sentimientos de rechazo debido a la decisión de su madre biológica. En 1978, dijo que su madre se sometió a un aborto por aspiración, pero el procedimiento fracasó porque el embarazo estaba más avanzado de lo que el abortista pensaba.

«Comenzaron el procedimiento y se dieron cuenta de que mi cabeza era más grande de lo esperado», dijo.

Milbourn vive en California, donde se pedirá a los votantes que aprueben la Proposición 1, que establecería un «derecho» al aborto sin restricciones en la Constitución de California. Ella y su marido, Noah, han estado compartiendo su historia públicamente para instar a los californianos a rechazar la enmienda en noviembre.

«Ese bebé que crece dentro de esa mujer no es una enfermedad», dijo Noah a The Epoch Times. «Es algo que tiene un latido, algo que tiene la esencia misma de la vida. **Llamar a un aborto asistencia sanitaria es como decir que un niño es una enfermedad**, que es algo que simplemente se puede erradicar y no hay que pensar en ese niño».

«Normalmente, cuando los médicos fallan, alguien muere. Pero en el aborto, cuando un médico falla, la gente vive», añadió.

En Montana, donde vive Sertell, se pedirá a los votantes que aprueben una medida electoral provida este otoño: la Ley de Protección de Bebés Nacidos Vivos, que exige a los proveedores de servicios médicos que tomen las medidas necesarias para preservar la vida de un bebé que sobrevive a un aborto.

Sertell declaró a The Epoch Times que se siente «bendecida» por haber sobrevivido a tres intentos de aborto con solución salina, porque otros bebés han sido abandonados a su suerte.

«Muchas supervivientes de abortos... han sido apartadas en frías mesas de acero y declaradas desechos médicos y dejadas solas, llorando y gritando», dijo. «Tuve la gran suerte de no estar en esa situación porque mi padre estaba en la habitación y abogó por mi vida, pero hay una ausencia de protección legal adecuada, y eso tiene que cambiar».

«Los detractores dicen que esto obligará a la gente a tener cuidados no deseados», dijo al periódico. «No se está forzando. Esto está diciendo que deben

ser tratados como una persona legal con derecho a una atención médica apropiada y razonable».

Sertell dijo que los intentos de aborto en su vida dejaron cicatrices físicas y emocionales duraderas, incluyendo numerosos problemas de salud con su oído, piel, cabello, piernas y sistema digestivo.

Ella y Milbourn comparten sus historias y se ponen en contacto con otras supervivientes a través de la Red de Supervivientes del Aborto, donde juntas esperan cambiar los corazones y las mentes sobre el aborto.

«Somos tan humanas como tú y como todos los demás en el mundo, y la experiencia de que alguien intente matarte antes de nacer te deja una impresión duradera -física, emocional y espiritualmente- por la que ningún otro ser humano debería pasar», dijo Sertell.

Jennifer Milbourn, Vacuum Aspiration Abortion Survivor

<https://www.youtube.com/watch?v=v01l4v6jajk>

Cuadernos de Bioética

Número 108¹⁷¹

Revista cuatrimestral de investigación

Volumen XXXIII

Año 2022

mayo-agosto

ISSN: 1132-1989

Tema de
Estudio.
Ética en la
actividad
clínica

Editorial

[Open Full Text](#)

Consentimiento informado en procesos compartidos

Informed consent in shared processes

Álvaro Sanz, Francisco Barón, María Luisa del Valle

[Open Full Text](#)

Eutanasia y suicidio asistido en personas con enfermedad mental

Euthanasia and assisted suicide in people with mental disorders

Lucía Gallego, Pablo Barreiro y Manuel de Santiago

[Open Full Text](#)

Los problemas bioéticos de la sangre de cordón umbilical: un estudio de declaraciones institucionales

The bioethical problems of umbilical cord blood: a study of institutional

¹⁷¹ <http://aebioetica.org/cuadernos-de-bioetica/archivo-on-line/2022/n%C2%BA-108-mayo-agosto.html>

statements

Rafael Amo Usanos

[Open Full Text](#)

Aspectos bioéticos en la seguridad del paciente tributario a cirugía cardiovascular y su protección renal: revisión sistemática

Bioethical aspects in the safety of cardiovascular surgery patients and their renal protection. Systematic review

Rodolfo Morales Mato, Elizabeth Díaz Mederos, Javier María Lluna González

[Open Full Text](#)

COLABORACIONES

La “falacia médica”: una tácita respuesta de John Henry Newman a cuestiones bioéticas de nuestro tiempo

The “medical fallacy”: John Henry Newman’s unspoken response to bioethical issues of our time

