



DOSSIER DE PRENSA

Dr. P. Fernando Fabó, LC



**Facultad de
Bioética**

P. Fernando Fabó, LC
Facultad de Bioética
México. Diciembre 2023. Núm. 21.

Contenido

| | |
|---|-----|
| ARGENTINA 2021-2022: MATADERO INFANTIL PRENATAL..... | 4 |
| Aborto: el derecho a no saber..... | 8 |
| Una pionera de la transición de género en menores en Finlandia..... | 13 |
| Carta pastoral conjunta condenando la ideología de género..... | 22 |
| Científicos: bebés nonatos sienten dolor a partir de las 12 semanas | 30 |
| El suicidio en las personas trans..... | 33 |
| España y la situación de las tasas de suicidio de las personas trans | 33 |
| El tabú del suicidio en las personas trans: "Tuve unos cuantos intentos, me cortaba, pero aquí estoy" | 35 |
| Las tasas de intentos de suicidio de personas transgénero son asombrosas ... | 41 |
| El 20% de los menores trans operados se arrepiente | 45 |
| Ley Trans: Polémica y realidad..... | 48 |
| Plataforma LGTBI: elevado índice de suicidios entre los jóvenes transgénero | 51 |
| Suicidio en personas transexuales | 53 |
| Cómo perder una guerra..... | 75 |
| Creación de embriones humanos sintéticos: excediendo los límites | 79 |
| Derecho al aborto en perspectiva comparada | 85 |
| Diez observaciones sobre la inteligencia artificial..... | 88 |
| Estos nuevos hitos terapéuticos acorralan a la esclerosis múltiple | 94 |
| El TDH Europeo está construyendo un «Derecho a Morir»..... | 98 |
| La AMM rechaza de nuevo la eutanasia | 103 |
| Formación ética y bioética en universidades | 111 |
| Presentan una cátedra sobre bioética, sexualidad y fertilidad..... | 115 |
| Los pasos a seguir para convertirse en «el médico del futuro» | 118 |
| La explicación de lo que nos hace humanos se reduce a solo 80 genes | 120 |
| La paciencia del monje Gregor Mendel, padre de la genética | 125 |
| La verdad en el orden moral: a los 30 años de la Veritatis splendor | 136 |
| Las enfermedades de transmisión sexual: récord histórico en Europa | 142 |
| Nace en España el primer bebé de Europa gestado por sus dos madres..... | 145 |
| La libertad religiosa termina donde comienzan los derechos LGBT..... | 147 |

| | |
|---|-----|
| Un doble rasero con las “terapias de conversión” | 152 |
| "Uno de los virus más peligrosos que se conocen es el VIH” | 155 |
| Versión actualizada de Código Internacional de ética Médica..... | 159 |
| Inteligencia Artificial. Simoncelli: Se le confían decisiones extremas | 169 |
| El macabro plan de Canadá para aplicar la eutanasia a enfermos mentales .. | 174 |
| <i>Ecoactivistas: el conformismo de los adeptos de la secta climática</i> | 176 |
| Un médico afea a los que imponen la afirmación trans | 180 |
| Nueva York: píldoras abortivas gratuitas..... | 189 |
| 100.000 estadounidenses provida marchan por la vida | 192 |
| La profesión médica «zona prohibida» para los católicos | 195 |
| ICOMEM: nuevo documento sobre la objeción de conciencia | 198 |
| Japón: urgente apoyar la natalidad..... | 202 |
| Gimnasio: acceso a un transexual a la zona reservada solo para mujeres | 204 |
| Massachusetts: reducir la condena a los presos que donen órganos..... | 206 |
| Proponen ley en Francia para permitir el compostaje humano | 208 |
| El negocio detrás del aborto que el Gobierno quiere ocultar | 210 |
| Las palabras más contundentes del Papa Francisco contra el aborto | 213 |
| Volver a caminar tras 12 años de tetraplejia | 215 |
| La OMS sobre la llegada de una nueva pandemia | 218 |
| Estrasburgo e Italia: registrar los nacimientos de vientres de alquiler | 220 |
| Los médicos católicos de EEUU, contra el cambio de sexo | 222 |
| Tribunal Constitucional y objetores contra la eutanasia | 226 |
| ¿Cuándo empieza a tener alma un embrión humano? | 228 |
| ¿Qué ocurre en las primeras ocho semanas de vida? | 230 |
| Especial ley española de suicidio asistido y eutanasia..... | 232 |

ARGENTINA 2021-2022: MATADERO INFANTIL PRENATAL¹

(“El Aborto es el derecho de las Bestias trogloditas”)

José Arturo Quarracino, 17 de enero de 2023.

En varios artículos y en nuestro libro *Geopolítica y Aborto*² hemos documentado que el control de la natalidad -que abarca la mutilación genital del varón y de la mujer, la anticoncepción y el aborto criminal- fue un plan diseñado y llevado a cabo a partir de mediados de los años '60 por la oligarquía financiera internacional, bajo el mando y guía de la familia Rockefeller, en particular, de John Davison Rockefeller III³. Plan que durante las últimas cinco décadas fue implementado en forma paulatina, sin prisa y sin pausa, hasta culminar en el mayor de los genocidios conocidos por la humanidad -el genocidio prenatal legalizado en casi todo el mundo, verdadero holocausto demográfico global- que ha sumergido a la humanidad en el catastrófico estado conocido como invierno demográfico, es decir, el envejecimiento poblacional en la mayoría de los países del mundo⁴.

Como hemos demostrado detalladamente, la legalización del mayor genocidio humano que conoce la historia de la humanidad es un proyecto corporativo privado convertido en problema de Estado, que a través de las instituciones internacionales -ONU, OMS, etc.- y de organizaciones no-gubernamentales, propias y ajenas, impulsó la legalización del aborto en la mayor parte de los países del mundo, con la complicidad de las organizaciones no-gubernamentales locales, hasta lograr su reconocimiento “legal”.

Legalización de un crimen como derecho que no ha sido reconocido por ninguna tradición jurídica ni tampoco por ningún Tratado internacional contemporáneo: NO EXISTE EL DERECHO AL ABORTO COMO TAL, ni siquiera en la ONU, que a pesar de ello suele hablar del “derecho al aborto”, pero sin haberlo definido ni sancionado como derecho. El único que definió el

¹ <https://www.marcotosatti.com/2023/01/18/argentina-2021-2022-matadero-infantil-prenatal-jose-arturo-quarracino/>

² José Arturo Quarracino, *Geopolítica y Aborto*, Círculo Rojo, Buenos Aires 2018.

³ John Davison Rockefeller III, *Statement on Population*, 1966 [version en español en <https://josequarracino.wordpress.com/2013/02/20/declaracion-sobre-poblacion-por-parte-de-lideres-mundiales-documento-fundacional-del-holocausto-demografico-planetario/>] ; Rockefeller Commission Report, *Population Growth and the American Future*, New York 1972; John Davison Rockefeller III, *The Second American Revolution. Some personal Observations*, Harper & Row, Publishers, New York-Evanston-San Francisco-London 1973 [Hay traducción española: *La Segunda Revolución Estadounidense*, algunas observaciones personales, Ediciones Tres Tiempos S. R. L., Buenos Aires (Argentina) 1975.

⁴ Invierno demográfico define el proceso por el cual en un país la población adulta mayor de 60 años aumenta a medida que decrece el número a los niños y adolescentes, hasta equiparse con este último o superarlo.

aborto como derecho ha sido el mencionado John Davison Rockefeller II, es decir, un plutócrata y oligarca ultracapitalista: “The abortion is a woman’s right to determine her own fertility” [El aborto es el derecho de la mujer a determinar su propia fecundidad]⁵.

A partir de esta definición del ultraoligarca Rockefeller, inventando un derecho que no ha existido nunca ni existe aún como tal, la legalización del aborto ha implementada efectivamente *de facto* la pena de muerte para los seres humanos más inocentes e indefensos de todos, los niños por nacer, convertidos así en el único grupo humano al que se le asesina “legalmente” con la pena de muerte, sin ningún derecho a defensa alguna. Implementación impulsada tanto por liberales capitalistas oligarcas y por socialistas-marxistas “anticapitalistas”, en una extraña e inexplicable comunión en el culto a la muerte para los niños por nacer, fundamentalmente a través de políticas y tratados de la ONU y de fundaciones “no-gubernamentales” propias y ajenas, tanto en los países desarrollados como los subdesarrollados⁶. En otras palabras: **un falso e hipócrita derecho progresista fundamentado en la ideología criminal y genocida de la plutocracia financiera globalista**, de la que la familia Rockefeller ha sido la cara visible y ejecutora.

¿Cuáles han sido los resultados de la aplicación de la pena de muerte prenatal, en Argentina y en el mundo?

A. Según ha publicado el Alan Guttmacher Institute, junto con la Federación Internacional Planificada de Estados Unidos una de las principales promotoras e impulsoras del aborto en Estados Unidos, desde el 2015 hasta el 2021 se han ejecutado a nivel mundial **73 millones de abortos por año** (*512 millones de abortados en 7 años*), no sólo una verdadera masacre sino un genocidio como jamás conoció la historia universal.

En el contexto de un Orden Mundial con un desarrollo científico, económico y tecnológico impresionante, pero sustentado en un océano de sangre de niños inocentes.

⁵ John Davison Rockefeller III, *The Second American Revolution...*, p. 64 [La Segunda Revolución..., p. 55].

⁶ El primer marxista-comunista en adherir al proyecto genocida de los Rockefeller fue el Mariscal Josip Broz (Tito), presidente de la extinta República Socialista Federativa de Yugoslavia desde 1953 hasta 1980, firmando con otros 29 líderes mundiales la Declaración sobre Población redacta en 1966 por JDR III. Ver nota anterior.

Un mundo infernal, ya que en promedio se asesinan anualmente:

- **200.000 niños por día**, es decir,
- **8.333 por hora**, equivalente a
- **139 por minuto**

B. 1. En Argentina el aborto se legalizó a fines de diciembre de 2020. A partir de ese momento se cuenta con datos oficiales, circunscritos al ámbito de la salud pública. Estos números oficiales muestran que **en 2021 se mataron 73.487** niños antes de nacer, lo cual representa:

- **201 niños por día**, es decir,
- **8 niños por hora**, equivalente a
- **1 niño cada 8 minutos**

B. 2. En 2022, hasta el 30 de setiembre se ejecutaron **53.958** abortos, es decir,

- **219 niños por día**, es decir,
- **9 niños por hora**, equivalente a
- **1 niño cada 7 minutos**

En síntesis: Argentina y la mayoría de los países que han legalizado el aborto YA NO SON NACIONES SOBERANAS, sino un inmenso MATADERO INFANTIL en el que se lleva a cabo un genocidio, lo que significa que el mundo actual configurado como Nuevo Orden Mundial que tiene como base un océano de sangre, de víctimas inocentes e indefensas. UN “MUNDO” TROGLODITA.

En Argentina, la aplicación de la pena de muerte prenatal ya ha configurado un verdadero genocidio, que **en menos de 2 años de vigencia “en democracia” ha eliminado y desaparecido a 132.845 seres humanos** antes de que nacieran, mientras que **la última dictadura militar en Argentina eliminó y desapareció a 8.981 personas**⁷. En otras palabras, la “democracia” argentina ha eliminado y desaparecido en menos de dos años 14 veces más personas que el funesto Proceso de 1976-1983, dándole estatus legal y “democrático” a la ideología antinatalista y genocida de John Davison Rockefeller III. Un progresismo

⁷ Comisión Nacional sobre Desaparición de Personas, Nunca más, Capítulo II, Título Primero: Víctimas, p. 221, Buenos Aires 1984.

liberal-socialdemócrata sustentado en la “ideología” de la plutocracia financiera globalista, criminal y depredadora.

En definitiva, el Nuevo Orden Mundial instituido y el Gran Reinicio promovido por el oligarca austríaco-alemán Klaus Schwab no es otra cosa que **el Infierno en la Tierra, un “retorno” a la era de los trogloditas**. Porque en última instancia y en esencia el aborto es el derecho de las bestias trogloditas, aunque tengan apariencia de magnates financieros multimillonarios.

Aborto: el derecho a no saber⁸

IGNACIO ARÉCHAGA

PUBLICADO, 20 ENERO, 2023



En estos días hemos descubierto que la defensa de la salud reproductiva y la libertad de abortar implican también un nuevo derecho: el derecho a no saber. La reacción indignada por el nonnato protocolo sobre el aborto en Castilla y León, supone que ofrecer a una mujer embarazada –también a la que se plantea abortar– la posibilidad de ver en una ecografía algo que está ocurriendo en su propio cuerpo es un ataque a sus derechos. La mera imagen de esa vida incipiente en su seno supondría una amenaza para su libertad.

En tal caso, habría que plantearse por qué la ley actual admite el aborto como un acto médico. En todo acto médico se reconoce que el paciente debe estar

⁸ <https://www.aceprensa.com/sociedad/aborto/aborto-el-derecho-a-no-saber/>

debidamente informado y que cuantos más datos se le ofrezcan, más libre será su consentimiento. También es de rigor ofrecerle alternativas, de modo que pueda valorar los riesgos y ventajas, y las consecuencias de sus decisiones.

En cambio, cuando se trata del aborto, y más con la última reforma⁹, se trata de hacerlo todo lo más aprisa posible y sin más justificación que la voluntad de la mujer. Por eso se ha anulado un mínimo plazo de reflexión y la entrega de información sobre posibles alternativas. No parece que haya otro acto médico en que se actúe así. Da la impresión de que el reconocimiento de la interrupción voluntaria del embarazo implica el derecho a no saber, a no mirar, a no ver qué es esa vida incipiente en el seno materno.

También es significativo que la misma imagen de la vida naciente cambie de valoración según los deseos de la madre. Si es un embarazo deseado, escuchar el latido del feto y ver sus movimientos será una fuente de alegría, que el médico estará encantado de mostrar. Si es un embarazo no deseado, el mero hecho de ofrecer esa posibilidad es visto como un atropello que suscita indignación. La misma realidad biológica puede ser vista como un hijo o como un amasijo de células, según los deseos. También la salud reproductiva tiene su lado mágico.

No culpabilizar

La medicina moderna conoce cada vez mejor al feto, hasta el punto de considerarlo un paciente¹⁰ sobre el que se puede intervenir para salvaguardar su salud. De ahí que la visión “progresista” del derecho al aborto tiene que dar la espalda a este progreso para ignorar la realidad de la vida en formación. Aquí se impone lo que los anglosajones han llamado *trigger warnings*¹¹, advertencias sobre un contenido que puede herir la sensibilidad de algunas personas y grupos. Si las imágenes pueden impresionarla, mejor no mire. Desde luego, la mujer embarazada es libre de mirar o no esas imágenes. Pero eso no amplía su libertad. Lo que hace más libre es siempre el conocimiento.

Presentar el aborto como incuestionable y por encima de valoraciones morales, no hace ningún favor ni a la importancia del debate ni a la retórica *pro-choice*

En defensa del derecho al aborto se dice que con tales imágenes se pretende culpabilizar a la mujer. También esto revela un aspecto peculiar del aborto como acto médico. Si el médico muestra a una paciente de cáncer de mama la mamografía de su tumor, elegirá verla o no. Pero en absoluto se sentirá

⁹ <https://www.aceprensa.com/sociedad/aborto/la-reforma-del-aborto-en-espana-encubre-el-intervencionismo-ideologico-en-materia-de-sexualidad/>

¹⁰ <https://www.aceprensa.com/resenas-libros/el-no-nacido-como-paciente/>

¹¹ <https://www.aceprensa.com/educacion/trigger-warning-que-nadie-se-sienta-ofendido/>

culpabilizada. Si en el caso del aborto puede sentir una culpa, es porque admite una responsabilidad frente a esa vida que está formándose en ella. Está tomando una decisión que afecta también a otro.

Sin necesidad de condenar a nadie, es ineludible que el debate sobre el aborto suscite una valoración moral. Y es esto lo que está ausente en las reacciones que se limitan a decir que el aborto es un derecho de la mujer reconocido en las leyes y que cualquier juicio ético está de más en este asunto. Como si no se pudiera cuestionar nada que esté ya en las leyes. ¿Qué diríamos si ante el problema del coste de la vivienda y los altos alquileres los promotores inmobiliarios se opusieran a cualquier regulación alegando que el derecho de propiedad privada está sólidamente arraigado en la ley?

No cabe olvidar la perspectiva de lo que es justo o no al tratar del aborto, como no se olvida cuando se trata de un despido libre sin causa o un desahucio sin alternativas.

Naomi Wolf lo advirtió

Frente a lo que podría parecer, la postura que presenta el aborto como una conquista ya incuestionable y por encima de valoraciones morales, no hace ningún favor ni a la importancia del debate ni a la retórica *pro-choice*. Así lo vio la feminista Naomi Wolf, defensora del derecho al aborto, en un artículo¹² de 1995 a menudo citado, en el que lamentaba que, a raíz de la sentencia *Roe vs. Wade*, los *pro-choice* hubieran abandonado el debate moral del aborto (ver resumen en Acepresa¹³). “Para su propio detrimento ético y político –escribía Wolf–, el movimiento *pro-choice* ha abandonado el marco moral de la cuestión del aborto. Ha cedido el lenguaje del bien y del mal a los adversarios”.

Esto tenía dos consecuencias negativas, en lo político y en lo ético. En lo político suponía perder apoyos. “Al negarse a mirar el aborto dentro de un marco moral, perdemos a los millones de americanos que quieren apoyar que el aborto sea legal pero necesitan condenarlo como algo moralmente malo”. Recordaba que los americanos siempre han necesitado que la lucha por un derecho tenga un núcleo ético.

La advertencia de Wolf resulta clarividente para explicar que millones de americanos provida resistieran durante años hasta que en 2022 el Tribunal Supremo cambió la doctrina de *Roe vs. Wade*¹⁴ para anular un derecho

¹² <https://lib.tcu.edu/staff/bellinger/abortion/wolf-our-bodies.pdf>

¹³ <https://www.acepresa.com/ciencia/aborto-un-derecho-al-mal/>

¹⁴ <https://www.acepresa.com/sociedad/aborto/el-final-de-roe-devuelve-la-regulacion-del-aborto-a-los-estados/>

constitucional al aborto y devolver esta legislación a los estados. Abandonar el argumentario ético no fortalece las posturas políticas. Algo que en España debería tener en cuenta el PP, siempre tentado de ponerse de perfil en este asunto, para no parecer conservador.

La feminista Naomi Wolf defendía “la necesidad de contextualizar la defensa del derecho al aborto dentro de un marco moral que reconoce que la muerte de un feto es una muerte real”

La otra consecuencia negativa, decía Wolf, era de carácter ético. “Estamos en peligro de perder algo más importante que los votos, en riesgo de perder lo que solo podemos llamar nuestras almas. Aferrándonos a una retórica sobre el aborto en la que no hay vida ni muerte, enredamos nuestras convicciones en una serie de falsas ilusiones, mentiras y evasivas. Y así corremos el riesgo de convertirnos en lo que nuestros críticos nos achacan: seres insensibles, egoístas, hombres y mujeres destructivos que con toda tranquilidad comparten una visión rebajada de la vida humana”.

Atrévete a saber

Naomi Wolf se revolvía contra esta visión, pidiendo al movimiento *pro-choice* que adoptara una nueva retórica que tuviera en cuenta “la necesidad de contextualizar la defensa del derecho al aborto dentro de un marco moral que reconoce que la muerte de un feto es una muerte real; que en la decisión de abortar hay grados de culpabilidad, de juicio y de responsabilidad; que la mejor comprensión del feminismo supone exigir que mujeres y hombres hagan frente a las responsabilidades que son inseparables de sus derechos”. Defendía que el movimiento *pro-choice* estuviera “dispuesto a lamentar públicamente el aborto como un mal, aunque sea un mal necesario”. Y reconocía que la alta tasa de abortos en el país, que entonces suponía uno de cada cuatro embarazos, solo podía ser vista como “un fracaso”.

No parece que la feminista Wolf haya tenido mucho éxito en sus propias filas. La necesidad del razonamiento moral en el debate sobre el aborto, la exigencia de matices según los casos, el reconocimiento de que se elimina una vida, la llamada a las responsabilidades, no están hoy en el discurso feminista. El aborto se defiende hoy con eslóganes sobre los derechos de la mujer, frases hechas contra las imposiciones de los reaccionarios provida, y silencio total sobre las responsabilidades. Si para Wolf el aborto era un mal necesario, hoy se ensalza como una conquista social. Si para la feminista norteamericana el aborto masivo era un fracaso, hoy en España la tasa de aborto es de uno por cada cinco embarazos y resulta normal. Así, el mero hecho de que una comunidad como

Castilla y León, con una población envejecida, se plantee reducir esa sangría, resulta escandaloso.

En el debate sobre el aborto, tanto si se está a favor como en contra, es necesario mirar de frente la realidad. También aquí vale el lema de la Ilustración, que popularizó Kant: “Sapere aude” (Atrévete a saber).

Así consiguió una pionera de la transición de género en menores que Finlandia diese marcha atrás¹⁵

La psiquiatra Riittakerttu Kaltiala comprobó los daños y los denunció enseguida



La psiquiatra Riittakerttu Kaltiala fue de los primeros médicos en aplicar los protocolos de afirmación de género, y también de los primeros en ver sus efectos negativos y decirlo honestamente. Foto: captura del canal Puheenaihe de Youtube.

Carmelo López-Arias, 08 noviembre 2023

La doctora **Riittakerttu Kaltiala**, de 58 años, es una psiquiatra finlandesa jefa del departamento de **Psiquiatría Adolescente** en el hospital universitario de Tampere y autora de más de 230 artículos de su especialidad. Se introdujo en esa especialidad porque siempre le había “fascinado” el proceso de **maduración de niño a adulto** y la forma en que se define el papel que cada cual quiere jugar en el mundo.

¹⁵ <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/746750968/transicion-genero-ido-manos-pionera-denuncio-danos.html>

Cuando empezó a trabajar, la **disforia de género** ya era bien conocida. La “medicina transgénero” nació en los años 50¹⁶.

Durante todo el siglo XX y comienzos del siglo XXI, se aplicó en su mayoría a **varones adultos** que habían experimentado **durante toda su vida** una inadaptación a su sexo biológico, y a quienes se trataba con estrógenos y cirugía para ayudarles a vivir como mujeres. Los investigadores empezaron a considerar entonces si habría una forma de anticipar esa “transición” para evitar un tratamiento adulto, que en ocasiones suponía grandes dificultades.

En 2011, unos médicos holandeses publicaron un artículo¹⁷ donde sostenían que si los jóvenes con disforia de género bloqueaban farmacológicamente su pubertad natural, recibiendo las hormonas contrarias, empezarían antes a vivir antes su vida transgénero. El que se denominó “**protocolo holandés**” fue adoptado enseguida también a nivel internacional.

“Al mismo tiempo”, explica la psiquiatra en un reciente artículo en *The Free Press*¹⁸, “surgió un movimiento activista que proclamaba la **transición de género** no como un simple procedimiento médico, sino como **un derecho humano**”. Este movimiento logró penetrar con fuerza en los medios y aprovechar las incipientes redes sociales, lo que decidió al ministerio finlandés de Asuntos Sociales y Salud Pública a establecer un programa nacional para la identidad de género en menores.

Se le encargó a **dos hospitales** que ya lo hacían con adultos. En uno de ellos trabajaba la doctora Kaltiala, a quien pusieron al frente del nuevo servicio.

Ella tenía sus reparos: “Se nos pedía intervenir en cuerpos sanos basándonos solamente en los **cambiantes sentimientos** de un joven sobre el género. La adolescencia es un periodo complejo en el cual los jóvenes consolidan su personalidad, exploran sus sentimientos sexuales y se van haciendo independientes de sus padres. **La identidad es la conclusión de un correcto desarrollo adolescente, no su punto de partida**”.

Tras un debate bioético en el que Riittakerttu expresó su opinión de que la transición de género “interrumpía y alteraba una etapa crucial de desarrollo psicológico y físico”, la directriz nacional se impuso y empezaron a **aplicar el protocolo pedido**.

¹⁶ Lee en ReL: Así inventó Money la ideología de género: el bebé que fue su cobaya humana y que acabó suicidándose.

<https://www.religionenlibertad.com/polemicas/54643/asi-invento-money-ideologia-genero-bebe-que-fue.html>

¹⁷ https://www.researchgate.net/publication/51768297_Treatment_of_Adolescents_With_Gender_Dysphoria_in_the_Netherlands

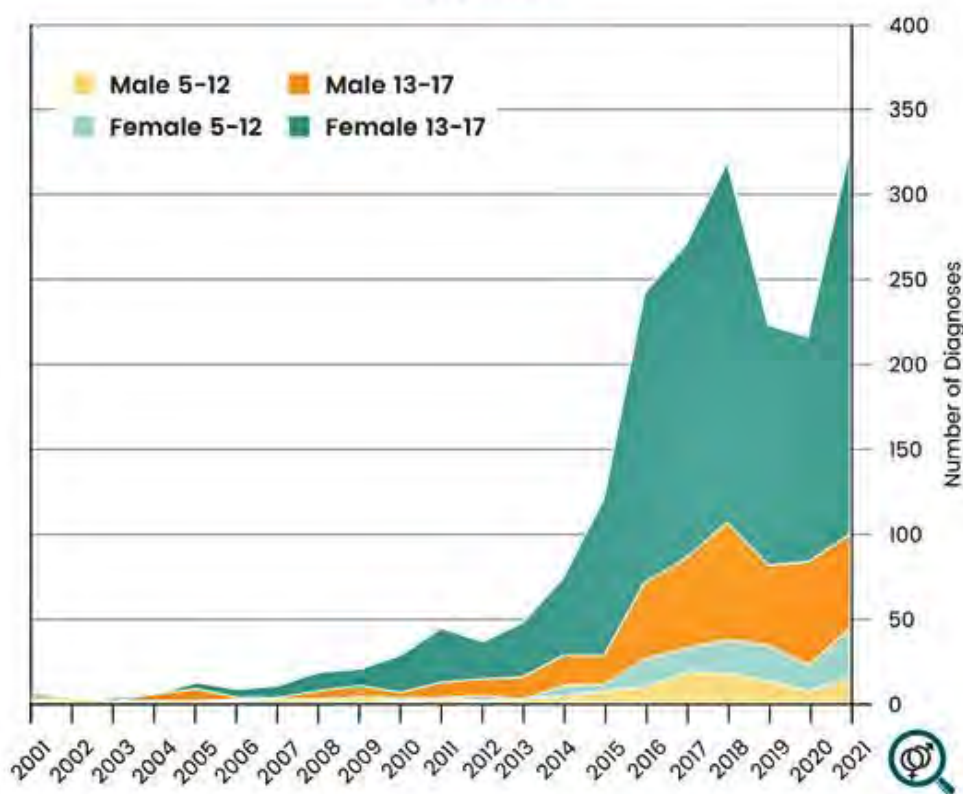
¹⁸ <https://www.thefp.com/p/gender-affirming-care-dangerous-finland-doctor>

La doctora Kaltiala conoció y evaluó personalmente a la mayoría de los pacientes tratados en ambas clínicas: **más de 500**. “En los primeros años, nuestro departamento psiquiátrico dio el visto bueno a la transición en el 50% de los casos. En años más recientes, esa aprobación ha caído al 20%”.

Las "sorpresas"

¿Qué pasó? Hubo “sorpresas”. Por ejemplo, en cuanto se abrió el servicio “no solo llegaron pacientes, sino que llegaron **en manada**: en todo el mundo occidental, el número de los niños con disforia de género se disparó”.

Child and Adolescent Diagnoses of Gender Dysphoria Sweden



Casos de disforia de género en Suecia entre 2001 y 2021. En verde oscuro, las chicas entre 13 y 17 años. Se aprecia cómo los casos se disparan a partir de 2011. Fuente: Society for Evidence Based Gender Medicine¹⁹.

Una segunda sorpresa fue que los pacientes que llegaban no se parecían en nada a los descritos por el protocolo holandés, que eran varones mentalmente sanos que llevaban desde niños considerando la idea de ser niñas. “Esperábamos un pequeño número de chicos que persistentemente se declaraban niñas. Por el

¹⁹ <https://segm.org/>

contrario, el 90% de nuestros pacientes eran **chicas entre 15 y 17 años**, la gran mayoría de las cuales presentaban **problemas psiquiátricos graves**", recuerda.

Unos problemas básicamente **de origen social**: familias disfuncionales, soledad, problemas académicos, acoso... Tenían **trastornos** de depresión y ansiedad, alimentarios, de autolesión, episodios psicóticos, etc., y un 25% en el espectro autista.

Tercera sorpresa: casi todos habían experimentado la disforia de género **de forma repentina** en la adolescencia. "Venían ahora a nosotros porque o bien alguien de una **organización LGBT** le había dicho a sus padres -normalmente a las madres- que el problema real de su hijo era la identidad de género, o bien el niño había visto algo en **internet** sobre los beneficios de la transición".

La realidad

La medicina de género "se politizó rápidamente", tanto que no se reparó en lo que estaban afirmando los activistas: "Los activistas -incluidos profesionales médicos- afirmaban no solo que los sentimientos de estrés de género **desaparecerían inmediatamente** si los jóvenes empezaban la transición, sino que esas intervenciones **aliviarían** además todos sus problemas mentales".

Kaltiala, al ver tanta disparidad entre la población analizada por el protocolo holandés y lo que ellos veían en su consulta, consultó a otros colegas europeos, por si hubiese algún sesgo en la población finesa que explicase la disparidad. Pero se encontró con que "**todo el mundo se estaba encontrando con una similar avalancha de casos de niñas con múltiples problemas psiquiátricos**, y también se sentían confusos con ello".

El miedo

"Muchos dijeron que era un alivio saber que su experiencia no era única. Pero **nadie lo decía públicamente**", comenta. Acababa de descubrir el verdadero problema: "Había una sensación de **presión** para aplicar lo que se suponía iba a ser un nuevo tratamiento maravilloso... Poco después de que nuestro hospital comenzase a ofrecer intervenciones hormonales para estos pacientes, empezamos a ver que el milagro que se nos había prometido no estaba teniendo lugar", lamenta.

Estaban viendo "**justo lo contrario**": "**Los jóvenes a quienes tratábamos no mejoraban**. Al revés, sus vidas se deterioraban. En ocasiones, ellos insistían en que sus vidas habían mejorado y eran más felices. Pero, como médico, yo podía ver que estaban yendo a peor. Se apartaban de toda actividad social. No hacían

amigos. No iban a la escuela. Trabajando en red con colegas de varios países, ellos decían que veían lo mismo".

Riittakerttu y varios compañeros finlandeses categorizaron a sus pacientes y publicaron en 2015 [un estudio](#)²⁰ que fue el primero donde un especialista de género planteaba serias **dudas** sobre este nuevo tratamiento.

Esperaba que surgiera debate, pero **no lo hubo**: “En vez de reconocer los problemas que describíamos, se empeñaron aún más en difundir estos tratamientos”.

Si antes la doctora Kaltiala había hecho mención a los “activistas”, sugiriendo un interés ideológico, ahora sugiere otro más sencillo y universal: el **dinero**.

El 28 de octubre de 2022, la doctora Kaltiala intervino en un encuentro conjunto del Florida Board of Medicine y del Florida Board of Osteopathic Medicine para aportar su punto de vista sobre la transición de género en menores. (La intervención tiene subtítulos en inglés.)

En Estados Unidos, la primera clínica de género pediátrica abrió en Boston en 2007. Quince años después hay más de cien. Los protocolos estadounidenses ponían aún menos límites que el protocolo holandés. Una investigación²¹ de la agencia Reuters descubrió que algunas clínicas aprobaban el tratamiento hormonal **en la primera visita del menor**: “Estados Unidos fue pionero en un nuevo tratamiento estándar, denominado ‘**afirmación de género**’, que apremiaba a los médicos a, simplemente, aceptar la afirmación del niño de su identidad trans y a dejar de ser un obstáculo que plantease dudas sobre la transición”.

El contagio social y las campañas mediáticas

También en torno a ese año de 2015, a la clínica de Tampere empezaron a llegar grupos de chicas procedentes de la misma localidad y el mismo colegio, contando **historias similares**, incluso las mismas anécdotas infantiles, y con una aparición **repentina** de la convicción de ser transgénero, sin que hubiese una historia previa de disforia: “Nos dimos cuenta de que actuaban de forma común e intercambiaban información sobre qué debían decirnos. Fue así como tuvimos nuestra primera experiencia de **contagio de origen social**²² de la disforia de género. Algo que estaba pasando en todas las clínicas de género pediátricas del mundo, aunque, de nuevo, **nadie se atrevía a hablar de ello**”.

²⁰ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4396787/>

²¹ <https://www.reuters.com/investigates/special-report/usa-transyouth-care/>

²² <https://www.thefp.com/p/trans-activists-killed-my-scientific-paper>

“Comprendo ese silencio”, afirma Kaltiala: “Cualquiera -médicos, investigadores, profesores, escritores- que plantease su inquietud sobre el creciente poder de los activistas de género y sobre los efectos sobre los jóvenes de la transición médica era sometido a **campañas organizadas de denigración y a amenazas sobre su carrera profesional**”.

Pese a semejante presión, en 2016 las dos clínicas de género pediátricas finlandesas cambiaron su protocolo, **privilegiando el abordaje de los problemas psiquiátricos** de los pacientes antes que la afirmación de género. Fueron sometidas a una virulenta campaña política y mediática, culpabilizándoles con el habitual desfile de casos victimizados.

Los "detransicionadores"

Pero Riittakerttu afirma que fue formada en que los tratamientos médicos deben basarse en pruebas, y que si un tratamiento no funciona, “**es tu deber investigar e informar** a tus colegas y a la opinión pública, y **dejar de aplicar** ese tratamiento”. En 2015 ella pidió a un comité nacional de asesoramiento sanitario que estableciese directrices nacionales. En 2018 reiteró su petición, y esta vez fue atendida²³.

Poco después, a los ocho años de haber abierto el servicio, empezaron a llegar antiguos **pacientes arrepentidos de su transición** y pidiendo volver a su sexo biológico: “Eran pacientes que se suponía que no existían²⁴. Los autores del protocolo holandés afirmaban que la proporción de arrepentimiento era minúscula”. Y no era así: “Los fundamentos del protocolo holandés se estaban **desmoronando**”.

Se había dicho que solo el 1% de quienes transicionaban querían luego detransicionar. Pero un nuevo estudio, explica la doctor Kaltiala, muestra que cerca de **un 30% de pacientes**²⁵ simplemente dejan de tomar las hormonas prescritas antes de los **cuatro años** de tratamiento.

²³ <https://www.nhlbi.nih.gov/node/80397>

²⁴ <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2022.2150346>

²⁵ <https://academic.oup.com/jcem/article/107/9/e3937/6572526?login=false>



Oli London empezó su proceso de 'detransición'²⁶ a principios de este año, tras comprender el error que cometió.

Hay una explicación para esto. Los adolescentes que transicionaron no eran conscientes de lo que supone llegar a la edad adulta y ser estériles, sufrir disfunciones sexuales o no encontrar pareja: “Es devastador hablar con pacientes que dicen que fueron ingenuos y les aconsejaron mal sobre lo que supondría para ellos la transición, y que ahora sienten que fue un **terrible error**. Básicamente, estos pacientes me dicen que estaban tan convencidos de que necesitaban la transición que **ocultaron información o mintieron** durante el proceso de valoración”.

Entrando en razón

En 2018, Riittakerttu publicó otro estudio²⁷ junto con varios colegas sobre el origen del gran número de nuevos casos de disforia de género en adolescentes. En él recordaban que **el 80% de los niños con disforia de género la resuelven de forma espontánea** si se les deja seguir su pubertad natural, y con frecuencia se identifican como homosexuales.

²⁶<https://www.religionenlibertad.com/personajes/763495474/oli-london-transracial-femenino-inicia-detransicion-no-seguir-controrden-natural.html>

²⁷ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5841333/>

En junio de 2020, las autoridades sanitarias finlandesas publicaron nuevas recomendaciones²⁸, concluyendo que los estudios que pregonaban el éxito del modelo de “afirmación de género” eran **parciales y poco fiables**. Y planteaba que a los jóvenes que piden transición de género deben instruírseles sobre “la realidad de lo que implica involucrarse en un tratamiento médico **para toda la vida**, la permanencia de los efectos, los posibles efectos adversos físicos y mentales”, y que cualquier decisión que tomaran tendría consecuencias “**el resto de su vida**”. Y proponía directamente que, por todas estas razones, la transición de género debe posponerse “hasta la edad adulta”.

Tras Finlandia, **Suecia**²⁹ y el **Reino Unido**³⁰ han llegado a conclusiones similares. Por eso a la doctora Kaltiala le escandaliza que el sistema sanitario estadounidense siga **ciego**³¹ a esta realidad. “Se supone que las organizaciones médicas **deben prescindir de la política** para establecer estándares que protejan a los pacientes. Sin embargo, en Estados Unidos estos grupos -incluida la Academia Estadounidense de Pediatría- son activamente hostiles al mensaje apremiante que les dirigimos mis colegas y yo”.

De hecho, **rechazaron dos contribuciones** que enviaron al congreso anual de la Academia Estadounidense de Psiquiatría infantil y adolescente: “Esto es enormemente inquietante. **La ciencia no progresa mediante el silenciamiento**. Los médicos que rechazan considerar las pruebas presentadas por los críticos están poniendo en riesgo la seguridad de sus pacientes”.

El riesgo de suicidio

Como psiquiatra, Riittakerttu también lamenta que los médicos de género adviertan a los padres del elevado **riesgo de suicidio** de sus hijos si no les siguen la corriente de la transición: “La muerte de cualquier joven es una tragedia, pero la investigación muestra que el suicidio es muy raro³². Es deshonesto y extremadamente antiético presionar a los padres a que aprueben la medicalización de género **exagerando** el riesgo de suicidio”.

En el mismo sentido, este año el presidente de la Sociedad Endocrina de Estados Unidos afirmó en *The Wall Street Journal* que la transición hormonal “salva

²⁸ https://segm.org/sites/default/files/Finnish_Guidelines_2020_Minors_Unofficial_Translation.pdf

²⁹ https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/634619920/suecia-rectifica-politicas-trans-prohibe-por-prudencia-hormonacion-menores-edad.html

³⁰ https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/732922446/finlandia-suecia-reino-unido-cuestionan-protocolos-transgenero-operaciones-a-menores.html

³¹ <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/298274086/castillo-naipes-transgenero-derrumba-reticencias-establishment-medico.html>

³² <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8888486/>

vidas”³³ y “reduce el riesgo de suicidio”. La doctora Kaltiala y otros veinte médicos de nueve países escribieron una carta de respuesta³⁴ refutando esa afirmación: “Hasta la fecha, todas las revisiones sistemáticas de las pruebas, incluida una publicada en el *Journal of the Endocrine Society*, han encontrado que las pruebas de los beneficios para la salud mental de las intervenciones hormonales en menores tienen **una certeza baja o muy baja**”.

“La medicina, por desgracia”, concluye, “no es inmune a pensamientos de grupo peligrosos que resultan en detrimento del paciente... **La transición de género se nos ha ido de las manos**”.

³³https://www.wsj.com/articles/trans-gender-affirming-care-endocrine-society-evidence-fdb8562c?mod=Searchresults_pos1&page=1

³⁴<https://www.wsj.com/articles/trans-gender-affirming-care-transition-hormone-surgery-evidence-c1961e27>

Mons. Cordileone y Mons. Barber publican una carta pastoral conjunta condenando la ideología de género³⁵
«NIEGA CIERTOS ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA EXISTENCIA



HUMANA»

Mons. Salvatore Cordileone, arzobispo de San Francisco y Mons. Michael Barber, obispo de Oakland, han publicado una carta pastoral conjunta, «La unidad cuerpo-alma de la persona humana», en la que condenan la ideología de género y dan indicaciones sobre cómo tratar pastoralmente a las personas con disforia de género.

18/10/23

(InfoCatólica) Los obispos constatan en su carta³⁶ que «la influencia de la ideología de género se ha generalizado en la sociedad contemporánea. Como consecuencia, muchos fieles y personas que sirven en nuestros ministerios se han planteado cuestiones en torno a los complejos y delicados temas del género, la identidad sexual y la naturaleza de la persona humana».

³⁵ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=47748>

³⁶ <https://sfarchdiocese.org/the-body-soul-unity-of-the-human-person/>

Tras recordar que el papa Francisco considera la ideología de género³⁷ como «una de las colonizaciones ideológicas más peligrosas» de la actualidad, los obispos explican en qué consiste:

«La ideología de género niega ciertos aspectos fundamentales de la existencia humana, como la diferencia sexual hombre-mujer, la complementariedad recíproca del hombre y la mujer y la unidad esencial del cuerpo y el alma en la persona humana. La ideología de género se opone radicalmente, en muchos aspectos importantes, a una sana comprensión de la naturaleza humana, dando lugar a formas de influencia cultural, especialmente a través de la educación y la legislación, que promueven una noción de identidad personal que se deja a la elección del individuo y que niegan la base antropológica de la familia como fundada en la diferencia biológica entre el hombre y la mujer. Se opone así a la razón, a la ciencia y a una visión cristiana de la persona humana».

Los prelados recuerdan que «a lo largo de su historia, la Iglesia católica se ha opuesto a las nociones de dualismo que plantean el cuerpo y el alma como entidades separadas y no integradas. El cuerpo es un aspecto integral e indispensable de lo que significa ser una persona humana. El cuerpo y el alma nacen juntos, en un ser humano individual, en el momento de la concepción. Desde el principio de su existencia, la persona humana tiene un cuerpo que se diferencia sexualmente como masculino o femenino».