Miriam Ramos Gómez

[Open Full Text](#)

[Ver vídeo](#)

Sex, sport and doping: conflicts for bioethical analysis

Sexo, deporte y dopaje: conflictos para el análisis bioético

Julio Tudela

[Open Full Text](#)

[Ver vídeo](#)

**Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI:
“Deontología profesional y derecho: límites y alcance de la
libertad individual”**

Madrid, 14 de octubre de 2022

Tras la mesa redonda y el posterior coloquio, se redactan las siguientes conclusiones. Estas son aprobadas por la Junta Directiva de AEBI para ser publicadas en la web institucional de la asociación:

1. La objeción de conciencia es un derecho humano que se afianzó en la sociedad occidental durante el siglo XX a través de diversos movimientos pacifistas de signo político muy diverso. Tal derecho es necesario para el libre desarrollo de la persona en cuanto es contrario a ella ser obligado a actuar en contra de la propia conciencia. Que la sociedad y el Estado consideren que, en determinados actos de obligado cumplimiento legal, por razones de conciencia las personas puedan abstenerse, es una manifestación de que éstos son democráticos y en ellos prima el respeto a la persona y a su dignidad.
2. El fundamento de ese derecho es la capacidad de la conciencia de realizar un juicio práctico que valora la eticidad de la acción, permitiendo a la persona elegir libremente hacia dónde dirigir su obrar. Esta es una dimensión insoslayable e insustituible de la persona y su dignidad.
3. Esto adquiere mucha importancia cuando se relaciona con el ejercicio del trabajo profesional. Cualquier trabajador tiene el derecho a no ser obligado a tareas, no sólo para las que no está capacitado o considera no apropiadas desde el punto de vista tecnocientífico, sino también ético. La explotación laboral no puede circunscribirse a las condiciones de trabajo o a la remuneración sino también a no obligar a tareas que repugnen a la conciencia del

propio trabajador. En los últimos años se observa una creciente intromisión de la legislación en áreas como las sanitarias, en las que existe una autorregulación propia de lo que constituye la "lex artis" o buenas prácticas de un determinado trabajo profesional, a las que el derecho, por lo demás, se remite con frecuencia, validándolas como estándar de conducta que dota de contenido jurídico a los conceptos que aparecen indeterminados en la ley. Tales buenas prácticas son un elemento esencial de la identidad de una profesión, de tal forma que la excesiva intromisión del poder legislativo en ellas, puede desvirtuarlas y determinar una pérdida de sus características esenciales. Es importante tener esto en cuenta tanto para evitar corporativismos como intervenciones estatales que manipulen la actividad de los profesionales de modo partidista.

4. La objeción de conciencia por conveniencia es un concepto contradictorio en sí mismo que ha sido utilizado para intentar desacreditar la objeción de conciencia. Esta última se basa en todo lo contrario a lo que son las conveniencias, como son las convicciones, las cuales siempre suponen no sólo un esfuerzo personal para hacerlas valer, sino muchas veces la incomprendición del entorno. Reafirmamos la validez de la objeción de conciencia sobrevenida. También, reiteramos que la objeción de conciencia es una realidad distinta a la desobediencia civil. Ahora bien, si en una sociedad existe una amplia objeción dentro de un colectivo profesional a realizar una determinada acción es indudable que el legislador estaría actuando fuera de un parámetro importante a la hora de la elaboración de las leyes como es el impacto y la demanda social de esas normas que él elabora. Las leyes que abordan cuestiones sensibles relativas a la regulación de derechos fundamentales deben basarse en el consenso entre las fuerzas políticas y los sectores implicados. No es suficiente con contar con los votos necesarios para su aprobación.
5. En la realidad actual de nuestro país y ante la indefinición de los límites exactos de las normas respecto a los derechos fundamentales, consideramos que las leyes de interrupción del embarazo o de ayuda a morir son normas despenalizadoras que, a lo máximo, contemplan derechos subjetivos para que esas actividades

sean realizadas y financiadas dentro de prestaciones ofrecidas por los servicios sanitarios. En este sentido, es lógico que los profesionales que quieran dar esos servicios se presten a ellos por su capacidad o interés, pero no que se constituya en una necesidad el que los profesionales tengan que declarar con anterioridad que no están dispuestos a ello para no verse implicados en esos servicios. En todo caso nadie debe ser discriminado ni positiva ni negativamente en su carrera profesional.

6. La objeción institucional es una realidad reconocida en nuestro ordenamiento jurídico que debe ser respetada en relación con las prestaciones despenalizadas por las leyes del aborto y eutanasia. De esta manera los conciertos que se realizan con esas entidades deberán realizarse en concordancia al ideario de esas instituciones o empresas de tal forma que puedan realizar su fin propio sin verse condicionadas por el Estado.
7. Hay que promover socialmente una cultura que considere el cuidado como una tarea fundamental de las profesiones biosanitarias, radicada en lo que es la persona, un ser interdependiente y, en cuanto tal, tarea que dignifica y realiza plenamente a la persona que lo recibe y a quien lo ejerce. El profesional de la salud se dedica no solo a curar sino también a cuidar, y mediante el cuidado integral ayuda a la persona enferma. La bondad y la belleza que encierra este trabajo tienen un efecto enriquecedor tanto sobre el paciente como sobre el cuidador. La atención a los demás permite desarrollar actitudes nuevas que mejoran su personalidad. La tarea del cuidado debe estar planificada y en ella deben intervenir diversos tipos de profesionales con la implicación, siempre que sea posible, de los familiares del paciente.
8. Al mismo tiempo, es necesario estar atentos al cansancio físico y psíquico de todos los cuidadores en el ejercicio de esta tarea tan fundamental en nuestra sociedad actual. Unos cuidados buenos se basan, tanto en las actitudes de servicio a los demás de los que participan en los cuidados, en sus conocimientos y habilidades técnicas, como en la posibilidad de acceder a los medios necesarios

que en cada momento demanda la situación clínica del paciente. Si se dan estas condiciones se mejora la relación entre cuidadores y el paciente, respetándose siempre la vida y la libertad de éste en todo momento. De esta manera, el proceso irreversible de enfermedad y el tiempo que éste dure antes de la muerte, es vivido con la mayor plenitud humana posible.

9. En concordancia con lo indicado anteriormente las decisiones vitales pueden ser tomadas más fácilmente de forma compartida y tanto el enfermo como los diversos tipos de cuidadores están en disposición de sacar todo lo positivo que encierra compartir, acompañar y ser acompañado en un periodo de nuestro natural ciclo vital como es el previo a la muerte. Para ello es necesario que los cuidados paliativos adquieran un status permanente en la docencia en grado, postgrado y de especialización de todas las profesiones sanitarias. España debería reconocer oficialmente la especialidad de Cuidados Paliativos y formar a sus profesionales en ellos desde que estos comienzan sus estudios. El cuidado no se improvisa, sino que se aprende a lo largo de todos los años de formación y ejercicio de la profesión.
10. Reiteramos que “tales cuidados deben ser un derecho de todos los pacientes dentro del sistema de salud. En consecuencia, la prioridad es que alcancen a todos y que estos sean de calidad y realizados por profesionales preparados para ello. De esta manera se ayuda a vivir la muerte a todos los ciudadanos con dignidad. Esta es una obligación ética urgente por parte de los poderes públicos. Ofrecer la eutanasia cuando no está resuelto el acceso universal a los cuidados paliativos es una irresponsabilidad, una negligencia y algo contrario a la justicia social. Es necesario por lo tanto que la ley garantice una correcta atención a los enfermos al final de la vida, no una ley para acabar con ellos”¹⁷².

Madrid, 19.10.2022

¹⁷² Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI y Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia: punto 5, 2018. http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf

¿Pueden tener los niños relaciones sexuales con quien les dé la gana?¹⁷³



Julio Tudela, Observatorio de Bioética. Instituto Ciencias de la Vida.
Universidad Católica de Valencia, 28 octubre, 2022.

La polémica desatada por las **declaraciones de una ministra del Gobierno de España**¹⁷⁴, en las que se incluía la expresión “todas las niñas, los niños, les niñas

¹⁷³ <https://www.observatoriobioetica.org/2022/10/pueden-tener-los-ninos-relaciones-sexuales-con-quien-les-de-la-gana/40380>

¹⁷⁴ <https://www.larazon.es/espana/20220922/6i2hvzoa7bga5aov6ggwux6xku.html>

de este país tienen derecho a conocer su propio cuerpo, a saber que ningún adulto puede tocar su cuerpo si ellos no quieren y que eso es una forma de violencia, tienen derecho a conocer que pueden amar o tener relaciones sexuales con quien les dé la gana, basadas eso sí en el consentimiento”, **merece un comentario¹⁷⁵** y una valoración bioética.

Banalización de la sexualidad

La tendencia creciente en las sociedades modernas hacia la banalización de la sexualidad humana reduciéndola a un instrumento hedonista más, entraña el grave riesgo de contribuir a la desestructuración personal. El ser humano, inteligente y libre, necesita trascender sus decisiones y actos más allá de la mera satisfacción de sus instintos. La supervivencia y la reproducción son las pulsiones instintivas que articulan la conducta en los mamíferos, condicionan sus decisiones y constituyen su única ruta existencial. Pero el ser humano, aunque mamífero dotado de instintos, experimenta la capacidad de orientar sus elecciones y conducta hacia bienes mayores que sobrevivir o reproducirse.