Y añaden:

«La diferencia y la complementariedad sexual hombre-mujer son también esenciales para una comprensión cristiana de la unión conyugal, que es en sí misma una imagen de la comunión trinitaria. Eliminar esta diferencia disminuiría en el hombre y la mujer parte de lo que significa ser imagen y semejanza de Dios. Además, acabaría con la base misma de la familia, «primera célula vital de la sociedad». Hacerlo sería una ofensa a la dignidad humana y una injusticia social».

A quienes experimentan disforia de género, Los obispos les reafirman «que Dios nos conoce, nos ama a cada uno de nosotros y desea nuestro bien. Jesús nos recuerda: *"Yo he venido para que tengan vida y la tengan en abundancia"* (Juan 10:10)», a la vez que les enseñan que «nuestra identidad no es algo que inventemos o creemos para nosotros mismos. Vuestra identidad más fundamental es la de hijos amado de Dios. Reconoced que el deseo de comprender quiénes sois es un deseo de conoceros a vosotros mismos como creados, conocidos y amados por Dios. La Iglesia, por su parte, desea

³⁷ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=45910>

escucharos y caminar con vosotros mientras llegáis a comprender y aceptar la totalidad de lo que Dios os ha hecho ser».

Los obispos ofrecen, al final de su carta, «una selección de recursos destinados a ayudar a profundizar en la comprensión de la doctrina de la Iglesia Católica sobre cuestiones relacionadas con la identidad sexual y la disforia de género».

Y exhortan:

«A quienes desempeñan nuestros ministerios, les invitamos a familiarizarse con la enseñanza de la Iglesia para acompañar a quienes servimos en el amor y la verdad. Sigamos proponiendo con amor a todos la verdad más profunda sobre la persona humana revelada por Jesucristo, que, en palabras del Papa Benedicto XVI, "cada uno de nosotros es el resultado de un pensamiento de Dios. Cada uno de nosotros es querido. Cada uno de nosotros es amado. Cada uno de nosotros es necesario"».

[Carta completa](#)

La Unidad Cuerpo-Alma de la Persona Humana

Septiembre 29, 2023 // Archbishop

***“Y creó Dios al hombre a su imagen; a imagen suya lo creó; hombre y mujer los creó”.
(Gen 1, 27)***

29 de septiembre de 2023 | Fiesta de los Arcángeles

Queridos hermanos en Cristo,

La influencia de la ideología de género (también llamada ideología del gender) se ha extendido en la sociedad contemporánea. Como resultado, muchos fieles y quienes sirven en nuestros ministerios se han planteado cuestiones en torno a los complejos y delicados temas del género, la identidad sexual y la naturaleza de la persona humana. A la luz de las recientes orientaciones de la Iglesia y de la Conferencia de Obispos Católicos de Estados Unidos (USCCB), y de acuerdo con nuestra responsabilidad pastoral de instruir a los fieles, pretendemos con esta carta pastoral proporcionar claridad y recursos con respecto a la enseñanza de la Iglesia Católica sobre la naturaleza de la persona humana.

El Papa Francisco ha llamado la ideología de género “una de las colonizaciones ideológicas más peligrosas”.¹ Por “colonización ideológica”, el Papa Francisco quiere decir que hay poderosas influencias culturales que surgen en diversas formas de medios de comunicación, como en publicaciones, en los medios sociales y en otros contenidos influyentes, que ejercen una enorme influencia en la cultura. La ideología de género niega ciertos aspectos fundamentales de la existencia humana, como la diferencia sexual entre el hombre y la mujer, la complementariedad recíproca del hombre y la mujer y la unidad esencial del cuerpo y el alma en la persona humana. La ideología de género se opone radicalmente, en muchos aspectos importantes, a una comprensión sólida de la naturaleza humana, dando lugar a formas de influencia cultural, especialmente a través de la educación y de la legislación, que promueven una noción de identidad personal que se deja a la elección del individuo y que niegan la base antropológica de la familia como fundada en la diferencia biológica entre el hombre y la mujer.² Congregación para la Educación Católica, ‘Los creó varón y mujer’: Para una vía de diálogo sobre la cuestión del gender en la educación, 2 (2019). Se opone así a la razón, a la ciencia y a una visión cristiana de la persona humana.

A lo largo de su historia, la Iglesia Católica se ha opuesto a las nociones de dualismo³ que plantean el cuerpo y el alma como entidades separadas y no integradas. El cuerpo es un aspecto integral e indispensable de lo que significa ser una persona humana. El cuerpo y el alma llegan juntos a la existencia, en un ser humano individual en el momento de la concepción. Desde el principio de su existencia, la persona humana tiene un cuerpo diferenciado sexualmente como masculino o femenino.⁴ El ser hombre o el ser mujer “es una realidad buena y querida por Dios”.⁵ En consecuencia, nunca se puede decir que uno esté en el cuerpo “equivocado”.⁶ El Catecismo de la Iglesia Católica explica: “Por consiguiente, no es lícito al hombre despreciar la vida corporal, sino que, por el contrario, tiene que considerar su cuerpo bueno y digno de honra, ya que ha sido creado por Dios y que ha de resucitar en el último día”.⁷ La diferencia y la complementariedad sexual entre el hombre y la mujer son también esenciales para una comprensión cristiana de la unión conyugal, que es en sí misma una imagen de la comunión trinitaria. Eliminar esta diferencia disminuiría en el hombre y en la mujer parte de lo que significa ser imagen y semejanza de Dios. Además, acabaría con la base misma de la familia, la “primera célula vital de la sociedad”.⁸ Hacerlo sería una ofensa a la dignidad humana y una injusticia social.

Muchos fieles católicos se solidarizan con quienes sufren disforia de género, discriminación injusta u otras cuestiones relacionadas con la identidad de género y desean sinceramente responder con amor a sus hermanos. La Iglesia está llamada a hacer como Jesús, a acompañar con espíritu solidario a los marginados y a los que sufren, afirmando al mismo tiempo la belleza y la verdad de la creación de Dios. “La verdad es luz que da sentido y valor a la caridad...Sin verdad, la caridad cae en mero sentimentalismo. El amor se convierte en un envoltorio vacío”.⁹ La compasión que no incluye tanto la verdad como la caridad es una compasión equivocada. El apoyo a quienes experimentan disforia de género debe caracterizarse por una preocupación activa por la caridad cristiana genuina y la verdad sobre la persona humana. De hecho, es la verdad sobre la dignidad de cada persona la que exige que nadie sufra acoso, violencia, insultos o discriminación injusta.¹⁰

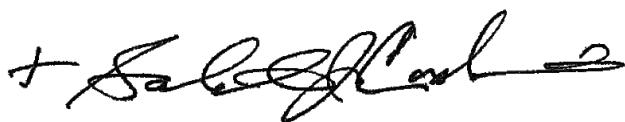
A quienes experimentan disforia de género, deseamos reafirmarles que Dios nos conoce, nos ama a cada uno de nosotros y desea nuestro florecimiento. Jesús nos recuerda: “Yo he venido para que tengan Vida, y la tengan en abundancia” (Juan 10, 10). Nuestras vidas, incluso nuestra propia identidad, a veces nos puede parecer un misterio. Pueden ser una fuente de confusión, quizás incluso de angustia y sufrimiento. Sepan que su vida no es un misterio para Dios, que ha contado cada cabello de sus cabezas (Lucas 12, 7), que creó lo más íntimo

de su ser y que les tejió en el vientre de su madre (Salmo 139). Al asumir una naturaleza humana corporal, Jesús revela la bondad de nuestros cuerpos creados y la cercanía de Dios a cada uno de nosotros. No está lejos ni es indiferente a nuestras preguntas, nuestros retos o nuestros sufrimientos. En estos momentos viene a nuestro encuentro y a revelarnos la profundidad de su amor y de su misericordia. El Concilio Vaticano II declaró que “el misterio del hombre sólo se esclarece en el misterio del Verbo encarnado”.¹¹ Es una forma de decir que, al convertirse en uno de nosotros, Jesús no sólo nos revela a Dios, sino que revela al hombre lo que el hombre es. Nuestra identidad no es algo que inventamos o creamos para nosotros mismos. Su identidad más fundamental es la de hijos muy amados de Dios. Reconozcan que el deseo de entender quiénes son Ustedes es un deseo de conocerse a Ustedes mismos así como Dios los ha creado, conocido y amado. La Iglesia, por su parte, desea escucharlos y caminar con Ustedes mientras llegan a comprender y aceptar la totalidad de a quien Dios ha creado.

Tras escuchar y dialogar, tanto la Santa Sede como la USCCB, así como otras diócesis católicas, han ofrecido orientaciones sobre las complejidades de las cuestiones de identidad sexual en su relación con la doctrina de la Iglesia, la atención sanitaria católica, la educación católica y el acompañamiento de quienes sufren disforia de género. A continuación se hace referencia a algunas de estas orientaciones. Las complejidades e implicaciones morales de las alteraciones del cuerpo humano se tratan ampliamente en la Nota doctrinal sobre los límites morales de la manipulación tecnológica del cuerpo humano publicada por el Comité de Doctrina de la USCCB el 20 de marzo de 2023. Se incluye aquí un enlace al documento como recurso. La Nota doctrinal afirma el orden fundamental de la persona humana como unidad de cuerpo y alma, incluida la diferencia sexual inscrita en el cuerpo. Se puede causar un gran daño en situaciones en las que los procedimientos y tratamientos médicos no respeten el orden creado fundamental de la persona humana. Animamos especialmente a los médicos y al personal sanitario, a quienes estén considerando tratamientos médicos para la disforia de género y a cualquier persona que atienda a personas que sufren disforia de género a que consideren detenidamente la información contenida en la Nota doctrinal. Que nuestro testimonio cristiano y nuestra atención a los que experimentan un sufrimiento real sean un signo de nuestro discipulado al dar testimonio con alegría del poder sanador de Cristo.

Aquí se ofrecen recursos seleccionados destinados a ayudar a profundizar la comprensión de la enseñanza de la Iglesia Católica sobre cuestiones relacionadas con la identidad sexual y la disforia de género. A quienes llevan a cabo nuestros ministerios, les invitamos a familiarizarse con la enseñanza de la

Iglesia para acompañar a quienes servimos en el amor y la verdad. Sigamos proponiendo con amor a todos la verdad más profunda sobre la persona humana como ha sido revelada por Jesucristo, ya que, en palabras del Papa Benedicto XVI: “Cada uno de nosotros es el fruto de un pensamiento de Dios. Cada uno de nosotros es querido, cada uno es amado, cada uno es necesario”.¹²



Excmo. Mons. Salvatore J. Cordileone
Arzobispo de San Francisco



Excmo. Mons. Michael C. Barber, S.J.
Obispo de Oakland

[Carta Adjunta en PDF](#)

Recursos relacionados

- 1.) Catecismo de la Iglesia Católica (1995). Párrafos 355-384 y 2331-2336.
- 2.) Nota doctrinal sobre los límites morales de la manipulación tecnológica del cuerpo humano (USCCB, 2023).
- 3.) Los creó varón y mujer: Para una vía de diálogo sobre la cuestión del gender en la educación (Congregación para la Educación Católica, 2019).
- 4.) “Papa Francisco: La ideología de género es ‘una de las colonizaciones ideológicas más peligrosas’ de la actualidad” (Catholic News Agency, 11 de marzo de 2023).
- 5.) Exhortación apostólica postsinodal Amoris Laetitia (Papa Francisco, 2016). Nos. 56, 285-286.6.) “Una catequesis sobre la persona humana y

la ideología de género” (Excmo. Mons. Michael F. Burbidge, Diócesis de Arlington, 2021).

6.) “Una catequesis sobre la persona humana y la ideología de género” (Excmo. Mons. Michael F. Burbidge, Diócesis de Arlington, 2021).

Leer en español:

<https://sfarchdiocese.org/la-unidad-cuerpo-alma-de-la-persona-humana/>

Notas finales:

1. <https://www.catholicnewsagency.com/news/253845/pope-francis-gender-ideology-is-one-of-the-most-dangerous-ideological-colonizations-today>. ↵
2. Congregation for Catholic Education, *‘Male and Female He Created Them’: Towards a Path of Dialogue on the Question of Gender Theory in Education*, 2 (2019). ↵
3. USCCB Committee on Doctrine, *Doctrinal Note on the Moral Limits to Technological Manipulation of the Human Body*, 4 (March 20, 2023). ↵
4. While there are a small percentage of individuals affected by disorders of sexual development or sexual ambiguity, their biological sex may be identifiable through genetic techniques or other medical means, albeit with some difficulty. ↵
5. *Catechism of the Catholic Church*, 369. ↵
6. Committee on Doctrine, *Doctrinal Note*, 4. ↵
7. *Gaudium et Spes*, 14 (1965). Quoted in *Catechism of the Catholic Church*, 364. ↵
8. Pontifical Council for Justice and Peace, *Compendium of the Social Doctrine of the Church*, 211 (2004). ↵
9. Pope Benedict XVI, Encyclical *Caritas in Veritate*, 3 (2009). ↵
10. *Male and Female He Created Them*, 16 (2019.) ↵
11. *Gaudium et Spes*, 22. ↵
- 12.¹² Homily for the inauguration of the papacy of Benedict XVI, (April 24, 2005). ↵

Científicos confirman que los bebés nonatos sienten dolor a partir de las 12 semanas³⁸

DESAFIANDO EL CONSENSO TRADICIONAL DE LA CIENCIA

En un artículo que cuestiona las creencias arraigadas sobre el aborto, se destaca la controversia en torno a la capacidad de los fetos para sentir dolor y cuándo comienza este proceso en el útero.

LifeNews/InfoCatólica, 21/10/23



©Isaac Quesada, Unplash

La respuesta a la pregunta de Shylock para que se reconozca su humanidad compartida, es «sí». Es una característica humana universal. Incluso en el vientre materno, a las pocas semanas de vida, nuestros corazones laten rítmicamente y la sangre recorre nuestros diminutos cuerpos aún en desarrollo. «Si nos pinchan, sangraremos».

Pero, ¿y si la pregunta fuera: «Si nos pinchan, no sentimos dolor»?

³⁸ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=47774>

Para todos los seres humanos ya formados, salvo algún síndrome neural patológico, la respuesta es «sí». Pero, ¿qué ocurre con los seres humanos que aún se están desarrollando en el útero?

Durante años el consenso fue «no», no hasta mucho después del nacimiento. A medida que avanzaban la ciencia y las observaciones médicas, la respuesta pasó a ser «sí», pero no hasta el final de la gestación (después de 24 semanas) y sólo con el desarrollo del córtex (la capa más externa y pensante del cerebro).

La ciencia siguió avanzando, sobre todo en el conocimiento de cómo y cuándo se forman los nervios y otros tejidos a medida que crecemos y nos desarrollamos en el útero materno. Pero, por desgracia, muchos hicieron la vista gorda ante la ciencia, prefiriendo una interpretación ciega que encajaba con su narrativa deseada sobre la situación del feto en el útero.

El título de un artículo académico habla mucho sobre este tema: «Reconsidering fetal pain» (Reconsiderando el dolor fetal), de dos profesionales médicos de gran prestigio, Stuart Derbyshire y John C. Bockmann³⁹.

El artículo es una revisión honesta y objetiva de la literatura científica relacionada con la cuestión de si un niño que aún está en el útero puede experimentar dolor y cuándo. Analizando de nuevo las pruebas científicas con ojos imparciales, la respuesta de los autores es «sí», tal vez a partir de las 12 semanas, y sin duda después de las 18 semanas.

Derbyshire y Bockmann también revisaron las pruebas de la experimentación del dolor en relación con la necesidad del córtex o de procesos psicológicos para «interpretar» la señal de dolor. Su lectura objetiva y equilibrada de las pruebas apuntaba a la experiencia del dolor sin necesidad del córtex (similar al dolor indiscutible que experimentan los animales), mediada por otras estructuras neuronales.

La literatura sobre la ciencia del dolor fetal ha llegado a ser muy extensa⁴⁰. Pero no es sólo la ciencia, sino también la razón la que aporta este nuevo reconocimiento de la realidad del dolor fetal.

En una entrada de blog adjunta en el sitio web del Journal of Medical Ethics, los autores explican con más detalle lo que les llevó a reconsiderar este tema. Habían discutido la cuestión desde 2016 y los recientes hallazgos científicos abrieron la puerta al artículo de autoría conjunta.

³⁹ <https://jme.bmj.com/content/medethics/46/1/3.full.pdf>

⁴⁰ <https://acpeds.org/position-statements/fetal-pain>

Esta apertura para reconsiderar la evidencia objetivamente y publicar sus conclusiones razonadas es quizás más sorprendente porque los autores provienen de diferentes puntos de vista sobre el aborto. Escriben:

«Tenemos puntos de vista divergentes sobre el aborto: uno de nosotros considera que el aborto es una necesidad ética para que las mujeres sean autónomas y el otro considera que el aborto es éticamente incompatible con una buena práctica médica».

«Sin embargo, ambos estamos de acuerdo en que los distintos puntos de vista sobre el aborto no deben influir en el debate abierto y franco sobre la posibilidad del dolor fetal. Los descubrimientos científicos pertinentes a la cuestión del dolor fetal, y la discusión filosófica sobre la naturaleza del dolor, deben evaluarse independientemente de cualquier opinión sobre los derechos y los errores del aborto».

En su artículo, los autores también escriben que «consideran la posibilidad de que la mera experiencia del dolor, sin capacidad de autorreflexión, sea moralmente significativa». El neonatólogo Dr. Robin Pierucci señala que no sólo la preponderancia de las pruebas científicas, sino también la vasta experiencia de los trabajadores médicos en la clínica neonatal, hacen innegable la existencia del dolor fetal.

Negar la ciencia no hace desaparecer el dolor. Y la experiencia humana común del dolor, que es, de hecho, «moralmente significativa», significa que estamos moralmente obligados a reconocer y prevenir ese dolor. Del mismo modo, estamos obligados a abstenernos de actos que infligen dolor a un ser humano. Todo esto, por supuesto fuera del hecho básico de que la vida de todo ser humano debe ser respetada independientemente pueda sentir o no dolor.

El suicidio en las personas trans⁴¹

España y la situación de las tasas de suicidio de las personas trans⁴²

febrero 10, 202

Aunque vivimos en un momento histórico de visibilidad trans, debido al auge que está teniendo y el reconocimiento que se le está otorgando a las personas de este colectivo, no cabe duda de que nos encontramos todavía en una situación desoladora.

Para conocer la realidad, es necesario que se utilicen los procedimientos estadísticos adecuados para estudiar las cualidades de la población trans. En España, no existe ningún estudio científico dedicado al estudio de las tasas de suicidio de las personas trans.

Toda la información que pueda representar a este colectivo, está representada a través de las asociaciones como la FELGTB, de donde se desvelan porcentajes alarmantes que representan a una pequeña muestra de este colectivo. En algunas ocasiones, como en la Investigación: Personas trans y educación no formal⁴³, se ha visto hasta un 61,11% de ideación suicida (FELGTB, 2021). En esta misma investigación, se informa de que el 50% de las personas participantes se han autolesionado, y hasta un 16,6% ha intentado suicidarse.

El único estudio que, de alguna forma, puede llegar a recoger información sobre las tasas de suicidio de las personas trans en España, es Sociodemographic characteristics and psychological adjustment among transsexuals in Spain (Guzmán-Parra et al., 2015). Este estudio informa de unas tasas de un 22,8% de intentos de suicidio y de un 52,3% con respecto a la ideación suicida. No obstante, este estudio se queda muy corto con respecto a la representación, pues solo cuenta con 197 personas trans, y no da representación a las personas no binarias. Otra crítica remarcable es la utilización de terminología transfoba a lo largo de todo el artículo.

Tasas de suicidio de las personas trans en otras partes del mundo

⁴¹ <https://infovaticana.com/blogs/cigona/el-suicidio-en-las-personas-trans/> Breve reseña presentada por La Cigüeña De La Torre | 04 noviembre, 2022. Afirma: Parece ser que el porcentaje es verdaderamente alarmante. Razón de más para ser muy cautos en la consideración de este fenómeno en niños y adolescentes. Por parte de padres y de legisladores.

⁴² <https://observatorioandaluzlgbt.org/tasas-de-suicidio-de-las-personas-trans/>

⁴³ https://felgtb.org/wp-content/uploads/2021/09/investigacion_educacionnoformal_FELGTB.pdf

A pesar de que nuestro país es anunciado como un lugar tan LGTBQIAfriendly, es en muchas otras partes del mundo donde se realizan estudios y aproximaciones estadísticas para conocer las tasas de suicidio de las personas trans.

En un estudio realizado en Estados Unidos, *Suicide thoughts and attempts among transgender adults in the US (2019)*, se contó con la participación de más de 20000 personas trans, entre las que también se buscó dar representación a las personas de género no binario.