La necesidad de la relación humana en un contexto de donación e intercambio mutuos crea nuevas expectativas en la búsqueda del sentido vital de las personas, que apuntan mucho más allá de la mera consecución de recompensas placenteras.



Y esto es especialmente intenso referido a la sexualidad y a las conductas que de ella se derivan. La diferencia sexual, biológicamente estructurada hacia la fecundidad mediante la unión complementaria de lo masculino y lo femenino, proyecta a los mamíferos hacia la mera reproducción. Pero a los seres humanos lo hace, además, hacia la relación.

Las relaciones sexuales humanas -hacia las que empujan los instintos, pero también la necesidad de relación íntima y donación exclusiva que confiere la

¹⁷⁵ <https://www.observatoriobioetica.org/2022/09/sobre-la-educacion-sexual-y-el-hipotetico-derecho-de-los-ninos-a-mantener-relaciones-sexuales-consentidas/40108>

condición sexuada- afectan de un modo especialmente intenso a la maduración y construcción de la personalidad y, con ella, a la difícil tarea de conferir sentido a la existencia.

El ser humano, inteligente y libre, es el más desvalido de los animales al comienzo de su existencia, mostrando niveles extraordinarios de dependencia durante mucho más tiempo, lo que provoca naturalmente la necesidad del sostenimiento familiar o de grupo hasta alcanzar su autonomía. Los progenitores, por tanto, engendrando la vida a través de sus relaciones sexuales, adquieren una deuda especialmente notoria con su prole, que los necesitará durante mucho tiempo para crecer.

Pero, además, su inteligencia y capacidad de decisión libre requerirá de sus padres mucho más que asistencia biológica de supervivencia. Necesitará entrenamiento, aprendizaje, adiestramiento, cura y fortalecimiento para poder comprender, valorar, elegir y responsabilizarse de sus elecciones.

Por tanto, las relaciones sexuales humanas engloban mucho más que la satisfacción instintiva, la obtención de placer. Afectan a la intimidad en la comunicación, la donación al otro y la responsabilidad que se adquiere con la procreación. Todo ello ocupa un lugar destacado en la ardua tarea de dotar de sentido a la propia existencia.

Educar la sexualidad

Dado que la pulsión ligada al instinto sexual es biológicamente una de las más intensas, adquirir la capacidad de autodominio que permita dirigir este instinto hacia el bien, es una labor que lleva toda la vida, pero que ha de iniciarse desde bien pronto en el seno de la familia. Y debe encauzarse porque la libertad personal nos permite, además de elegir lo que nos conviene, optar por lo que nos destruye.

Reducir la sexualidad humana a su mera dimensión instintiva, supone un retroceso antropológico, que priva al ser humano de su propia realización a través de la relación interpersonal en la esfera de la intimidad, experimentando la donación al otro y asumiendo la responsabilidad que se deriva de sus consecuencias: el hijo y su acompañamiento.

Hablar de sexualidad humana en una dimensión meramente hedonista, “tener relaciones sexuales con quien les dé la gana” como se ha afirmado, amando o no, asumiendo responsabilidades o no, donándose o no, empuja inexorablemente a la frustración del que busca construirse solo en sí mismo, renuncia a la donación sincera, al bien del otro, y articula su conducta solo hacia

su yo y sus pulsiones, renunciando a la construcción de relaciones edificantes, amorosas, fecundas y responsables.

Consentimiento informado

Sin información suficiente, y sin capacidad para entenderla, evaluarla correctamente y sopesar las consecuencias que se derivan de las elecciones posibles, no existe elección libre. Consentir en tales circunstancias sitúa al que lo hace en situaciones de enorme riesgo, optando, desde la ignorancia, por alternativas que pueden serle lesivas o destructivas. Por ello la potestad de otorgar el consentimiento se limita en determinadas circunstancias.

Una de ellas es la inmadurez, esto es, la incapacidad de evaluar convenientemente la naturaleza de las opciones y las consecuencias de las decisiones.

El límite para el consentimiento de las relaciones sexuales está fijado en España en los 16 años. Antes, se ha consensuado que, dado que el menor puede optar por aceptar prácticas que pueden lesionarle como persona, dejando heridas que quizás arrastre para siempre, no le está permitido otorgar su consentimiento. De otro modo podría también ser embaucado, manipulado, sometido o abusado por quien sepa confundirle.



El límite a la capacidad de consentir se basa, pues, en la necesidad de proteger a quien no está todavía capacitado para elegir en libertad con responsabilidad.

Este límite se extiende a otras muchas circunstancias, como la de **poder abortar¹⁷⁶**, que ahora ha sido rebajado otorgando a las menores la posibilidad de decidir sin madurez suficiente sobre opciones cuyas consecuencias no pueden calibrar debidamente.

Educar y esperar

La maduración humana, como hemos dicho, es más compleja y lenta, por inteligente, que en ninguna otra especie animal. La educación en el

¹⁷⁶ <https://www.observatoriobioetica.org/2022/09/la-nueva-ley-del-aborto-en-espana-un-nuevo-atentado-contra-la-vida-humana-la-mujer-la-familia-el-personal-sanitario-y-la-sociedad-espanola-en-su-conjunto/39956>

autodominio, que consiste en canalizar la demanda instintiva hacia el bien y no solo hacia el placer, toma su tiempo y su trabajo constante. La exposición al reclamo hedonista, como la **pornografía**¹⁷⁷ o las relaciones sexuales prematuras o promiscuas, supone una interferencia en el complejo y lento proceso madurativo que debe conducir al ser humano hacia la búsqueda y consecución de su sentido vital, y no solo de su experiencia placentera.

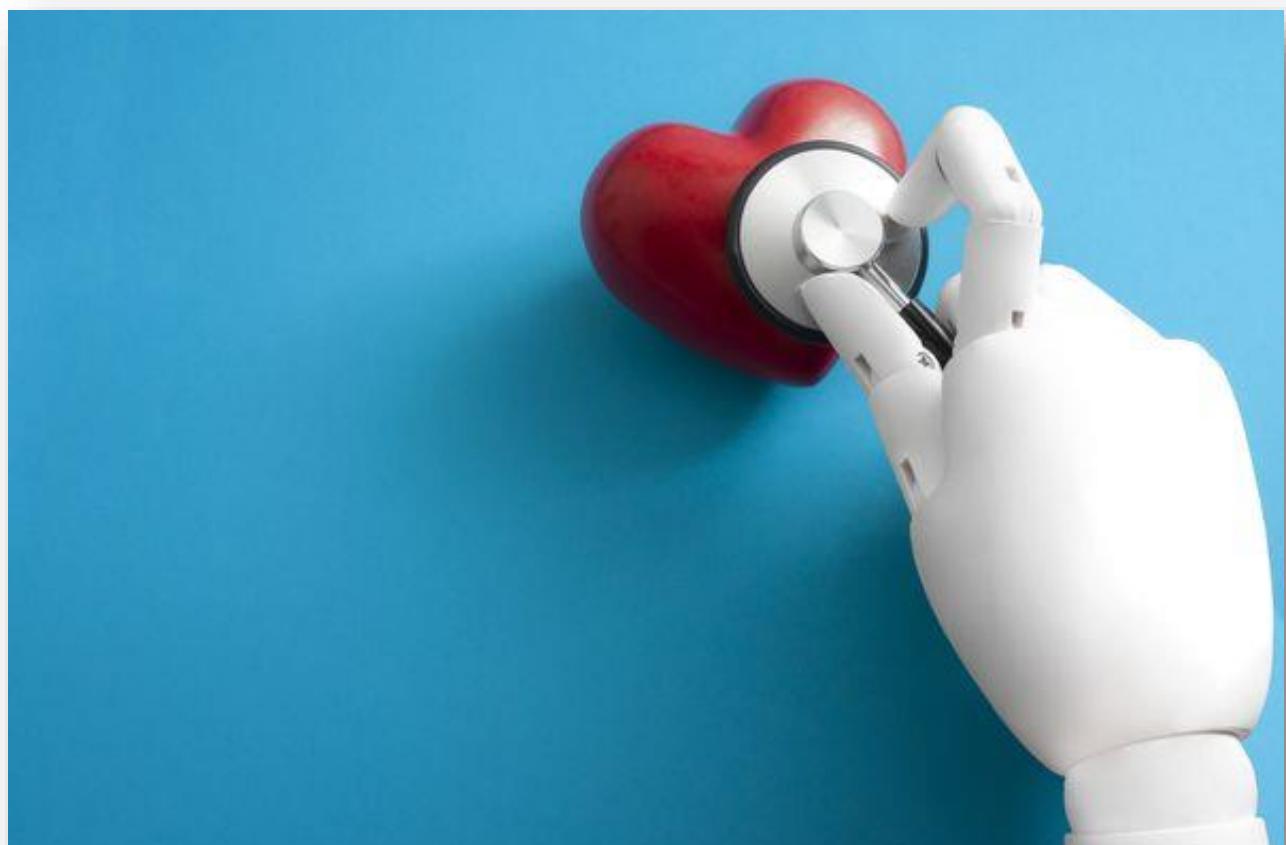
Amar, expresión máxima de donación, a veces duele y conlleva renuncia, es decir, disiplinar. Pero otorga sentido a la existencia, da razón para seguir, crecer, cambiar, levantarse y ser mejores. Para ser para los otros.