Los resultados de este estudio informan de una situación realmente difícil para las personas del colectivo trans. Según el rango de edades, el porcentaje de personas que han intentado suicidarse son:

- El 42% en la población comprendida entre 18 y 24 años.
- Mismo porcentaje para personas de entre 25 y 44 años.
- Hasta un 37,5% de las personas de entre 45 y 54 lo han intentado.
- En el siguiente escalón, personas comprendidas entre 55 y 64 años, encontramos una tasa de un 28,6%.
- Las personas mayores de 65 años presentaron una tasa del 17,5%.

Reducir la transfobia para reducir las tasas de suicidio de las personas trans

Nuestro país no solo se queda muy por detrás con respecto a la investigación de las tasas de suicidios de las personas trans y, en general, investigación en cualquier aspecto para conocer la situación actual del colectivo, sino que necesita una educación básica en diversidad.

Solo en el ámbito educativo, la FELGTB informó en la investigación mencionada en el primer apartado, que del total de personas trans que participaron en el estudio:

- El 25,7% había sufrido aislamiento.
- Hasta el 23,5% habían sido insultadas.
- Más de un 12% sufría acoso.
- Hasta el 10,3% sufría ciberviolencia.

Eliminar la LGTBIfobia es obligación de TODAS las personas, DENUNCIA⁴⁴.

⁴⁴ <https://observatorioandaluzlgbt.org/denunciar/>

El tabú del suicidio en las personas trans: "Tuve unos cuantos intentos, me cortaba, pero aquí estoy"⁴⁵

El riesgo de ideación suicida es 5 veces mayor en adolescentes trans que en cisheterosexuales. El de intento de suicidio, 7 veces superior.

Marcos Domínguez, 12 junio, 2022

Nori no recuerda cuándo fue la primera vez que le contó a su madre que quería ser un chico. Tenía cuatro años, le contó ella. A sus 18, se siente afortunado de haber contado con el apoyo de su familia y amigos, pero una vida de *bullying* y rechazo le ha hecho mella. "Me autolesionaba, tenía ideas suicidas y, de hecho, tuve unos cuantos intentos. Por suerte, estoy aquí".

Su caso no es infrecuente entre los jóvenes trans. Un estudio recién publicado realizado en Canadá⁴⁶ concluye que **el riesgo de ideaciones suicidas es cinco veces mayor en los adolescentes que no se sienten identificados con su sexo biológico** que en los cisheterosexuales, y que el de intento de suicidio es hasta 7,6 veces mayor.

"Llevo bastantes años con el tratamiento para la depresión y voy mejorando: tengo bajones, subidas...", explica Nori. Sin embargo, lo peor para él es la ansiedad. "Es, en cierta forma, parte de mi día a día".

Desde pequeño recuerda moderarse o rascarse hasta hacerse daño. Los pensamientos de querer acabar con su vida y los cortes en el cuerpo vinieron después. "Supongo que son secuelas del *bullying*", razona, aunque reconoce que en su peor época ya no lo recibía. Sin embargo, **la ansiedad se le sigue disparando en entornos con mucha gente, "cuando siento que estoy siendo rechazado por un grupo"**.

Bea Sever, portavoz de la Asociación de familias de menores transexuales Naizen y madre de un chico trans, explica que estas ideas no vienen detrás de un ataque puntual sino que se trata del "gota a gota" de mensajes de rechazo "que hacen que no puedan seguir adelante".

⁴⁵https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20220612/tabu-suicidio-personas-trans-intentos-cortaba/679182500_0.html

⁴⁶<https://www.cmaj.ca/content/194/22/E767>



Nori afirma haber dejado ya atrás las autolesiones. Cedita

"Puede comenzar con ansiedad, depresión o autolesiones. Es el daño continuo de mensajes tipo 'lo que yo soy está mal' o 'lo que yo soy no existe', el chiste, la broma..." Este goteo de muestras de rechazo se va acumulando hasta el desarrollo puberal. **"En la adolescencia ya hay pánico social, conductas disruptivas... y la pandemia ha incrementado todo esto"**⁴⁷.

"Cualquier dato se queda corto"

En España, según un informe de 2021⁴⁸ de la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales y más (FELGTBI+), hasta un 61,1% de las personas trans ha tenido pensamientos relacionados con el suicidio, la mitad de ellas se ha autolesionado y el 16,6% ha intentado suicidarse.

No hay cifras separadas para adolescentes, pero Sever cree que deben de ser superiores. "Cuando hablas con adultos y adolescentes que cuentan sus vivencias parece que la ideación suicida es prácticamente del 100%, e intentos hay muchísimos. Cualquier dato, por muy alto que nos parezca, se queda corto".

El psicólogo **Miguel Guerrero**, coordinador de la Unidad de Prevención e Intervención en Conducta Suicida UPII Cicerón, señala que la prevalencia de ideación suicida en la adolescencia⁴⁹ se sitúa entre el 10% y el 35%, mientras que el intento de suicidio está entre un 5% y un 15%. Se trata de la principal causa de muerte en este grupo de edad "y, por tanto, un problema de salud pública urgente".

La adolescencia "supone un momento evolutivo complejo donde se experimentan cambios y procesos de transformación o desarrollo físico,

⁴⁷https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20220307/radiografia-suicidios-espana-impactado-pandemia-muertes-autoinflingidas/654434961_0.html

⁴⁸ https://felgtb.org/wp-content/uploads/2021/09/investigacion_educacionnoformal_FELGTB.pdf

⁴⁹https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20210712/autolesiones-intentos-suicidio-oleada-trastornos-adolescentes-covid-19/595191589_0.html

psicológico, cognitivo, moral y social. Constituye una etapa clave para conformar la personalidad e identidad del joven que determinará su vida como adulto". Y recuerda: **el 50% de las personas que desarrollan un trastorno mental grave en la vida adulta "experimenta sus primeros síntomas o manifestaciones en estas edades"**.

Es el momento en que el mundo empieza a abrirse más allá de nuestro entorno más cercano, priorizamos las relaciones fuera de casa, tomamos las primeras decisiones que marcarán el resto de nuestra vida, como el itinerario de estudios a seguir, y asentamos nuestra identidad personal.

Falta de apoyo familiar

El psiquiatra **Alejandro de la Torre-Luque** señala que situaciones estresantes como la ruptura de una relación sentimental o el acoso escolar son factores asociados a la ideación suicida en esta franja de edad. La dificultad para regular las emociones puede generar estados afectivos tristes durante un largo periodo de tiempo, aumentando el riesgo de este tipo de pensamientos.

Los sentimientos de falta de pertenencia, de soledad y de insatisfacción personal con uno mismo influyen fuertemente en la ideación suicida. En las chicos y chicas trans se le puede sumar la falta de apoyo familiar y social, que "se convierte en un factor de extremo malestar emocional".

Se trata de que "familias que no aceptan a su hijo por su identidad sexual pueden generar una presión enorme en la persona que le lleva a sentirse atrapada y pensar que la única solución es quitarse la vida". **Un entorno social hostil también aumenta los "sentimientos de pertenencia frustrada y de soledad"**.

Frente a estos factores de riesgo hay intervenciones psicológicas que han mostrado un notable éxito en adolescentes. "Existen tratamientos que han mostrado muy buenos resultados sobre la ideación y la conducta suicida", explica De la Torre-Luque, como el programa Self Awareness of Mental Health⁵⁰, que consta de cinco sesiones de una hora "y los adolescentes se muestran bastante contentos con él".

A pesar de la alta incidencia de la ideación suicida en adolescentes de minorías sexuales, existen pocos protocolos específicos para su abordaje. "En este sentido, se está intentando abogar por **ayudar a que la persona adolescente se reafirme en su identidad sexual y corporal deseada**, la ventilación emocional y la clarificación de lo que realmente es valioso e importante para la persona".

⁵⁰ <https://www.surviveproyecto.com/>

Evitando la estigmatización

Más que protocolos específicos que pueden contribuir a la estigmatización del colectivo, el psicólogo Miguel Guerrero apunta que el profesional debe reconocer la "interseccionalidad de pertenecer a un grupo de riesgo o de mayor vulnerabilidad, sin significar esto que necesiten unas terapias o intervenciones 'especiales' para estas personas".

Hay una dificultad: **a los adolescentes les cuesta mucho buscar ayuda**. Se mezcla la poca confianza en el sistema público de salud, la creencia de que para ir a un psiquiatra hay que estar 'loco' o el pensamiento de que lo que les ocurre no tiene solución.

"La realidad es que existen intervenciones desde la salud mental, y la psicología clínica particularmente, que han mostrado efectividad en la reducción del riesgo suicida en la población juvenil", afirma.

Bea Sever, de la asociación Naizen, recuerda que, una vez en la "zona roja", es mucho más difícil salir. "Lo importante es incrementar los factores protectores para que no lleguen ahí". En este sentido, ha visto una evolución en los últimos años, **"niños que están empezando a ser aceptados y vivir como son desde los tres o cuatro años**. Muchas familias, con el conocimiento que hay hoy en día, lo detectan rápido".

Con todo, el camino no es fácil. Sever dejó su trabajo como periodista cuando vio que su hijo se sentía un niño y se especializó en sexología y en transexualidad infantil y juvenil. En su consulta ve frecuentemente falta de aceptación del propio chico o chica. Por ejemplo: "Viene un padre cuya hija lleva cuatro años sin salir de casa; otro chico me dice que [él] es una aberración..."

Terapias reafirmadoras del género

Por eso importante tener referentes, como los que tuvo Nori. A los 14 años se dio cuenta de que "no es que quisiera ser un chico sino que soy un chico", aunque ese paso fue "algo raro. Estuve un tiempo vídeos de un chico trans. Además, mi pareja actual –somos amigos desde pequeños– también lo es. Él hizo la transición social antes que yo, así que supongo que eso me ayudó a darme cuenta".

Nori celebró su decimoquinto cumpleaños ya con el nombre cambiado. Casi al mismo tiempo empezó con hormonas y se operó de pecho. Según Sever, esto ayuda enormemente en la salud mental de los adolescentes trans, que **viven un momento crítico cuando comienzan a desarrollarse los caracteres sexuales secundarios**.

"Cuanto más tarde se hacen los tránsitos de edad, mayor sufrimiento acumulado hay", afirma. Una revisión de artículos científicos publicada en *The Lancet Diabetes and Endocrinology*⁵¹ a finales de 2018 apuntaba que, si bien los datos disponibles sobre el efecto de los tratamientos y cirugías de afirmación de género⁵² son escasos, estos se asocian con mejoras en la salud mental y en la calidad de vida cuando se trata de terapia hormonal y cirugía de pechos en hombres trans. La evidencia de la vaginoplastia en chicas trans menores de 18 era "extremadamente escasa" y no pueden extraerse conclusiones de ella.

Otra investigación, publicada en esta ocasión en la revista de la Asociación Americana de Medicina (*JAMA*)⁵³ y basada en un análisis de la Encuesta Estadounidense Transgénero de 2015, concluía que las personas con intervenciones quirúrgicas de afirmación de género tenían menos probabilidad de sufrir trastornos psicológicos que aquellos que no habían pasado por ellas.

Además de la familia, los amigos y la pareja, Nori tiene un apoyo más. Esta semana ha terminado el curso en el grado medio de diseño gráfico que está haciendo "y estoy encantado. Una de las cosas que me hace sentir ansioso es sentirme inútil, y **este grado me hace sentirme útil haciendo cosas que, además, me gustan**".

Por eso, a pesar de las dificultades, quiere lanzar un mensaje a aquellos chicos y chicas que están pasando por lo mismo que él pasó: "Aunque sea difícil y lo estén pasando mal, que luchen". Si tiene que elegir dos palabras que les den ánimo, no lo duda: **"Esperanza y paciencia"**.

Desde el pasado 10 de mayo existe la Línea de Atención a la Conducta Suicida, el teléfono 024. En un mes ha atendido cerca de 15.000 llamadas, a razón de 400 por día, y ha identificado 290 suicidios en curso.

Además, existen otros dos números de teléfono a los que las personas que necesiten ayuda pueden acudir: el Teléfono de la Esperanza (717 003 717) y el Teléfono Contra el Suicidio (911 385 385). Estos recursos están dirigidos a las personas que tienen ideas suicidas, que conocen a alguna persona que está pasando por una situación delicada o que han perdido a algún ser querido por suicidio.

⁵¹ [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(18\)30305-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(18)30305-X/fulltext)

⁵² https://www.elespanol.com/malaga/vivir/salud/20220331/dr-casado-distincion-trans-colectivo-transsexual-transgenero/661434303_0.html

⁵³ <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2779429>

Asociaciones como Naizen⁵⁴, Chrysallis⁵⁵ y Arelas⁵⁶ se enfocan en los menores y adolescentes trans, ofreciendo asesoramiento y apoyo tanto a ellos como a sus familias y allegados.

⁵⁴ <https://naizen.eus/>

⁵⁵ <https://chrysallis.org/>

⁵⁶ <https://asociacionarelas.org/>

Las tasas de intentos de suicidio de personas transgénero son asombrosas⁵⁷

Por Luke Malone

Actualización (7/16/15): en su emocionante discurso de aceptación⁵⁸ del premio Arthur Ashe Courage en el ESPYS la noche anterior, Caitlyn Jenner pidió que las personas acepten y respeten a las personas transgénero. También hizo referencia al número alarmante de personas trans que se enfrentan a la intimidación y las altas tasas de violencia, asesinato y suicidio que afectan a la comunidad. En marzo, después de una serie de suicidios de alto perfil que involucraban a jóvenes trans, Vocativ observó las estadísticas verdaderamente impactantes, destacando la naturaleza apremiante de este problema.

Ash Haffner murió en Carolina del Norte el jueves pasado, otro adolescente transgénero perdido por suicidio. Su madre dice que el joven de 16 años se había topado con el acoso escolar, que empeoró cuando comenzó a hacer la transición pública. «Ash había sido tan fuerte durante años», dijo⁵⁹, usando el pronombre femenino. «Ash comenzó a soportar la mayor intimidación cuando se cortó el cabello».

La muerte de Haffner sigue a la de Leelah Alcorn, un joven transgénero de Ohio de 17 años, cuyo suicidio atrajo la atención internacional en diciembre pasado e inició un debate más amplio sobre la transición temprana⁶⁰ y la terapia de conversión⁶¹. Pero quizás lo más preocupante de la muerte de estos dos jóvenes es que forman parte de una tendencia más amplia en los Estados Unidos, que ve una cantidad desproporcionada de adolescentes y adultos transgéneros y transgéneros que no se conforman con el intento de suicidio.

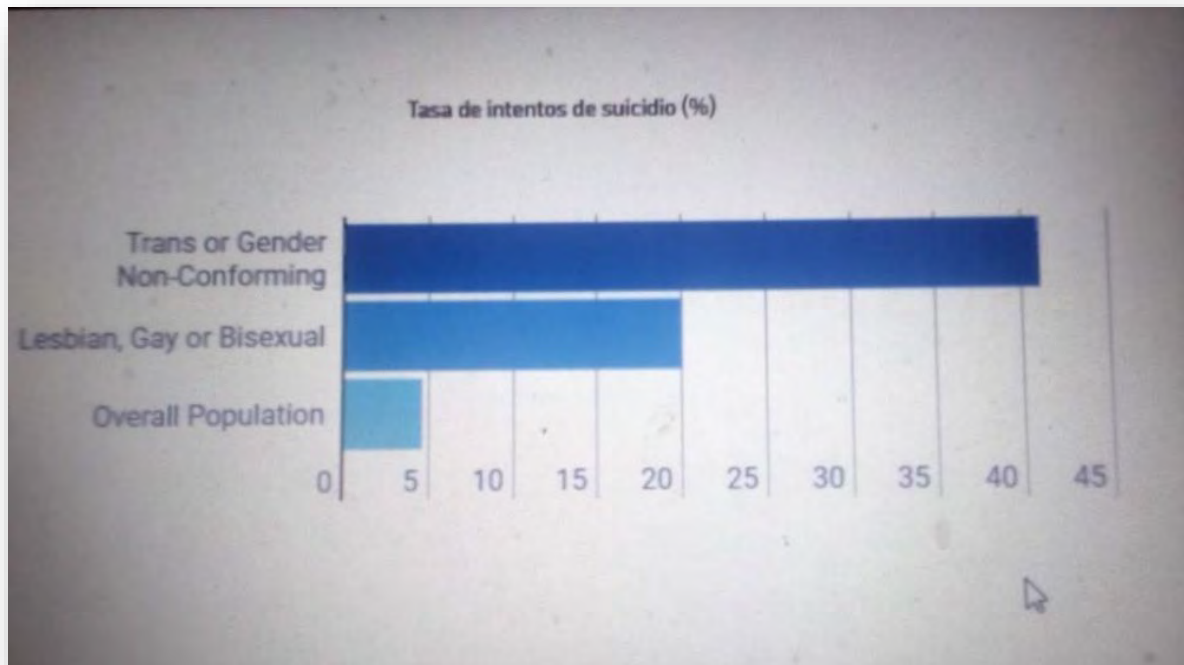
⁵⁷ <https://www.vocativ.com/culture/lgbt/transgender-suicide/>

⁵⁸ https://espn.go.com/espys/2015/story/_/id/13264599/caitlyn-jenner-accepts-arthur-ashe-courage-award-espys-ashe2015

⁵⁹ <https://www.wsocvtv.com/news/news/local/mother-says-bullying-led-daughters-suicide/nkLLr/>

⁶⁰ <https://www.nytimes.com/2015/01/07/opinion/a-response-to-leelah-alcorns-suicide-note.html>

⁶¹ <https://www.nytimes.com/roomfordebate/2015/01/08/is-it-child-abuse-to-make-a-trans-child-change>



Según las encuestas⁶², el 4.6 por ciento de la población general de los EE. UU. Ha informado de un intento de suicidio, y ese número ha aumentado a entre el 10 y el 20 por ciento para los encuestados lesbianas, gays o bisexuales. En comparación, el 41 por ciento de las personas trans o no conformes con el género encuestadas han intentado suicidarse.

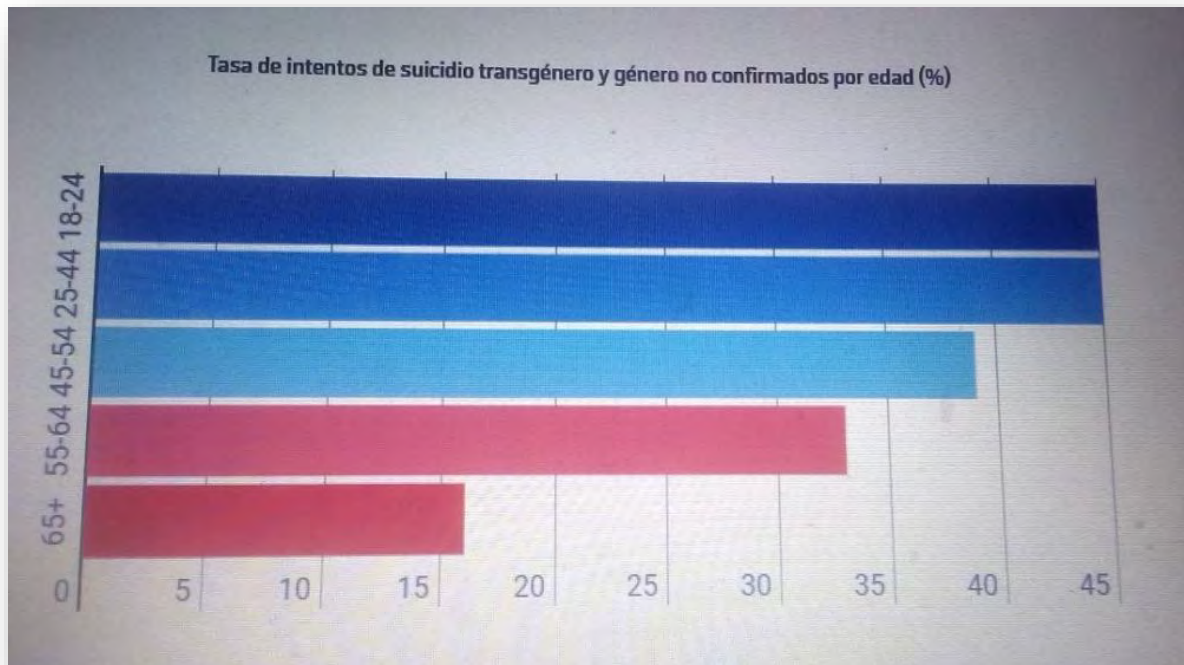
Los datos más recientes y completos sobre intentos de suicidio fueron recopilados por The Williams Institute, en colaboración con la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio. Su informe, Intentos de suicidio entre adultos⁶³ transgénero y no conformes con respecto al género, analizó las respuestas de 6,456 transgéneros autoidentificados y adultos no conformes con género (18+) que participaron en la Encuesta Nacional de Discriminación de Personas Transgénero de los Estados Unidos⁶⁴. Los resultados son asombrosos.