Educar la sexualidad es contribuir a ello desde la intimidad personal, donde la experiencia de “ser para otro” se convierte en exclusiva, intensa, sincera y fecunda.

¹⁷⁷https://www.observatoriobioetica.org/?s=pornograf%C3%ADA&post_type%5B%5D=any&search_limit_to_post_titles=0&fs=1

Los robots se apoderan de los quirófanos¹⁷⁸

Cada vez son más las áreas que adoptan la cirugía robótica, que ha probado sus ventajas frente a la tradicional. En Urología, el 70% de las intervenciones se realiza así e incluso se han hecho trasplantes renales de esta forma



Robots en la sanidad FOTO: DREAMSTIME DREAMSTIME

EVA S. CORADA, 31-10-2022

Todos coinciden: **en el futuro nos operarán los robots**. No a corto plazo, pero los expertos no tienen duda de que, igual que en la película «Prometheus», de Ridley Scott, el día en que nos sometamos a intervenciones quirúrgicas dirigidas por máquinas llegará.

«Queda lejos, pero no crea que mucho. Estamos trabajando para que haya más máquinas robotizadas que puedan programarse y que, por tanto, haya muchos movimientos independientes del cirujano. Esto será, al fin y al cabo, la

¹⁷⁸ <https://www.larazon.es/salud/20221031/c6e5e6osineuhmvhnledn3f7a4.html>

estandarización de la cirugía, que no dependerá tanto del especialista sino de la calidad de la programación de la máquina. Esto llegará. ¿Cuándo? No lo sabemos, pero no en un futuro muy lejano. No es ciencia ficción. Estamos ya trabajando también en la automatización de movimientos», explica Alberto

MAYOR PRECISIÓN, MENOS COMPLICACIONES



VENTAJAS

	Mejor visualización por la disponibilidad de imagen en 3D		Mejora la precisión del cirujano en las tareas de disección		Llega mejor a cualquier lugar del campo operatorio
	Disminución de la tasa de complicaciones		Mejoras mecánicas del instrumental con «juego de muñeca» en los instrumentos		Menos días de estancia hospitalaria
	Estabilización de los instrumentos (disminución del temblor de manos)		Aumento de la ergonomía (comodidad) del cirujano		Menor pérdida de sangre
					Optimiza la visualización de estructuras vasculares y nerviosas siendo más fácil preservarlas

Posee un campo de operación superior a cualquier otro método quirúrgico y una precisión y estabilidad mayor que la de la mano humana



APLICACIONES EN ONCOLOGÍA

Urología

- Prostatectomía (próstata)
- Nefrectomía (riñón)
- Cistectomía (vejiga)

Ginecología

- Cáncer de cérvix
- Cáncer de endometrio

Cirugía colorectal

- Cáncer de colon

Cirugía gastrointestinal

- Cáncer gástrico

Fuente: Unidad de Cuidado y Consejo Oncológico de Sanitas (UCCO)

Infografía LA RAZÓN

Ventajas «Da Vinci» FOTO: T. NETO

Breda, presidente de la ERUS (Sociedad Europea de Cirugía Robótica, por sus siglas en inglés).

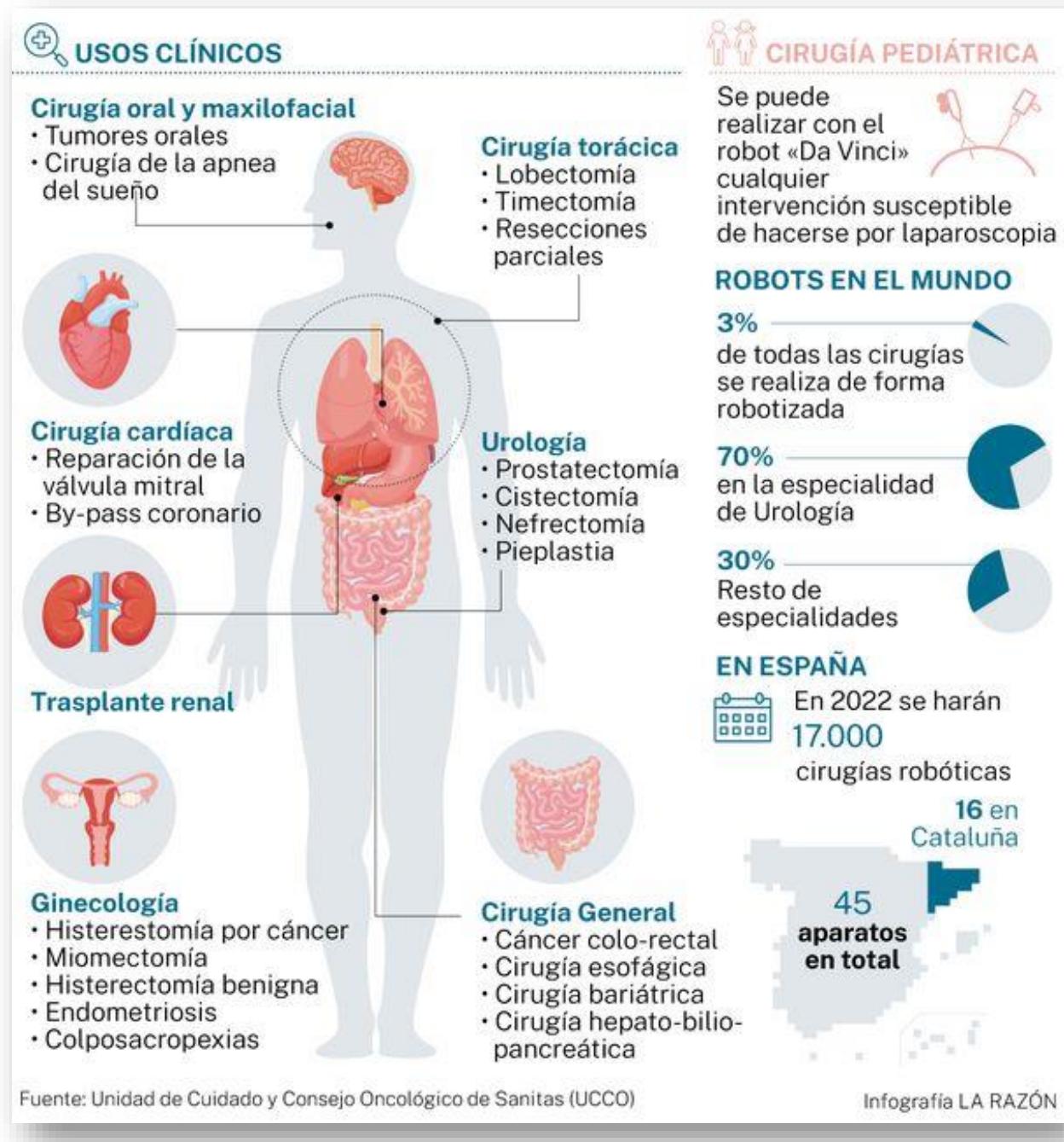
A día de hoy el robot no sustituye nunca al cirujano y su experiencia es fundamental. De hecho, los de **ahora no son robots, sino brazos robóticos que necesitan ser dirigidos** por el especialista. «Es un sistema maestro-esclavo – explica Jesús Moreno, jefe del Servicio de Urología del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid–, pero en el futuro estoy convencido de que los robots operarán solos». E, igual que ya hay sistemas de lectura de radiografías que detectan lesiones, «el siguiente paso será la realidad aumentada y, después, el consejo robótico, es decir, en determinados casos te dirá: “En esta situación X% de cirujanos siguieron este paso», añade Javier Moradiellos, jefe de Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Quirónsalud Madrid.

Puede dar un poco de vértigo –o un mucho incluso–, pero **la idea es parecida a los coches autónomos**. «Lo que hacemos ahora es cirugía asistida por robots e, igual que sucede con los coches, hay diferentes niveles de asistencia y algunos son más autónomos que otros. Aunque teóricamente es alcanzable, aún no hay un horizonte cercano», coincide Moradiellos.