Más allá del número total de intentos de suicidio, las tasas son consistentemente altas entre los encuestados de 18 a 65 años, cuando comienzan a retroceder. Los hombres trans son los más afectados, con un 46 por ciento de los cuales informan de un intento en su vida. Las mujeres trans están muy cerca del 42 por ciento, y los travestis asignados por mujeres reportan tasas de 44 por ciento.

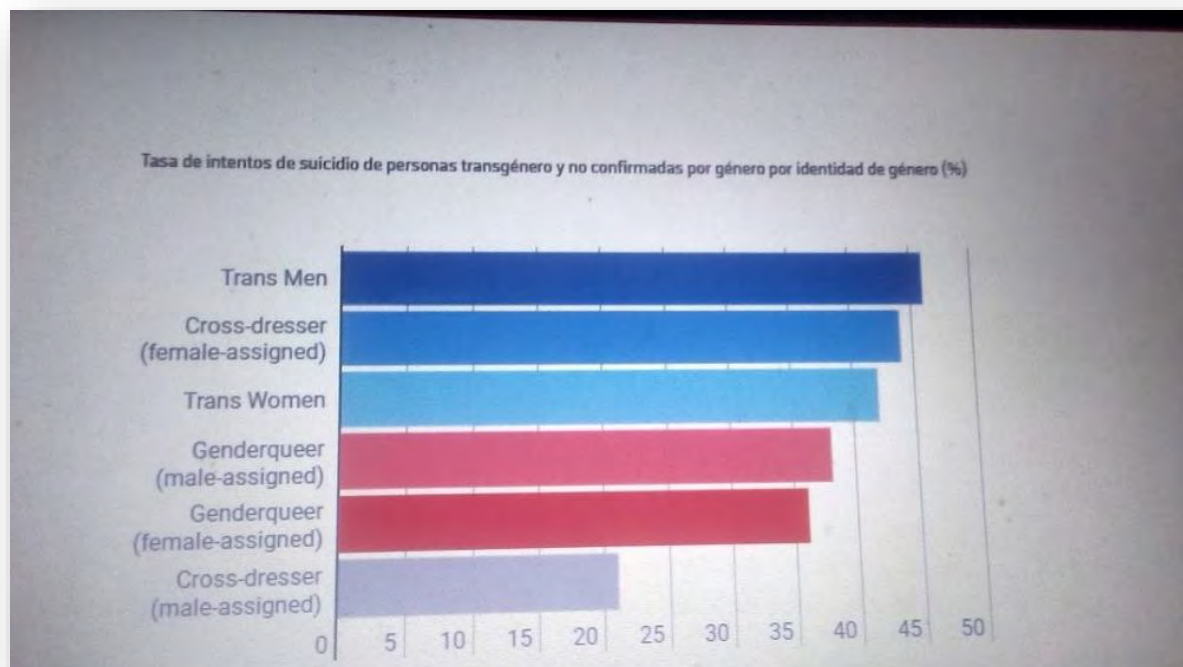
⁶² <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/AFSP-Williams-Suicide-Report-Final.pdf>

⁶³ Ibid.

⁶⁴ <https://endtransdiscrimination.org/report.html>

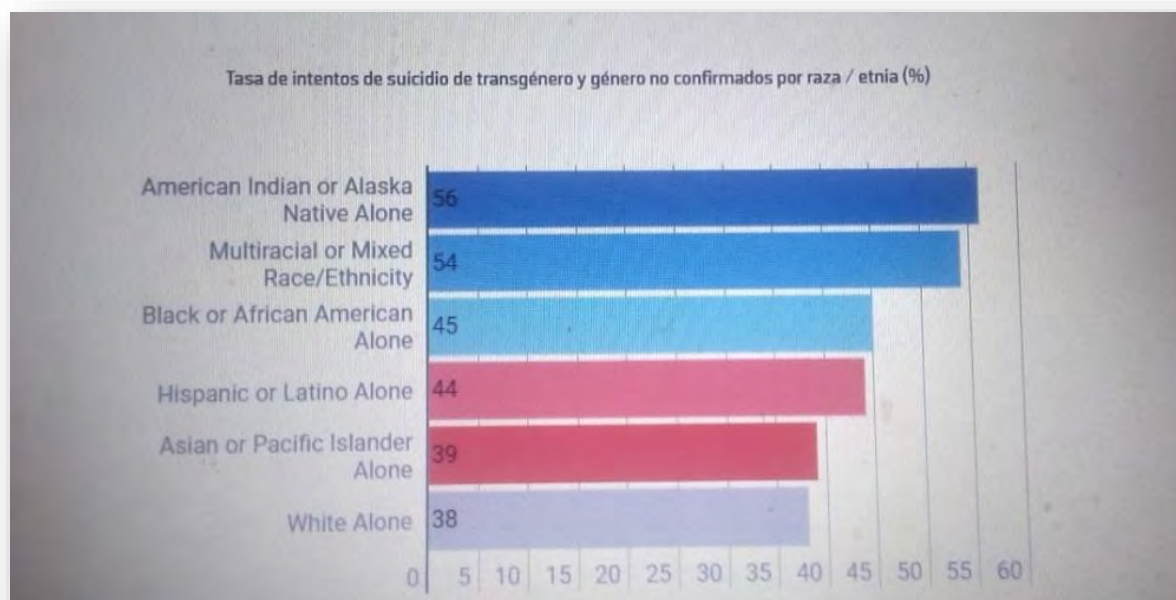


Tasa de intentos de suicidio transgénero y género no confirmados por edad (%)



Tasa de intentos de suicidio de personas transgénero y no confirmadas por género por identidad de género (%)

La raza y la etnicidad también juegan un papel. Más de la mitad de los encuestados de indios americanos, nativos de Alaska y de raza / etnia mixta han intentado quitarse la vida, y las cifras no son mucho mejores para las comunidades trans negras (45 por ciento) y latinas (44 por ciento). Incluso aquellos con las tasas más bajas (asiáticos o de las islas del Pacífico y encuestados blancos) siguen siendo casi nueve veces más altos que el promedio nacional.



Tasa de intentos de suicidio de transgénero y género no confirmados por raza / etnia (%)

Aun así, aunque los datos son a la vez impactantes y desalentadores, hay pasos prácticos que las personas pueden tomar para reducir la tasa de intentos de suicidio en todos los niveles de la sociedad.

“Los padres de jóvenes transgénero deben tomarse el tiempo para escuchar a sus hijos cuando intentan afirmar su identidad de género”, dice Vincent Paolo Villano, Director de Comunicaciones del Centro Nacional de Igualdad de Transgéneros. «A nivel escolar, los maestros y administradores tienen que entender qué políticas⁶⁵ deben implementarse para asegurarse de que los estudiantes transgénero estén aprendiendo y prosperando en la escuela, y darles el espacio para ser quienes son».

⁶⁵ https://www2.ed.gov/about/offices/list/ocr/docs/tix_dis.html

El 20% de los menores trans operados se arrepiente y el riesgo de suicidio se multiplica por 8⁶⁶



Según los especialistas y los mismos activistas LGTB, las tendencias suicidas y el arrepentimiento se disparan entre los jóvenes y adolescentes que culminan la "transición" (Portada: Unsplash/Cristobal Catbagan).

ReL, 21 abril 2022

A finales de 2021, diversos medios de comunicación confirmaron que **las tasas de suicidio ocupan ya la primera causa de muerte⁶⁷ entre jóvenes y adolescentes**, así como la primera causa de mortalidad no natural⁶⁸. Solo en 2020, cerca del 10% de los casi 4.000 suicidios cometidos en España correspondían a jóvenes de entre 14 y 29 años. Unas cifras que, según los

⁶⁶<https://www.religionenlibertad.com/polemicas/723490277/menores-trans-operados-arrepiente-riesgo-suicidio-multiplica-.html>

⁶⁷<https://www.rtve.es/noticias/20211124/cronicas-suicidio-primera-causa-muerte-jovenes-espana/2232960.shtml>

⁶⁸ <https://www.diariosur.es/sociedad/salud/suicidio-primera-causa-20210910172712-nt.html>

especialistas en salud mental e incluso los activistas LGTB, **están aumentando en relación a las conocidas como terapias de reasignación.**

En este sentido, el doctor en Psicología y Ciencias de la Salud Javier Urrea, afirmó a *Press Digital*⁶⁹ que **el riesgo de suicidio se multiplica por 8 en los jóvenes transgénero.**

De las afirmaciones de Urrea, que dirige el programa de atención y terapia en violencia familiar y trastornos de conducta RECURRA-GINSO, se desprende que **esta tendencia no desaparece tras acudir a la terapia de reasignación** de género.

Y es que, según el doctor, **más del 20%** de los jóvenes menores de edad que se someten a estos tratamientos **desean volver a su identidad anterior.**

Por ello, en ningún caso recomienda recurrir a la intervención especialmente antes de la mayoría de edad, ya que las consecuencias son en muchos casos irreversibles. Destaca, además, la **importancia de no incitar ni promover el cambio de género.**

"Hay una cierta edad en la que los adolescentes pueden tener dudas pero hay que ser muy cuidadosos para evitar confundirlos", advierte.

"Hay que partir de la base de que durante la adolescencia se experimentan muchos cambios, no siempre se ven bien físicamente y esto genera inseguridades", añade. En este sentido, el Urrea apunta que quienes padecen disforia suelen tener **otras dolencias asociadas, como altas tasas de depresión, así como "cambios conductuales"** causados por los cambios hormonales, físicos y tiroideos que conlleva el tratamiento transgénero.

La federación LGTB admite las tendencias suicidas aparejadas

Los datos son aún más relevantes si se tiene en cuenta que la evidencia del incremento en tendencias suicidas a raíz de las terapias trans no es sostenido solo por los especialistas.

Según un estudio⁷⁰ elaborado por la propia Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales, **el 61% de los participantes afirmó haber tenido**

⁶⁹ <https://www.pressdigital.es/texto-diario/mostrar/3517138/riesgo-suicidio-dispara-entre-jovenes-transgenero>

⁷⁰ https://felgtb.org/wp-content/uploads/2021/09/investigacion_educacionnoformal_FELGTB.pdf

intenciones suicidas, el 50% se autolesionó y el 16% trató de llevar a cabo el suicidio.

"El incremento del malestar con su identidad de género aparece en un 94,4% de los casos, el **43% llegó a tener pensamientos de intentar suicidarse** (el 56% de estos continuamente o durante mucho tiempo; el 27% de forma persistente en el tiempo)", expresa el informe, si bien aducen como causa posible la "transfobia".

"De quienes experimentaron ideación de suicidio, **el 81% llegó a planificarlo**, el 40% de ellos con detalles. El 40% llegó a intentar cometerlo en una o varias ocasiones", añade el estudio.



Muestra de la estadística del informe de la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales, que afirma que el 16% de los jóvenes trans encuestados intentaron suicidarse.

Las cifras son aún más elevadas desde el Observatorio Andaluz contra la Homofobia, que reconoce que las terapias de reasignación no solventan depresiones y crisis en jóvenes y adolescentes.

Según concluye esta organización, **casi un 23% de personas transgénero en España ha intentado suicidarse** y un 52% de los encuestados por el informe que suscriben ha tenido ideas suicidas.

Ley Trans: Polémica y realidad⁷¹



*Francisco Rodríguez Laguna, psicólogo colaborador de www.papageno.es
Febrero de 2021*

Colectivo trans y conducta suicida

La Ley para la Igualdad Efectiva de las Personas Trans genera cierta polémica por impulsar la libre autodeterminación de género, demanda que, por cierto, lleva realizando el colectivo desde hace mucho tiempo y que viene a hacer justicia en un contexto relegado en muchas ocasiones a la invisibilidad.

Es de justicia recordar, que este colectivo, es uno de los grupos de población más castigados en cuanto a la conducta suicida en toda su expresión se refiere.

Diversos estudios revisados coinciden en señalar que la conducta suicida es un problema mayor en la población LGBT, (lesbianas, gays, bisexuales y

⁷¹ <http://papageno.es/ley-trans-suicidio>

transexuales) presentando elevados índices de ideación e intento suicida. En conjunto, los estudios refieren en sus antecedentes tasas de intento de suicidio de entre 20 a 53% para jóvenes LGB (e.g. O'Donnell et al., 2011) y de entre 23 a 47% para el caso de jóvenes trans (e.g. Testa et al., 2012). En términos comparativos, se señala que la probabilidad de ideación e intentos de suicidio es de hasta siete veces mayor entre jóvenes LGBT que entre sus contrapartes heterosexuales (e.g. Diamond, 2013).

Personas trans y suicidio

Por su parte, y en lo que al suicidio consumado se refiere, Irwin et al. (2013) presentan la estimación de que los suicidios de personas gays y lesbianas podrían dar cuenta de 30% del total de suicidios de Estados Unidos de Norteamérica. Una mayoría de las investigaciones revisadas constatan la relación entre victimización de la población LGBT y comportamientos suicidas. Específicamente, el abuso físico, psicológico y sexual, al que se ven expuestas las personas LGBT debido a su identidad de género y orientación sexual, fue asociado con suicidalidad (e.g. Corliss et al., 2010)

Asimismo, se observa que la falta de apoyo social tiene efectos nocivos en la salud mental de las personas LGBT, efectos que constituyen en sí mismos factores de riesgo (e.g. Nemoto et al., 2011; Walls et al., 2008). La revisión de otras investigaciones, presentan el antecedente de que la población LGBT muestra peores indicadores de salud mental (i.e. sintomatología depresiva y ansiosa, abuso de sustancias y conductas autolesivas) cuando se la compara con población heterosexual, y que estos indicadores constituyen, a su vez, factores de riesgo para el suicidio. Estos problemas de salud mental no serían inherentes a la orientación sexual e identidad de género sino que se explicarían por determinantes sociales de la salud (i.e. modelo de estrés de minorías discriminadas; e.g. Bockting et al., 2013; Plöderl et al., 2008). (Fuente: artículo: Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014), Rev Med Chile 2016; 144: 723-733

Libre determinación, expresión de género y despatologización trans

La libre determinación de la identidad y la expresión de género, junto a la despatologización de la transexualidad, son líneas básicas de una sociedad, que se denomina democrática y respetuosa con los derechos humanos. Y en este sentido, los principios de Yogyakarta vienen a ratificar estándares legales internacionales vinculantes que los estados firmantes deben cumplir. Dichos principios, relativos a cómo se aplica la legislación internacional de derechos humanos a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género,

prometen un futuro diferente, donde todas las personas, nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

Nueva ley trans

La norma que se pretende aprobar en nuestro país, reconoce que la solicitud de la rectificación registral de la mención del sexo, es decir, su cambio en el Registro Civil, «no precisa de más requisitos que la declaración expresa» de la persona. «El ejercicio de este derecho, en ningún caso podrá estar condicionado a la previa exhibición de informe médico o psicológico alguno, ni la previa modificación de la apariencia o función corporal de la persona a través de procedimientos médicos, quirúrgicos o de otra índole, sin perjuicio del derecho de la persona interesada a hacer uso de tales medios».

En caso de aprobarse, las personas que quieran modificar su sexo legal, tendrán que indicar el nombre propio, si desean cambiarlo, y el sexo con el que se identifican «a fin de acreditar la voluntad de la persona interesada, así como los datos necesarios de la inscripción que se pretende rectificar, y el número del documento nacional de identidad». Además, prohíbe «el uso de terapias aversivas y de cualquier otro procedimiento que suponga un intento de conversión, anulación o supresión de la identidad de género, o que estén basados en la suposición de que cualquier identidad de género es consecuencia de enfermedad o trastorno”.

Con todo ello, se busca desarrollar un modelo de salud que «tenga en cuenta la pluralidad de identidades, trayectorias y expresiones de género» y que incluya un «acompañamiento en todos los aspectos de la salud física y mental de la persona». Por lo expuesto con anterioridad, se debería realizar una adecuada pedagogía, libre de prejuicios y estereotipos, sobre las circunstancias, reivindicaciones, etc, del colectivo LGTBI, dirigida a la población, abarcando desde los primeros años académicos, en aras de garantizar el respeto a los derechos humanos y favorecer el crecimiento personal, otorgando a dicho colectivo la visibilización necesaria para la consecución de una vida digna, libre de abusos y discriminación estas alturas, y en lo referido a la identidad de una persona, supone una barbaridad, seguir pensando que ésta puede ser asignada en base a su genitalidad al nacer.

La Plataforma LGTBI denuncia el elevado índice de suicidios entre los jóvenes transgénero⁷²

Hoy han celebrado dos actos en Murcia y Cartagena para exigir que se les reconozca su identidad sin intervención médica o judicial

03 MAY 2021



Momento del acto realizado por la Plataforma LGTBI en Cartagena. ORM

La Plataforma LGTBI denuncia el elevado índice de suicidios entre los jóvenes transgénero

REDACCIÓN | Murcia

La Plataforma LGTBI de la Región de Murcia pide la igualdad para las personas trans. Este colectivo defiende su derecho a ver reconocida su

⁷²<https://www.orm.es/informativos/noticias-2021/la-plataforma-lgtbi-denuncia-el-elevado-indice-de-suicidios-entre-jovenes-trans/>

identidad sin necesidad de que jueces y médicos tengan que acreditarlo y denuncia el elevado índice de suicidios entre los jóvenes transexuales.

La plataforma LGTBI ha celebrado hoy dos actos, uno en Murcia y otro en la puerta de la Asamblea Regional de Cartagena, enmarcados en una campaña que se realiza a nivel nacional para reivindicar la igualdad de derechos de las personas trans sin tener que acreditar su identidad de género ante testigos. Critican las dificultades que encuentran en ámbitos como el laboral o el sanitario y reclaman protocolos de actuación en los centros educativos para evitar cualquier discriminación. Mamen Cano, portavoz de la asociación Chrysallis de Familias de Menores Trans, asegura que "es necesario que los centros educativos tengan protocolos y que sepan acompañar y educar en igualdad y diversidad".

Mamen Cano también ha recordado la importancia que tienen las familias a la hora de aceptar y acompañar a los menores en el proceso de transición. Asegura que es fundamental que reciban ese apoyo ya que, **algunos estudios desvelan que el 70% de los suicidios o intentos de suicidio en adolescentes es de personas trans.** "Muchas veces ni su familia está a su lado, tienen graves problemas de autoestima", explica Cano.

La bandera trans se enviará a las Islas Baleares para que continúe su recorrido por toda España. Llegará a Madrid el próximo mes de junio con un acto frente al Congreso de los Diputados.

Suicidio en personas transexuales⁷³

Los terapeutas están de acuerdo que la persona diagnosticada transexual, debe recibir siempre el apoyo psicológico, con acompañamiento y seguimiento de por vida. Y lo más importante que debe incluirse a familiares que conviven en su entorno y de tener pareja sentimental, debe ser incluido de una manera muy estricta en las terapias.

Introducción

Antecedentes

Medicamentos más utilizados en los suicidios

Estadísticas

Comentario y desarrollo

Algunos términos de uso común

Algunas alertas o pistas de ideas manifestadas de suicidio o pensamientos e inductores de suicidio

Formas de suicidio, intentos de suicidio

Prevención del suicidio y algunas pistas

Resumen de causas de suicidio

Algunas conclusiones

Referencias y Bibliografía

Introducción

Definir al suicidio, mucho dependerá como se aplique y en que termino, por lo común existen definiciones que se aplican principalmente en el ámbito de la Medicina y el jurídico, como "dar fin a la existencia de la vida del individuo de una manera definitiva", es decir de una manera deliberante o voluntaria y se provoca la muerte. A esto se dice que el suicidio es consumado, este término es muy utilizado, que sucedió "el hecho de una manera irreversible y siempre y cuando se encuentre al individuo sin vida y es demostrado bajo una autopsia", que por ley es efectuada.

Comentarios sobre el suicidio en personas probables transexuales y de artículos serios publicados en revistas médicas y paginas oficiales, que permiten establecer que el suicidio se presenta aun en personas diagnosticadas transexuales, que se sometieron a todos los protocolos exigentes para su reasignación de sexo e incluso la cirugía de reasignación con "adecuación de sus genitales", no están exentos de la depresión y de otras condicionantes del

⁷³ <https://suicidioadolescente.com.ar/news/news17.pdf>

suicidio y arrepentimientos, por motivos desconocidos, según algunos terapeutas, que se produzca en ellos el suicidio consumado.

Esta información, en su mayoría de las publicaciones, las causas del suicidio, no están bien establecidas y desconocemos los motivos reales o verídicos y mucho de ellos, son debidas a problemas de una depresión secundaria, por alguna enfermedad crónica degenerativa, heredable, genética, cáncer, alcoholismo, drogadicción, conflictos de pareja, síndrome de maltrato, que se presenta después de algunos años a la terapia de reasignación de sexo, su integración a su entorno y solvencia económica, continúa presentándose.

Antecedentes

El suicidio es uno de los "temas", más estudiados por diferentes profesionistas, como son los Médicos y sus diferentes especialidades, la Sociología, Psicología, Historiadores, Jurídica, con leyes bien establecidas así como jurisprudencias, que se aplican en las personas que se involucran para fomentar, provocar, participar o inducir el suicidio en personas en un estado de trastorno mental u orgánico, de enfermedad crónica degenerativa, cáncer terminal, enfermedades invalidantes severas e infinidad de causales, que en un momento dado, condicione una idea o pensamiento suicida y más tarde la consumación.

La causa principal del suicidio es la depresión y está ya bien demostrado, que ocupa el primer lugar en muy alto porcentaje, en aquellos casos en donde se demuestra el suicidio ocasionado por la depresión, pero una gran cantidad de suicidios consumado. Algunos métodos de investigación, nos permiten de una manera directa en aquellos casos, en que se dice que fue una muerte ocasionada por lesiones físicas encontradas y provocadas en gran parte por su pareja y que debido a no tener antecedentes no se tiene la certeza. Se presentan estados de depresión previa. A pesar de encontrar algunas drogas y psicofármacos en su cuerpo, que fueron los que provocaron la muerte después de hechos de violencia por un estado de depresión. Este tipo de muerte queda como pasional. Provocada por lesiones físicas.

La depresión, continúa en la lista de las causales principales del suicidio consumado y frustrado. Los trastornos mentales, así como enfermedades psiquiátricas severas, ocupan también un alto porcentaje, pero en su mayoría asociado a la depresión y a estados de ansiedad o dependencia a drogas, se incluye el alcoholismo.

También las causales de la depresión y que condiciona el suicidio más tarde, son conocidas y muy estudiadas principalmente por médicos en la especialidad

de salud mental y algunos terapeutas mentales, como son los psicólogos y que a pesar de ser ya "histórico" las condiciones que provocan la depresión, continúan hasta la fecha, como son; los conflictos entre parejas, disgustos familiares entre padres e hijos y últimamente se está observando en México, que el desempleo o la pérdida de trabajo, induce esta condición.

A pesar de todas las estrategias, los momentos y los hechos, así como la diferentes terapias aplicadas, el suicidio en México, así como de una manera global, continua efectuándose y más aún, en las redes sociales, sea en foros de ciertas páginas web, así como sitios de charla abiertos o chats, permiten que ciertos suicidios se ocasionen por personas con trastornos de ansiedad, depresión o mentales severos. Se promueve por algunos sociópatas, por mencionar algunos, se involucren de una manera anónima en estas redes sociales. Promueven, inducen o fomenten el suicidio como única solución al problema de la persona en un estado de depresión severa.

Es una tristeza y que llama mucho la atención, que estas estadísticas que se mencionan de suicidios en personas diagnosticadas transexual o trastorno de identidad sexual, que en su mayoría son personas de éxito en la vida, con una dependencia económica desahogada, después de haber pasado por una serie de "pasos" con gastos "enormes de dinero", como son la terapia de ayuda mental obligada por protocolo, diferentes procedimientos quirúrgicos, como la cirugía facial de feminización, implantes mamarios, régimen nutricionales y dietéticos y muchos "pasos" mas, exigentes en gran parte por estas mismas personas para lograr una feminización deseada, algunas de ellas terminan en suicidio consumado y que también observamos en aquellos transexuales que tuvieron apoyo de sus padres en su niñez, que iniciaron su reasignación de sexo en sus inicios de la adolescencia, así como el cumplimiento de los protocolos exigentes, también se aprecian los suicidios consumados.

Los terapeutas en base a estos hechos, están de acuerdo que la persona diagnosticada transexual, debe recibir siempre el apoyo mental, con acompañamiento y seguimiento de por vida. Y lo más importante que debe incluirse a familiares que conviven en su entorno y de tener pareja sentimental, debe ser incluido de una manera muy estricta en las terapias.

Las terapias de apoyo mental y más las personalizadas, no son consideradas en las personas transexuales, como una terapia que ofrece un resultado efectivo y que prometa una solución al problema de manera total o definitiva de estos trastornos del ánimo, como la ansiedad y la depresión y todo lo que conlleva, pero si permite establecer una mejor aceptación del problema , aprender a manejarlo y evitar los pensamientos e ideas suicidas y sobre todo su integración

a su entorno de una manera más completa, evitando el aislamiento, la soledad y los arrepentimientos, siempre y cuando se lleve de por vida. Sin olvidar que los psicofármacos antidepresivos, deben ser considerados y su prescripción de una manera muy estricta, con ciertos protocolos que se le establecen para su manejo por parte de la persona transexual.

Solo la persona transexual, en manos de personas o terapeutas que tenga experiencia de lo que es el transexualismo y el conocimiento de todas las manifestaciones y cambios que se presentan durante el proceso de reasignación de sexo, en su organismo y esfera mental, "evita" las recidivas de la depresión y las ideas suicidas recurrentes.

Uno de los objetivos más importante en las personas diagnosticadas transexuales, es el manejo de la ansiedad y depresión, sin olvidar que "siempre" debe estar en la mente del terapeuta, así como las ideas y pensamientos suicidas en este trastorno de identidad sexual. Y que supera por mucho a los que presentan trastornos de orientación sexual, como los homosexuales.

Es increíble, la gran cantidad de informaciones respecto al suicidio, que se encuentran en diferentes paginas o sitios web, que proporcionan todo tipo de escritos, pero muchos de estos, promueven e inducen al suicidio, así como las diferentes formas para efectuar un suicidio.

Encontramos más de 30 formas para consumir un suicidio y que algunas de ellas están contempladas en las estadísticas que proporcionan INEGI y la OMS. Los intentos de suicidios en mujeres superan al hombre, debido a la forma de efectuarlos, principalmente a base de medicamentos (psicofármacos, analgésicos, venenos etc.) o cortadura de venas, que en su mayoría evita que el suicidio se consuma en la mayoría de las veces, es decir es considerado "lento", comparativamente con el hombre que el arma de fuego y ahorcamiento es "rápido" y es más propio del hombre. En la mujer transexual a pesar de que es hombre biológico, utiliza las mismas formas que la mujer biológica.

Investigamos múltiples sitios web, que ofrecían información sobre el suicidio y las que promovían o inducían, así como las diferentes formas de efectuar este suicidio, supero enormemente a los que prevenían o proporcionan información de cómo evitar este daño permanente. Una página web proporciona información de comentarios escritos, de la manera de suicidarse, los pro y los contras del uso de medicamentos solos o combinados, de más de 614 comentarios (Marzo 2009 a marzo 2012), demuestran en un 70 por ciento, que las pastillas como mecanismo para provocarse el suicidio a base de psicofármacos, diazepam, fluoxetina, combinado entre ellos o con otros medicamentos, como los analgésicos o drogas, frustra el suicidio por igual que

el cortarse las venas y es preferible utilizar otro método, al igual que utilizan los varones, como es el arma de fuego y el ahorcamiento. Un bajo porcentaje sugiere la precipitación por altura, consumo de insecticidas y explicación diferentes métodos.

Los comentarios refieren en sus escritos, que están bajo tratamiento Médico con Psiquiatras y Psicólogos y el que menos tiene en la terapia es un año, todos por un estado de depresión e intentos de suicidios en varias ocasiones o suicidios fustados. En su mayoría los medicamentos utilizados son el diazepam, que solo se vende bajo receta médica, medicamento controlado y la fluoxetina en menor proporción de venta libre o genérica, pero que lo combinan con drogas y analgésicos (paracetamol) y con otros medicamentos sugeridos por otras personas que han intentado suicidarse.

Estadísticas

El órgano oficial de estadísticas en México, INEGI, reporta que cada día aumenta el suicidio en personas jóvenes, entre la edad de 14 a 25 años de edad, que son similares a los registrados de una manera global, por la Organización Mundial de la Salud; que reporta más de un millón de suicidios por año, predominado en el hombre y que es producido por armas de fuego, ahorcamiento y precipitaciones de altura, comparativamente con la mujer, que el método seleccionado son los psicofármacos y otras drogas en asociación o combinadas.

Demostrado por igual, previo a los suicidios consumados, se reporta cuando menos 10 intentos de suicidios, predominando en la mujer. Los reportes de sexo en los casos de suicidio consumado, que se efectúa la autopsia por ley en México, son en base a sus genitales, por lo que datos estadísticos de estos suicidios en personas transexuales no existen en México.

El suicidio es considerado en el ámbito de la salud, como un trastorno de conducta, de personalidad, trastornos afectivos. (Ansiedad, depresión, ira, agresividad, impulsividad, etc.) o una consecuencia de enfermedad mental o psiquiátrica severa (por ejemplo, la Esquizofrenia), pero también de situaciones de riesgos a la salud, como son las enfermedades crónicas degenerativas invalidantes, cáncer y otras como son el alcoholismo, drogadicción. El desempleo se integra a las causas inductoras del suicidio en México.

Comentario y desarrollo

Actualmente existe una clasificación muy utilizada de suicidio, como es el suicidio consumado y el suicidio frustrado (no consumado) y que es más conocido por algunos como un intento de suicidio, que permite separar entre un hecho de vida o de muerte.

Pero existen otras clasificaciones y más en las causales o motivos que ocasiona este hecho de suicidio consumado o no, pero siempre acompañados de estados de ansiedad, depresión o algún trastorno mental, principalmente la bipolaridad, por mencionar un ejemplo.

Se dice que el suicidio es un hecho que toma la persona en un estado de depresión de una manera decidida y "rápida", que en la mayoría de las veces manifiesta ideas y pensamientos suicidas antes del hecho, pero no siempre ocurre así. Algunos terapeutas, refieren que algunos procedimientos de suicidios, no se manifiestan de una manera repentina, como es el ahorcamiento o por arma de fuego, si de una manera más lenta, como daño a su persona por cortaduras, la ingesta de algunos medicamentos o drogas con dosis masivas.

También se refieren que algunas causales más comunes, pero siempre asociados a la depresión y más aun a la ansiedad, es la ingesta de ciertos medicamentos que consumen de una manera de sobre abuso para lograr un objetivo, su reasignación sexual, como se presenta en personas que se autodenominan transexuales o de trastorno de identidad sexual, como son los medicamentos no hormonales combinados con otros de acción por efecto secundario similares (ketoconazol, espironolactona, por ejemplo)

La teoría se refiere que una persona con este tipo de trastorno de identidad sexual, inicia con ingesta de medicamentos hormonales y otros, que combinados a dosis masivas, producen trastornos orgánicos y mentales severos e irreversibles, así como serias complicaciones o adversidades y que ocasionan cambios en la conducta y personalidad del individuo, este o no asociado este trastorno a una enfermedad mental.

Con esto se dice que es una forma de iniciar un suicidio de una manera lenta y progresiva y que de continuar ocasionara su consumación, sea provocado por alteraciones mentales por los efectos secundarios de los medicamentos utilizados o por las complicaciones en su organismo, principalmente el circulatorio y en ocasiones desde bloqueos o derrames en alguna estructura orgánica, principalmente el cardiovascular, pulmonar y cerebral, este último se manifiesta por daño irreversible con cambios en su conducta que provoque su muerte.

Es considerado la automedicación en estas personas, como un mecanismo para el suicidio, en algunos por desconocimiento o ignorancia de los efectos

secundarios, complicaciones o adversidades que producen los medicamentos en la terapia del proceso de reasignación de sexo, pero se dice también que el solo hecho de auto medicarse, esta ya condiciona una manera de inducirse el suicidio y que puede manifestarse de manera rápida o a largo plazo, es decir sin importar las consecuencias, y que es similar en aquellas personas que se condicionan el suicidio por cualquier mecanismo o instrumento y su consumación, sin importar consecuencias.

Recordemos que los medicamentos más utilizados son los anticonceptivos y productos a base de progestágenos y anti andrógenos de uso oncológico, por ejemplo, la flutamida, considerado agresivo y hepatotóxico. Y que los efectos secundarios o sus complicaciones por daño hepático se manifiestan inicialmente con cambios en su conducta y personalidad, que, asociados a un estado de depresión o ansiedad, que propicia el suicidio.

Algunos términos de uso común

Suicidio consumado, muerte que resulta electo directa o indirectamente, sea un acto positivo o negativo cumplido por la persona misma que tenía plena consciencia de que iba a producir ese efecto.

Intento de suicidio. Es cuando la persona intenta suicidarse por algún medio, pero no logra su muerte, pero provoca más daño mental y en ocasiones orgánico, con graves secuelas. Acto incompleto.

Idea de suicidio. Es la que la persona manifiesta por medio de su conducta y lo expresa por diferentes medios que se va a suicidar, solo es una representación mental del acto.

Pensamiento suicida, similar a la idea suicida, pero en ocasiones es solo es de una manera fugaz, esta representación mental del acto y que en la mayoría de las veces, termina en el olvido con la terapia mental de apoyo adecuada. Mucho de esto dependerá de las condiciones del momento en su entorno. Pero debe tomarse en cuenta y si se continua de una manera repetitiva o que se manifieste en algún escrito personal.

Suicidio frustrado. Cuando a la persona que se provoque el suicidio de una manera segura, es interferida por otra persona o por condiciones que lo impiden o son reanimados de su estado profundo de sus signos vitales, cardiovasculares y neurológicos. Algunos especialistas, no coinciden si realmente era un suicidio a consumarse, un intento de suicidio o un chantaje y mucho dependerá del momento en que se encuentre en base a sus manifestaciones clínicas

encontradas y la manera de reanimarlo "resucitación" por personas auxiliares entrenadas para tal fin, médicos o paramédicos.

Suicidio imprudente. Podríamos decir que la persona "no desea suicidarse" de una manera voluntaria, debido a la ingesta de algún medicamento o auto daño, principalmente es observado en personas que se autodenominan transexuales, pero el consumo por exceso de acción logra consumirlo, por algún efecto rápido o lento por sobredosis masiva o por tiempo prolongado.

Algunos terapeutas no están de acuerdo que deba decirse que sea imprudente, ya que la gran mayoría de estas personas saben y están informadas de todos los efectos que condiciona la ingesta por sobre abuso de estos medicamentos y que lo manifiestan en sus foros de los sitios web, propio para personas transexuales, pero hacen caso omiso, debido a su estado de ansiedad, obsesivo compulsivo por una feminización a muy corto plazo y en ocasiones de una manera competitiva y que todo esto traduce ya una enfermedad o trastorno mental, que condicionara tarde o temprano una lesión irreversible o la muerte y esto último es considerado como un suicidio voluntario, sin profundizar de una manera exigente en terminología Médica o Jurídica. (Jurisprudencias y leyes).

Algunas alertas o pistas de ideas manifestadas de suicidio o pensamientos inductores de suicidio

- Refiere que intenta suicidarse o que va a suicidarse o que prefiere suicidarse, debido a su inconformidad sexual.
- Busca medios de comunicación para informar que quiere suicidarse, principalmente en los foros de sitios web.
- Explica ampliamente mediante sus escritos, el motivo para suicidarse.
- Anotaciones en su "diario" demasiados extensos, en donde se aprecia, su ira, agresividad, inconformidades, ansiedad y depresión en algunos muy severa.
- Se observa cambios importantes del humor o ánimo, que presenta fluctuaciones de un día de felicidad, euforia, una aparente felicidad y otros días, de soledad, aislamiento, profundamente desalentado etc. Es un comportamiento con algunas manifestaciones de bipolar. Rutinas y patrones de comunicación muy cambiantes.
- Cambios muy notorios de personalidad.
- Aislamiento social y de soledad, que lo utiliza con respuestas muy negativa y pretextos para no socializar con su entorno. Únicamente acude

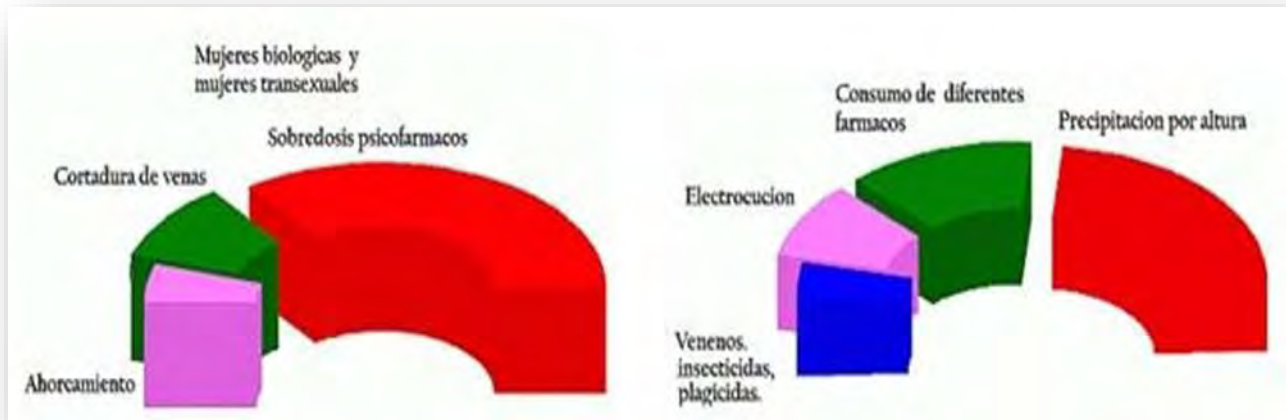
a ciertas citas, manifestaciones de apoyo y otras, cuando sucede un hecho sobresaliente y que lo considera que este hecho, pudiera sucederle a esta persona.

- Sobre abuso de medicamentos de todo tipo, principalmente drogas, alcohol, de los medicamentos que aprende en estos sitios web propio para personas transexuales, con abuso y sobredosis de anticonceptivos, progestágenos inyectables, que combinan con otros medicamentos que no ofrecen ninguna seguridad por presentar serias complicaciones, adversidades, efectos secundarios con daños a su salud de una manera permanente e irreversible o la muerte inducida o provocada por estos fármacos.
- Siempre trata de comprometer o involucrar a otras personas de sus ideas y pensamiento suicida, sin importar las consecuencias que les puede ocasionar.
- Acciones, hechos o cosas autodestructivas y destructivas hacia su entorno en general.
- Algunos mencionan en sus escritos, antecedentes de intentos previos de suicidio, en ocasiones es una verdad, pero también en ocasiones es mentira y solo lo hace para saber cuál es la respuesta de su entorno.

Formas de suicidio, intentos de suicidio

- Sobredosis de medicamentos psicofármacos. Consumo, sobre abuso y dosis masiva de Fármacos.
- Arma de fuego.
- Ahorcamiento.
- Ahogamiento
- Sangría por cortadura de venas. Visceral
- Inhalaciones gases tóxicos.
- Precipitación por altura.
- Abuso de drogas ilegales.
- Alcohol.
- Insulina.
- Potasio por vía directa endovenosa
- Venenos. Pesticidas, raticidas, insecticidas.
- Por explosión, auto quemaduras por fuego
- Auto electrocución
- Tromboembolia, inyección endovenosa con aire,
- Residuos, toxinas. Inanición, anorexia nerviosa.

- Obesidad



Incluimos, la anorexia nerviosa y la obesidad. Consideramos que en la "verdadera" anorexia nerviosa ya está demostrado un fondo de trastorno mental que condiciona manifestaciones diversas o múltiples y entre ellas "dejar de comer" y que producirá la muerte por daño orgánico y mental severo e irreversible. La obesidad condicionada por causas que no sea trastorno glandular u orgánico, enfermedades metabólicas etc., pero si condicionada por exceso de calorías de una manera voluntaria y que tienen el conocimiento y "sabe" que el exceso de alimento condicionara una serie de trastornos metabólicos secundarios, no únicamente por depósito de grasa en su cuerpo, estructuras orgánicas y circulatorias. (Alimentación excesiva e inactividad física). Factores psicológicos por trastornos de ansiedad, depresión y otros.

Recordemos también que gran parte del sobre peso y obesidad en personas mujeres transexuales, es ocasionada por exceso de progestágenos inyectables de una manera empírica y auto administrada, ocasionando serios trastornos metabólicos de los hidratos de carbono, grasa, agua, y demás complicaciones, adversidades que conlleva los progestágenos y anticonceptivos, como son los trastornos de conducta y otros en algunas personas.

Formas de suicidio lento

- Drogadicción
- Alcoholismo

- Automedicación.
- Obesidad
- Anorexia.

Establecer el *diagnostico de transexual*, es importante, ya que comentar sobre los suicidios consumados y frustrados, sus causas y datos estadísticos, en personas que se autonombren transexuales y que a pesar de que manifiestan datos clínicos de probable transexualidad, estos pueden ser aprendidos de una manera muy precisa, debido a toda la información que obtienen de las diferentes sitios web y algunas páginas propias para transexuales, así como los envíos de sus correos e mail a nuestro Grupo, que no comprueba que sean transexuales pero si muchos escritos, charlas directas con personas que nos permiten cierta información y que seleccionamos de sus marchas, en antros, en la calle o debido a su oficio como sexoservidores, travesti, varones con un oficio de imitación de personajes femeninos pero que auto consumen anticonceptivos y progestágenos a dosis masivas, nos hacen ver de una manera conservadora, ciertos hechos orientadores o antecedentes de suicidios frustrados y estado de depresión. Inconformidad, ansiedad e ideas suicidas

El diagnostico de transexual, no se establece de una manera sencilla y solo después de una serie de exámenes clínicos, que incluye una historia clínica bien elaborada, principalmente sus antecedentes, así como una serie de protocolos generales y personalizados, que se establecen para tal fin y que se les diagnostica transexual, pero siempre con reservas, ya algunos datos o manifestaciones clínicas, no se demuestra en sus inicios y solo se obtienen durante su acompañamiento de su entorno principalmente el familiar y social. Incluso en algunos casos, se observan cuando la terapia del proceso de reasignación de sexo está muy avanzada.