Actualmente, el 3% de todas las cirugías realizadas en el mundo se hacen de forma robotizada. «Significa mucho a nivel mundial, pero esto da la dimensión de lo que es la robótica pues hoy en día en países en desarrollo es menor, mientras en los desarrollados, evidentemente, se hace mucho más», asegura Breda. **En nuestro país este año, estima Moradiellos, se realizarán 17.000 cirugías robóticas.**

Aunque su uso está dirigido en su mayoría al tratamiento del cáncer, los avances son constantes y cada día se añaden nuevas utilidades. La Urología fue la especialidad que primero apostó por la cirugía robótica, a principios de 2000, y por ser la primera, es la rama quirúrgica que más se ha beneficiado más y más experiencia tiene. Por eso **la cirugía urológica es la reina de la cirugía robótica**, «porque son ya 20 años que la estamos usando en los hospitales de referencia; en cambio, Cirugía general, Ginecología, Ortopedia.... todas estas especialidades han empezado más tarde. Para darle una idea, la Cirugía general, ha empezado hace cinco o seis años. La Ginecología más o menos igual, con lo cual la experiencia que tienen es buenísima, pero llegan siete años después respecto a la urológica. Por eso hoy en día el 70% de las cirugías robóticas, mundialmente, se hace en Urología, siendo solo un 30% en Cirugía General, Ginecología y Ortopedia. Esto cambiará en el futuro porque ahora varias especialidades quirúrgicas se han convencido de que la cirugía robótica

efectivamente es superior a la abierta y también a la laparoscópicas en determinados casos», explica Breda, que también es jefe de la Unidad de



Usos clínicos «Da Vinci» FOTO: T. NIETO

Cirugía Oncológica de la Fundación Puigvert, de Barcelona. Él fue el primer cirujano que realizó en España una extracción renal de donante vivo con el robot Da Vinci y **el primero en Europa en hacer un trasplante renal robótico**

completo de donante vivo. De hecho, esta estaría entre las nuevas aplicaciones de este tipo de cirugía, cuyos usos a día de hoy están dirigidos en su mayoría al tratamiento del cáncer. «En este momento estamos trabajando en mejorar el trasplante robótico, que ya es algo de que ha pasado de ser experimental como era en 2015 a una práctica común en muchos hospitales hoy en 2022, con lo cual esto es algo absolutamente novedoso y que entrará en nuestras guías europeas de trasplante renal en breve», cuenta Breda.

Algo que también quiere hacer Moreno en el Clínico, que ya fue el primer hospital del Sistema Nacional de Salud en tener cirugía robótica (en julio de 2006 se instaló el Da Vinci, el estándar de cuatro brazos, y en 2015 el XY) y uno de los centros con mayor experiencia en esta área. «En Urología tendremos realizadas unas 1.700 intervenciones, la mayoría vinculadas al cáncer; de hecho, la prostatectomía radical supone el 85% de nuestra actividad robótica de Urología», señala Moreno. Además, **fueron también los primeros en España en hacer una cirugía de prolalpso de órganos pélvicos en mujer con cirugía robótica**, el 12 de noviembre de 2006. Este tipo de intervenciones supone el 5%. El 10% restante es variado como pieloplastias, o cirugía conservadora como las nefrectomías parciales en cáncer de riñón.

Otras especialidades se han incorporado después, como Cirugía Pediátrica o la General. **La Torácica ha sido de las últimas en sumarse a la ola de la cirugía robótica.** «Fui el primer cirujano de España en hacer una cirugía pulmonar robótica, en el año 2015. Por lo tanto, somos el servicio con la experiencia más dilatada en este campo; este año esperamos llegar a las 400 intervenciones», cuenta Moradiellos, quien ve «plausible que la cirugía torácica robótica en un futuro próximo sea sencillamente “cirugía torácica”, es decir, la forma habitual de realizar nuestras intervenciones». De hecho ve «perfectamente esperable que el trasplante de pulmón se haga mediante cirugía robótica. Hasta ahora, que yo sepa, sólo se ha hecho una vez en un hospital de Estados Unidos. En el futuro, el límite es desconocido, estamos ensanchándolos paulatinamente».

Ventajas

Esta tecnología permite realizar **procedimientos con mayor precisión y control en comparación con las técnicas convencionales**. Esto conlleva una serie de ventajas para el paciente: «En general, hay menos pérdida de sangre, menor incidencia de algunas secuelas y una recuperación más rápida de la calidad de vida previa a la intervención. La robótica conserva o incluso puede superar los estándares habituales de la cirugía oncológica», asegura Moradiellos.

«Antes palpabas, porque había partes que no podías ver. Ahora ves. Además es como un microscopio, aumenta hasta 10 veces y corrige las deficiencias del humano como los posibles temblores», añade Moreno. Y, como apunta Moradiellos, **«cuanto mejor vea el cirujano más se beneficiará el paciente**. También del hecho de que éste pueda operar cómodamente sentado y en una postura ergonómica».

«Nunca pensé que iba a operar con un robot y la percepción es que estás en la cavidad abdominal del paciente, como en la película “El chip prodigioso” – reconoce Moreno, quien lo tiene claro–: **Esto, aunque llevemos 16 años, acaba de empezar**».