Uno de los objetivos

principales, además de la reasignación sexual es su integración a su entorno y es ahí en donde los estados depresivos se presentan de una manera recurrente, que en ocasiones no lo manifiesta la transexual de una manera verbal, pero se observa o se detecta en base a sus síntomas y signos, algunos de ellos de una manera muy vaga y la simulación con un mejor estado de ánimo por parte de la transexual, para no impedir su proceso de reasignación, lo efectúa de una manera actuarial.

El conocimiento de las terapias farmacológicas y de apoyo mental, es un binomio inseparable, que debe ser efectuado por un solo terapeuta y que debe estar obligado en el acompañamiento y seguimiento de todo su proceso de reasignación de sexo, que permite además una relación de confianza entre la persona transexual y su terapeuta.

Los fracasos de los procesos de reasignación de sexo, con el abandono por parte de la persona transexual, y además de su proceso y cambios que se presentan durante esta etapa desde un punto de vista mental, ocurre más cuando es aplicada por diferentes médicos y más aún cuando la comunicación entre ellos es muy deficiente, que permite no conocer de una manera muy integral al transexual. Estamos de acuerdo que lo ideal es un manejo de equipo Médico, pero está demostrado que permite que se omitan algunos datos, síntomas y signos, que son de suma importancia para la reasignación y que en ocasiones se "pierden" o se omiten, debido a las canalizaciones o envío del usuario con un Médico a otro, esto se observa muy frecuentemente en los servicios de salud de

diferentes instituciones de México y que lleva demasiado tiempo de espera de una cita a otra. Inductores de suicidio en la mujer transexual:

Prevención del suicidio y algunas pistas

Prevenir el suicidio en personas jóvenes y con un probable trastorno de identidad sexual, que prefiere la automedicación para su reasignación de sexo y no someterse a las terapias de apoyo mental, con su acompañamiento y seguimiento, que de una manera nos permite evitar, tratar o disminuir la ansiedad y la depresión, así como prevenir su aislamiento social y soledad, aunque dependa económicamente de vivienda, vestimenta y alimentación en la mayoría de los casos de su familia.

Los estudios de investigación demuestran de una manera precisa en algunas observaciones y otras de manera conservadora, los estados de trastorno de ánimo, principalmente la depresión que manifiestan en sus escritos, mensajes, comunicados y charlas, que son variables y que los datos clínicos que manifiestan son de "ira, agresividad, agresión inconformidad, aislamiento, soledad, incomprensión principalmente", no únicamente en su persona demuestran su ira y agresividad, si también a los integrantes de su entorno.

La agresividad como una manifestación selectiva de ansiedad y depresión en algunos varones biológicos, diagnosticadas mujeres transexuales, antes de su proceso de reasignación de sexo, con hormonas femeninas, en su mayoría responden bastante bien a que estos síntomas que disminuyen y en algunos desaparecen debido a la sustitución de la testosterona por estrógenos debido al bloqueo de andrógenos con medicamentos sugeridos. Pero en los casos de la automedicación en personas no diagnosticadas transexuales o que se autodenominan transexuales, debido al exceso de dosis masivas y por tiempo prolongado de anticonceptivos, por su contenido progestágeno, presentan cambios muy notorios, como son algunas manifestaciones clínicas de la bipolaridad, de otras conductas y comportamientos.

En todos los casos existen o dan pistas las personas que piensan suicidarse, las pistas que proporcionan algunas no son orientadoras hacia este hecho, pero es de suma importancia que deben tomarse en cuenta, ya que una persona que manifiesta algún dato clínico de sus antecedentes, presenta un estado de depresión, principalmente aquellos que refieren conflictos familiares, principalmente la incomprensión de sus padres y que en ocasiones está asociado a maltrato verbal y físico, que por razones económicas no pueden abandonar el núcleo familiar y están expuestos de una manera frecuente y a pesar que manifiestan ideas, pensamientos y algunos intentos de suicidio, los familiares

no los toman en cuenta o no le dan la importancia y ellos mismo manifiestan de otra manera y en sus redes sociales, principalmente en sus foros, chats de ciertas páginas, que además algunos de ellos escriben "diarios", demasiados extensos que solo manifiesta, ira, agresividad, inconformidad, soledad y aislamiento, en los casos más graves de depresión, manifiestan la tendencia a suicidarse.

Además, ya solo con la automedicación a sabiendas de todas las complicaciones y efectos secundarios que presentan la automedicación con sobredosis y abuso, que algunos terapeutas lo consideran como un instrumento más para el suicidio, incluso algunos manifiestan que son inductores del suicidio, por los daños graves, irreversibles y que se manifiestan tarde o temprano, con serios trastornos en su cuerpo y en su estado mental, con cambios de su conducta, que se complica aun mas con la asociación a drogas y alcohol.

Estas pistas que se aprecian, orientan a un estado de depresión y que tarde o temprano se presentaran las ideas suicidas o que manifiestan que se suicidaran sea de una manera voluntaria. Uno de los problemas observados en estos foros y chats, es que todos los integrantes participan de una manera anónima, que realmente no se conoce su identidad real y solo algunos cuantos se conocen de una manera física, con citas en reuniones, pero en su gran mayoría, viven con un estado de depresión con aislamiento social y su único medio de comunicación son las redes sociales, en donde intercambian todo tipo de ideas y no sabemos si es verdad o mentira lo que se comunica.

En estos foros, participan todo tipo de gente, quizá algunos "verdaderos" transexuales, pero los usurpadores, los pederastas, asesinos seriales y múltiples personas con trastornos psiquiátricos severos participan en estos foros, incluso delincuentes y enganchadores que de alguna manera investigan bajo engaños, obtener las direcciones privadas de los panelistas, que le permiten cometer hechos criminales e incluso cometer asesinatos o de transfobia. Las personas más vulnerables son las que acuden a estos sitios de una manera desesperada, en donde se aprovecha su estado de ansiedad y depresión, debido a la incompreensión de su familia.

Los estudios de investigación en personas que se autonombren transexuales, cuya actividad es el sexo servicio y travestis hormonizados de antros, cantinas, bares, así como de otros oficios, pero que se auto medican con hormonas, principalmente con anticonceptivos, que además les permite desarrollar de una manera más optima su trabajo sexual, nos hace ver, que los suicidios voluntarios por depresión también se presentan, y en su gran mayoría son debido a

problemas de pareja sentimental, algunos asociado a ciertas drogas, principalmente la marihuana y la cocaína. Pero también gran parte de estas muertes son debidas a maltrato físico, con lesiones importantes ocasionadas por su pareja sentimental que le causan la muerte. Las autopsias manifiestan estas graves lesiones, así como otros procesos de la circulación como las coagulopatías, enfermedades venéreas y daño hepático.

Frecuentemente se aprecia en estos sitios web, la participación de mujeres biológicas, que se autodenominan transexuales con el fin de ofrecer productos ganchos y citar en cafeterías, parques y otros sitios de su preferencia con el fin de vender productos de todo tipo a precios baratos y de crédito, que les permite obtener las direcciones y con ello delinquir, ya que forman parte de bandas criminales con ese objetivo. Estas personas criminales, falsas transexuales, además refieren que se practicaron la orquiectomía y algunas cirugías como implantes mamarios, con el fin de ser aceptados y obtener confianza.

Con toda esta información, nos permite reconocer ciertas pistas que orientan a la depresión y un probable suicidio en quienes no lo manifiesten, y que mucho depende de los integrantes de las redes sociales comprometidos, a prevenir hasta donde sea posible un probable suicidio y que siempre debe de informarse al administrador, es decir comprometerlo. También la prevención del suicidio dependerá de la capacidad y la experiencia del terapeuta, que le permita reconocer todos los datos clínicos o pistas, que la misma persona ofrece de alguna manera.

Resumen de causas de suicidio

- Causas generales de suicidio consumado y muerte
- Disgusto o conflicto familiar
- Motivos pasionales o amorosos de pareja.
- Maltrato físico y verbal entre parejas
- Enfermedades y trastornos mentales.
- Desempleo
- Se ignora
- Disgusto o conflicto familiar, entre padres e hijos (maltrato verbal)
- Incomprensión por parte de los padres de su identidad sexual.
- Maltrato verbal y físico ocasional.
- Depresión severa con ideas suicidas.
- Trastornos mentales severos.

Algunas conclusiones

El comentario de este trabajo, nos permite solo profundizarnos en su explicación en las personas que se autodenominan transexuales, que se automedican y más en aquellas con una edad de 14 a 25 años de edad, que cursan con un estado de ansiedad y depresión severa, que manifiestan ideas y pensamientos suicidas, así como intentos de suicidio o suicidios frustrados, ocasionado principalmente por aspectos o factores de su entorno, como son los conflictos familiares por la falta de comprensión entre sus padres y que no se le permite su apoyo y ayuda, para integrarse a su entorno con el sexo al que dicen pertenecer.

Es muy importante considerar, que la automedicación para su reasignación, debe tomarse de una manera seria, como un factor que induce al suicidio, debido a todas las complicaciones, adversidades y efectos secundarios irreversibles que producen y que estas personas y debido a sus foros, están bastante enterados de todos sus efectos que producen estos medicamentos cuando se abusa o se consumen ciertos medicamentos combinados, debido a un estado de ansiedad y que su único objetivo es reasignarse a costa de su salud y eso ya es preocupante, no debe ser visto de otra manera, más aún cuando en estas personas, ciertos medicamentos hormonales les producen cambios en su conducta e incluso de su personalidad y que viene agravarse cuando está asociado a ciertos trastornos mentales previos.

Las terapias de apoyo mental, para las personas diagnosticadas transexuales, con estados de depresión, solo es efectivo, cuando se lleva a cabo este apoyo con acompañamiento y seguimiento, los resultados son bastantes satisfactorios, pero en su gran mayoría, no se lleva este acompañamiento y menos el seguimiento, ya que debido a la comodidad de ciertos terapeutas de solo visita o citas a su consultorio, se les hace más sencillo y práctico indicar un apoyo con medicamentos antidepresivos o psicofármacos en aquellos casos que presenten ideas suicidas recurrentes.

Pero ya está bien demostrado que los mismos psicofármacos prescritos por algunos terapeutas, las personas transexuales con grave estado de depresión, utilizan estos antidepresivos combinados con otras drogas para consumir un suicidio. Aquí es donde se entra el debate constante entre terapeutas, si los antidepresivos, están bien indicados o no y cada uno expone su razón, pero sabemos también el gran beneficio que ofrece el apoyo con psicofármacos en aquellas personas con depresión severa, con intento de suicidio o suicidio frustrado.

Los fracasos de las terapias de apoyo mental, se observan constantemente, cuando suceden estos hechos de suicidio consumado, que se aprecia al pie de la cabecera de su cama un frasco vacío con medicamentos antidepresivos y estos son bajo prescripción médica.

Actualmente en personas jóvenes menores de 24 años de edad, se están prohibiendo los antidepresivos principalmente los inhibidores de la re-captación de la serotonina, como la fluoxetina y otros, ya que según estudios bien demostrados, aumentan los intentos de suicidio como un acto de agresión, solo con el fin de castigar a su entorno y observar sus reacciones frente a este intento de suicidio, así como la exacerbación de otros datos clínicos.(Se prohibieron después de haberse utilizado por millones.)

Un comentario común. "Cuando se comenta sobre los aspectos legales, que existen leyes y sanciones sobre aquellas personas que instigan o inducen al suicidio y que en los casos consumados de suicidio, encontramos los frascos vacíos de psicofármacos y que son prescritos por Médicos, se comenta constantemente que de no haber prescrito este psicofármaco, posiblemente no se hubiera consumado probablemente el suicidio y colocar un instrumento en sus manos, que es para el beneficio de su depresión y evitar las ideas suicidas, posiblemente se induce de una manera fácil y que está a su alcance"

Así mismo debería el Medico estar obligado por ley a informar a las autoridades de un intento de suicidio, y no solo quede archivado en las Clínicas y Hospitales. Cualquier intento de suicidio o suicidio frustrado debe ser manejado de una manera multidisciplinaria, en donde además quede involucrado el aspecto legal. Si se trata de menores de edad, los padres deben participar por ley en las terapias de apoyo, incluyendo algunos familiares cercanos, debe de informarse a las autoridades escolares y otras.

La venta libre de antidepresivos de manera genérica en nuestro País México, permite su consumo de una manera libre y sabemos que asociado a otras drogas, alcohol e infinidad de medicamentos, que presenta interacciones serias entre ellos, con daños severos a su salud e incluso la muerte. Sin olvidar el daño hepático y hepatitis fulminante.

Debemos tomar conciencia, que la transexualidad está presente en nuestro país y que aún es un tema apartado y olvidado por las instituciones de salud y jurídicas, eso permite también que debe tomarse más en serio este trastorno de identidad sexual y no solo aceptarlo como un fondo político, recaudador de ingreso económico debido a los servicios múltiples que ofrecen estas instituciones.

Los estados depresivos, la automedicación y suicidios consumados, así como la transfobia, continuara en estas personas que se autonombran transexuales y que no están diagnosticadas transexuales y que cuando fallecen por alguna complicación, sea debido al uso prolongado de medicamentos, dosis masivas y sobre abuso de estos medicamentos o suicidios consumados, son registrados al sexo que pertenecen en base a sus genitales y no al sexo que dicen pertenecer en vida.

Las investigaciones y entrevistas con personas que se autonombran transexuales, que nos envían correos electrónicos para una orientación e información o que acuden con nosotros para establecerse el diagnostico de transexual y someterse a los tratamientos de reasignación de sexo, en aquellas que viven en unión libre o en matrimonio constituido legalmente, que forman un hogar de años y procrean hijos, con una seguridad económica debido a su empleo, pero que dependen de un patrón, son las personas con más problemas de depresión y ansiedad sufren.

Además, se les advierte y en base a una realidad de lo que sucede en México, que tendrán serias consecuencias, principalmente la pérdida del matrimonio y de su empleo, que su pareja no acepta la condición de este trastorno de probable identidad sexual y que a pesar de las terapias de apoyo psicológico en la pareja, termina la esposa o pareja abandonándolo inmediatamente o sucede más tarde en cuanto se inicia la terapia hormonal que debido a los estrógenos combinados con antiandrógenos, pasan por un proceso de castración química testicular, que las relaciones sexuales son imposibles, debido a la falta de erección y eyaculación, creando un serio conflicto matrimonial con el abandono por parte de la esposa o la infidelidad.

En caso de superar esta crisis matrimonial, en cuanto se aprecia la feminización corporal son de inmediato desempleados. Las terapias de apoyo mental ofrecidas son un fracaso total y es muy difícil que superen en estos casos, la depresión grave, con aislamiento social, arrepentimientos, se presentan las ideas suicidas y en su mayoría más tarde los suicidios consumados.

Nosotros consideramos que en México, nuestra sociedad no está preparada, ni acepta esta condición principalmente en aquellos que ya tienen un matrimonio formado, con hijos y solvencia económica. Nosotros los aconsejamos siempre que es muy importante tomar ejemplos de las experiencias de otros países, principalmente los Estados Unidos de Norteamérica y algunos Europeos, en aquellos con situaciones similares, que dependen de un trabajo estable sea de Gobierno o Privado, pero que estén bajo un régimen laboral con una relación patronal, es mejor " esperar" su reasignación de sexo, someterse a una terapia

integral de apoyo psicológico en pareja y eso permitirá que su pareja sentimental se le prepare para un futuro, la "aceptación" de la identidad sexual y sobre todo el crecimiento de los hijos, que permitirá un mejor entendimiento de su situación y no permitir perder su trabajo, ya que este apoyo económico es muy importante para la educación, alimentación y vestimenta de sus hijos y ya pensionado o jubilado, iniciar el proceso de reasignación de sexo, tal como sucede en gran parte de esta clase trabajadora en los Estados Unidos de Norteamérica. Pero por desgracia, esto no sucede en nuestro País México y debido a esto, la depresión en estas personas transexuales continuara por igual las ideas suicidas y los consumados y esto es una realidad con toda la conflictiva de su entorno.

Nosotros les hacemos comprender de la importancia de estar empleado y con una solvencia económica desahogada, la conservación del empleo es prioritaria, ya que de esto depende en parte, la unión de la familia y de toda la exigencia de la manutención del hogar y de la familia en general y sobre todo calidad de vida.

Está demostrado que en ocasiones la pareja sentimental apoya la economía temporalmente, e incluso se informa también del "problema" de identidad sexual de su pareja, que nos hacen ver a través de sus correos que nos envían o lo observamos en sus foros, propios para personas supuestas transexuales, en donde participan activamente, pero tarde o temprano termina en abandono del hogar.

Últimamente se legislo, sobre la prescripción de que los antibióticos deben ser solo vendidos bajo prescripción médica y que hace necesario la receta como requisito, la cedula profesional. Los resultados fueron sorprendentes, ya que permitió un mejor uso de los antibióticos, disminución de la resistencia a los antibióticos, evitar las sobreinfecciones y muchas cualidades más. Nosotros consideramos que los antidepresivos deben ser solo prescritos bajo una receta, principalmente los inhibidores de la re-captación de la serotonina, por ejemplo, de nombre comercial Prozac (flíoxetina), que sabemos tiene un fondo Medico-político para su uso masivo, sin receta médica.

Pero insistimos que las hormonas, sea cual fuere o para cualquier indicación Médica, debe hacerse solo bajo receta Médica, así como algunos medicamentos, que por su adversidad y daños severos que se producen debido a sus efectos secundarios, también deben ser controlados.

Está demostrado que las personas transexuales jóvenes, que no reciben el apoyo por parte de los padres en su proceso de reasignación o algunos jóvenes que viven en pareja, que no pueden efectuarse la reasignación de sexo, de acuerdo con los protocolos, debido a causas económicas principalmente o por estar

desempleado es donde más se observan los estados depresión, los intentos de suicidios y suicidios consumados. Las manifestaciones clínicas que presentan son muy variadas y no solo son de clínica de "bajada", son de un comportamiento bipolar, con estado de agresión, ansiedad ira, agresividad etc. Un estudio demostró en aquellos transexuales que presentaron depresión e intentos de suicidio, más del 44% presentaron trastornos mentales, y un 37% estaban bajo tratamiento psiquiátrico, con apoyo con medicamentos antidepresivos.

La Psiquiatría es la especialidad que permite la intervención amplia, desde las interpersonales, como es la psicoterapia y las actuaciones somáticas del tipo terapia psicofarmacológica, y que toda persona transexual o que piensa que es transexual o se autonombra transexual, debe ser manejado de por vida y es la única manera de evitar, controlar o manejo, en palabras sencillas, de la ansiedad y depresión, así como las ideas suicidas, de no ser así, el futuro de estas personas es muy incierto.

Es prioritario descartar en toda persona transexual, las causas de pensamientos e intentos de suicidio a un problema de salud física adyacente y que deben efectuarse todo tipo de análisis de laboratorio y gabinete, antes de alguna condición mental subyacente y que debe ser tratada y solo lo podrá efectuar un Médico, antes de que se establezca el diagnóstico de un trastorno mental o enfermedad psiquiátrica y que pueda ser tratada y que no impida su proceso de reasignación. De tratarse de algún problema serio de enfermedad, contraindica la reasignación de sexo. Se incluye el alcoholismo y la drogadicción. De no respetarse este manejo, el suicidio se consumará tarde o temprano.

Referencias bibliográficas

Ponencia de Suicidio, Dra. Mireille Emmanuelle Brambila. Ofrecida a Médicos y Abogados de Baja California. Temas; Causas e inductores del suicidio. Ansiedad y depresión asociada. Suicidio en Jóvenes y personas mayores de 65 años de edad. Soledad y aislamiento. Ideas, Intento de suicidio y consumado en personas con trastorno de orientación e identidad sexual. Psicofármacos. Datos estadísticos y leyes en México. En la Ciudad Mexicali BC. México. Febrero. 2011.

Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR, et al. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. N Engl J Med. 2007;356: 1711-1722.

Tondo L, Ghiani C, Albert M. Pharmacologic interventions in suicide prevention. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl 25): 51-55.

Flórez F. Conducta suicida. En: *Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos*. Editado por C Gómez-Restrepo. Centro Editorial Javeriano. Bogota, 2002.

Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, et al. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(4 Suppl): 1-45.

Morcillo Moreno L, Saiz Martínez PA, Bousoño García M, Bobes García J. En: *Tratado de Psiquiatría Tomo II*. Barcia Salorio D. 801-819. Editorial Arán. 2000.

Roy A. Suicide. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000: 2031-40.

Soler PA, Gascon J. RTM-II. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Masson. Barcelona, 1999.

Benazzi F. Bipolar disorder focus on bipolar II disorder and mixed depression. *Lancet*. 2007; 369:935-945.

American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. 2nd ed. September 2007. Accessed January 22, 2010.

Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*. 2009;373:31-41. Epub 2008 Dec 6.

Gupta S, et al. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric services*, 1998, 10: 1353-1355.

Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. *British medical journal*, 1999, 308: 1227-1233.

Angst J, Angst F, Stossen HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 57-62.

Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 484-485.

Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affec Disorders* 2002; 68, 183-190.

Miró E. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2ª edición. J. Vallejo Ruiloba, C. Gastó Ferrer. Edit. Masson, 675-684, 2000.

Gloria Marsellach. El suicidio.psicoactiva.com/arti/articulo.asp?SiteIdNo=829.

Rico Diaz Humberto. Depresión y suicidio.

psiquiatriabiologicademexico.org.mx

Cómo perder una guerra

Por Redaccioninfovaticana | 11 agosto, 2023⁷⁴



(David Carlin-The Catholic Thing)-Si eres un general y quieres romper la línea defensiva del enemigo, busca su punto más vulnerable y atácale precisamente en ese punto con una concentración excepcional de fuerzas. Cuando la rompas en ese punto, es muy probable que toda su línea defensiva se derrumbe. Habrás ganado la batalla, tal vez incluso la guerra.

El punto más vulnerable del catolicismo, en su defensa contra el asalto que le está haciendo el ateísmo actual, es su antigua enseñanza de que la práctica homosexual es un gran pecado. Muchos de nuestros defensores nominales no creen realmente que valga la pena defender este punto de nuestra línea de defensa, al menos no con energía heroica. Algunos de nuestros «defensores» están incluso bastante dispuestos a permitir que el enemigo se cuele por una brecha en este punto.

Una vez que fracasamos en la defensa de nuestra enseñanza sobre la homosexualidad, una vez que permitimos que el enemigo rompa nuestras líneas

⁷⁴ <https://infovaticana.com/2023/08/11/como-perder-una-guerra/> Artículo de David Carlin en The Catholic Thing. <https://www.thecatholicthing.org/2023/08/04/how-to-lose-a-war/>

en ese punto, ¿puede alguien, salvo un necio, dudar de que otras secciones de nuestra defensa también se derrumbarán? Si la conducta homosexual es permisible, ¿cómo podremos decir que la fornicación es gravemente pecaminosa, o incluso el adulterio?

Una vez que abandonemos las antiguas doctrinas morales en materia sexual, ¿cómo podremos mantener nuestras antiguas doctrinas morales en materia de mentir, engañar y robar, por no hablar de nuestras enseñanzas sobre el uso de la fuerza física?

Y una vez que abandonemos nuestras doctrinas morales, ¿cómo podremos mantener nuestros dogmas respecto a ciertos milagros esenciales, por ejemplo, el Nacimiento Virginal, la Resurrección, la Presencia Verdadera de Cristo en la Eucaristía? Por último, nos resultará difícil creer en la Encarnación o en la Trinidad, o incluso en la existencia misma de un Dios mal definido.

El catolicismo es un sistema; cada parte está conectada con todas las demás y depende de ellas; si una parte se derrumba, todo el sistema estará en peligro. Dejemos que el enemigo irrumpa en el Fuerte de la Homosexualidad y, con el tiempo, todos nuestros otros fuertes doctrinales caerán. Tal vez no de la noche a la mañana. Pero tarde o temprano lo hará. Roma no se construyó en un día; tampoco cayó en un día.

El enemigo ateo siente que está cerca de la victoria. De ahí su inmensa concentración de fuerzas propagandísticas en este punto vulnerable: fuerzas como Hollywood, la música popular, los medios de comunicación, nuestras universidades y facultades de derecho, nuestras escuelas públicas, el Partido Demócrata y el actual presidente de Estados Unidos.

Cualquiera que no esté al tanto de esto debe haber dormido durante el pasado mes de junio, el Mes del Orgullo. Pero este gran asalto propagandístico no se limita al Mes del Orgullo, ni mucho menos. Es un asalto de 12 meses/24 horas al día. Y nos dice, sin cesar, que el deseo homosexual y las relaciones homosexuales son algo espléndido. Y que pronunciar palabras negativas sobre ello, o incluso tener pensamientos negativos al respecto, es muy malo, incluso francamente perverso.

¿Por qué los católicos estadounidenses son ineptos a la hora de defender la fe en este punto tan vulnerable? Por varias razones.

1. Los católicos, antaño un grupo marginado en Estados Unidos, hace tiempo que se americanizaron por completo; por lo tanto, si estar a favor

de la homosexualidad es ahora lo americano (que parece serlo), los católicos no podemos evitar estar a favor de la homosexualidad.

2. Muchos católicos han adoptado la teoría moral ahora dominante en Estados Unidos, según la cual todo está moralmente permitido si no causa un daño obvio y tangible a otro. Dado que los actos homosexuales no causan la caída del cielo, deben ser moralmente permisibles.
3. Vivimos en una sociedad altamente comercial en la que «todo vale» siempre que no sea malo para el negocio. La homosexualidad, al parecer, no es mala para los negocios.
4. Solemos interpretar que el mandamiento «ama a tu prójimo» incluye el submandamiento «no hieras los delicados sentimientos de tu prójimo homosexual».
5. Como conocemos -o sabemos de- personas homosexuales que parecen llevar una vida inofensiva, suponemos que sus inclinaciones sexuales también deben ser inofensivas.
6. La mayoría de nuestros obispos y párrocos evitan hacer un gran escándalo sobre la maldad de la conducta homosexual. Y si un obispo imprudente *llega a hacer* un gran alboroto (véase el obispo Strickland de Tyler, Texas), el Vaticano puede hacerle una «visita» de advertencia.
7. El papa Francisco no ayuda cuando rinde honores extraordinarios al padre James Martin, S.J., el sacerdote pro-homosexualidad más famoso/notorio de Estados Unidos.

¿Qué podemos hacer los católicos, sobre todo nuestros obispos y sacerdotes, para defender la fe en este momento de máxima vulnerabilidad? Para empezar, podríamos adoptar como lema las palabras del gran abolicionista William Lloyd Garrison: «Lo digo en serio, no me equivocaré, no me excusaré, no retrocederé ni un ápice, y *seré escuchado*».

Esto no significa que tengamos que volver a penalizar la conducta homosexual. Es demasiado tarde para eso. Además, tenemos que distinguir claramente entre permisibilidad moral y permisibilidad legal. Una religión como la nuestra, que durante siglos permitió la tolerancia legal de la prostitución, puede permitir la tolerancia legal de la homosexualidad.

Pero debemos hacer lo posible por acabar con la glorificación pública de la homosexualidad, una glorificación que socava los cimientos de nuestra religión y corrompe los corazones y las mentes de nuestros jóvenes. Como mínimo,

debemos gritar a los cuatro vientos un mensaje que nuestra religión ha proclamado desde los tiempos de los Apóstoles, a saber, que la conducta homosexual es un gran pecado, un vicio contrario a la naturaleza.

Esto requerirá cierto valor. Pero no un coraje tremendo. No el coraje necesario para afrontar la muerte por martirio. Más bien, el valor necesario para enfrentarse a insultos como «homófobo», «intolerante» u «odioso». En algunos pocos casos, el valor necesario para afrontar la pérdida de una oportunidad laboral, incluso la pérdida del puesto de trabajo.

Si, por el contrario, elegimos no defender la enseñanza sobre la homosexualidad que se remonta a la época de los Apóstoles, e incluso antes en la tradición judía, la fe que heredarán nuestros descendientes no será más que una sombra de la fe católica transmitida por los Apóstoles.

Podemos despedirnos del catolicismo estadounidense.

Creación de embriones humanos sintéticos: excediendo los límites⁷⁵

Por OBSERVATORIO DE BIOÉTICA UCV|16 junio, 2023



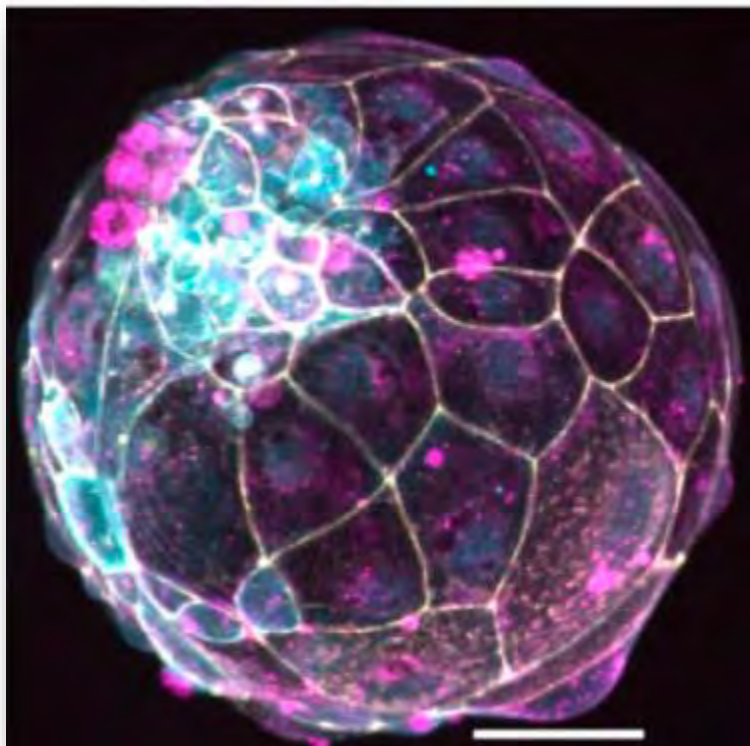
Como hemos publicado **previamente** desde nuestro Observatorio⁷⁶, los embriones artificiales, en los que trabajan muchos equipos de investigación desde hace años, también llamados embrioides, modelos embrionarios o blastoides, son aglomerados celulares obtenidos a partir de células troncales, conocidas popularmente como células “madre”, que reflejan en cierta medida algunas estructuras y funciones de los embriones, con el objetivo de poder estudiar esta intrigante y compleja etapa de nuestro desarrollo sin tener que

⁷⁵ <https://www.observatoriobioetica.org/2023/06/creacion-de-embriones-humanos-sinteticos-excediendo-los-limites/42026>

⁷⁶ <https://www.observatoriobioetica.org/2023/01/es-etico-el-uso-de-embriones-artificiales/40985>

recurrir al uso de embriones humanos, evitando así los impedimentos éticos y legales de estas investigaciones.

Hace poco más de un año se publicaba en la prestigiosa **revista científica Nature**⁷⁷ la producción de un embrión artificial a partir de células troncales humanas que pudo implantarse en una especie de útero también artificial.



El objetivo de la investigación era generar un modelo de embrión artificial con el que estudiar el complejo fenómeno de la implantación, momento en el que el embrión anida en el útero materno, ya que numerosos casos de abortos espontáneos se relacionan con la incapacidad de algunos embriones para implantarse con éxito.

Estos embriones artificiales se han denominado blastoides, en referencia al blastocisto, que es el embrión en la etapa en que ocurre la implantación uterina. Para generarlos se utilizaron células troncales humanas de distintos tipos, incluyendo células troncales embrionarias y células pluripotentes inducidas (las cuales se obtienen reprogramando células adultas a un estado de desarrollo semejante al embrionario). Con ambos tipos se consiguieron estructuras

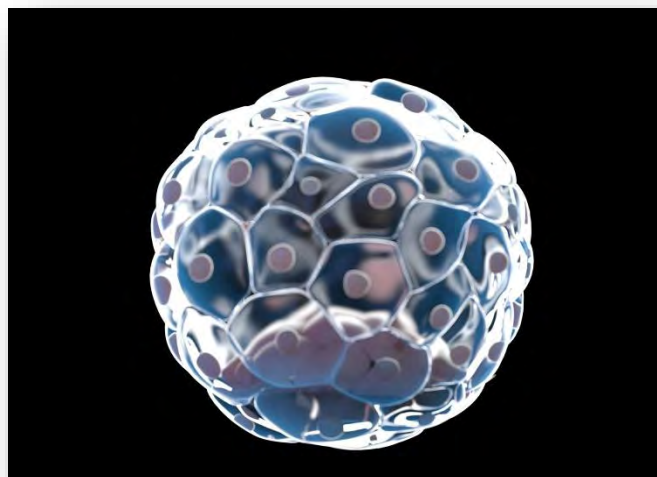
⁷⁷ <https://www.nature.com/articles/s41586-021-04267-8>

similares con una eficiencia comparablemente alta, según concluyen los autores de la investigación. Posteriormente, estos embriones artificiales se pusieron en contacto con una especie de útero artificial, que consistía en un conjunto de células del endometrio que recubre el interior del útero. Los investigadores comprobaron que al añadir estrógenos y progesterona en la misma cantidad que se produce durante el embarazo, los blastoides se adherían a las células endometriales, simulando la implantación. Los investigadores esperaban que este modelo artificial embrión-útero permitirá estudiar el fenómeno de la implantación en mayor profundidad, permitiendo conocer mejor las causas de los abortos espontáneos.

Un paso más

Con este mismo objetivo, **se han publicado** en algunos medios⁷⁸ recientemente los resultados, aún no publicados en medios científicos contrastables, del trabajo liderado por el científico palestino Jacob Hanna, quien ha comunicado haber conseguido imitar por primera vez una de las fases más desconocidas del **desarrollo embrionario**⁷⁹ de una persona. Ello implica haber logrado el desarrollo de todas las estructuras embrionarias, a diferencia de los ensayos anteriores, lo que supone un paso más hacia la reproducción humana prescindiendo de la fecundación.

En un **trabajo previo** del mismo autor⁸⁰, en este caso con ratones, se adaptó una plataforma recientemente establecida para el crecimiento ex útero prolongado de embriones naturales para generar modelos de embriones completos sintéticos posteriores a la gastrulación de ratón (sEmbryos), con



compartimentos embrionarios y extraembrionarios, a partir únicamente de células troncales embrionarias (ESC).

⁷⁸ <https://elpais.com/ciencia/2023-06-15/un-nuevo-modelo-de-embrión-de-14-días-aclara-el-mayor-enigma-de-la-formación-de-un-ser-humano.html>

⁷⁹ <https://www.observatoriobioetica.org/2017/04/estatuto-biologico-del-embrión-humano-3/15982>

⁸⁰ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35988542/>

Esto se logró mediante la agregación conjunta de ESC no transducidas, con otras ESC no modificadas que expresan transitoriamente los genes Cdx2 o Gata4 para promover su desarrollo hacia los linajes de trofoectodermo y endodermo primitivo, respectivamente. Los embriones logran adecuadamente la gastrulación, avanzan a través de hitos clave del desarrollo y desarrollan progenitores de órganos dentro de compartimentos extraembrionarios complejos similares a los embriones de ratón en etapa E8.5.

Los hallazgos de estos trabajos destacan el potencial plástico de las células pluripotentes no modificadas para autoorganizarse y reconstituir funcionalmente y modelar todo el embrión mamífero más allá de la gastrulación.

Paralelamente, hemos conocido los resultados obtenidos por el equipo de la Dra. Magdalena Žernicka-Goetz, profesora de biología e ingeniería biológica de la Universidad de Cambridge y del Instituto de Tecnología de California, quien describió sus resultados en un discurso el pasado miércoles en la reunión anual de la Sociedad Internacional para la Investigación de Células Madre en Boston, según publica el diario británico **The Guardian**⁸¹.

La Dra Žernicka-Goetz afirmó que podía crear modelos similares a embriones humanos mediante la reprogramación de células (troncales embrionarias)”, lo que diferencia este experimento del de el Dr. Hanna, ya que en este caso sí se ha desarrollado una modificación genética de las células troncales embrionarias utilizadas.

Previamente, publicó sus experimentos⁸² con ratones dirigidos también a la obtención de embrioides que completen la fase de gastrulación y progresen en su evolución hacia la organogénesis temprana.

Además, afirman, que no solo se obtienen pseudoembriones por este procedimiento, sino que también podrían derivarse por este método células germinales, ovocitos y espermatozoides. Esta posibilidad también se enmarca en los intentos de lograr la reproducción humana obviando la reproducción sexual.

⁸¹ <https://www.theguardian.com/science/2023/jun/14/synthetic-human-embryos-created-in-groundbreaking-advance>

⁸² <https://www.nature.com/articles/s41586-022-05246-3>

Valoración bioética

En primer lugar, en ambos experimentos, tanto el de Hanna como en el de Žernicka-Goetz, se parte de células troncales embrionarias, procedentes de embriones humanos generalmente sobrantes de reproducción asistida, de los que se extraen las células troncales pluripotentes, lo que implica necesariamente su destrucción.

En segundo lugar, el Dr. Hanna afirma no haberlas modificado genéticamente, pero en realidad las ha sometido a estímulos químicos para lograr el desarrollo de todas las estructuras embrionarias, lo cual puede provocar cambios epigenéticos que condicionan la expresión genética en el embrión. En el segundo trabajo, el de la Dra Žernicka-Goetz, sí se produce una edición genética de las células troncales embrionarias utilizadas, con el fin de lograr el desarrollo de las estructuras embrionarias y extraembrionarias. Por tanto, este segundo experimento merece la misma consideración bioética negativa que en el caso anterior, con el agravante de que se ha desarrollado una manipulación genética de las células precursoras del embrión, de consecuencias no predecibles, en el futuro hipotético de que se promoviera su desarrollo hasta el nacimiento.

En tercer lugar, los embriones producidos son humanos, se generan para ser destruidos. El argumento de que no pueden desarrollarse hasta el nacimiento no es suficiente para no considerarlos individuos de la especie humana. Dado que comparten la dotación genética humana y muestran la capacidad de desarrollarse en sus primeras etapas evolutivas, resulta muy complicado establecer qué grado de diferencias con los embriones humanos obtenidos por fecundación deben constatar para clasificarlos como verdaderos embriones o, por el contrario, como pseudoembriones, embrioides, blastoides o modelos semejantes a embriones.

Por el principio de prudencia, mientras esta cuestión no se resuelva, deberían ser tratados como humanos, hasta que estas diferencias se evidencien suficientemente como para incluirlos en una u otra clasificación. Todo ello apoya el rechazo bioético hacia su producción en las circunstancias actuales.

Es importante resaltar que estos resultados no han sido publicados oficialmente en revistas científicas todavía, por lo que no se conocen los detalles precisos de estas investigaciones, necesarios para una valoración más exhaustiva.



Julio Tudela

Lucía Gómez-Tatay

Observatorio de Bioética

Instituto Ciencias de la Vida

Universidad Católica de Valencia

Derecho al aborto en perspectiva comparada⁸³

ANICETO MASFERRER, Catedrático de Historia del Derecho en la Universidad de Valencia. 01/07/2023

Es triste que España sea el único país del mundo que haya dado este paso (lo que para la doctrina alemana es ir «demasiado lejos»), dejando completamente desprotegido al nasciturus

La pasada semana se cumplió un año de la sentencia de la Corte Suprema de Estados Unidos⁸⁴, que rechazó la doctrina que este mismo órgano había sentado hacía medio siglo⁸⁵, según la cual la Constitución norteamericana otorga un **derecho al aborto**. Hace poco, en España también la nueva composición del Tribunal Constitucional ha entendido, bebiendo de la tradición anglosajona – aunque no se reconozca explícitamente en ningún momento –, que la Constitución, vista como un «árbol vivo» y «a través de una interpretación evolutiva», ha entendido que nuestra Carta Magna sí contiene un «derecho al aborto», prohibiendo además al legislador cualquier regulación que no pase por un sistema de plazos en el que la mujer embarazada pueda decidir –si lo desea, y sin limitación alguna– terminar con la vida en gestación que lleva en su seno⁸⁶.

Tras una lectura sosegada de la sentencia, quiero hacer un breve análisis en perspectiva comparada que contribuya a ampliar la visión de esta cuestión fundamental. Me llama poderosamente la atención el endeble recurso al Derecho comparado en la sentencia al defender un «derecho al aborto», punto central de la nueva doctrina constitucional española. Como ningún país de nuestro entorno (casi me atrevería a decir del mundo, pero desde luego ni europeo ni anglosajón) ha llegado tan lejos, la sentencia tan sólo puede referirse a ‘Informes’, ‘Declaraciones’ u ‘Observaciones’ (de organismos internacionales y europeos), pero no a normas constitucionales o de Derecho internacional público, ni tampoco a pronunciamientos jurisprudenciales como el norteamericano de 1973, vigente hasta el año pasado.

Cuando recurre a Resoluciones de la Unión Europea, por ejemplo, lo hace un tanto sesgadamente, porque la UE jamás ha establecido un derecho al aborto, sino que más bien ha declarado expresamente lo contrario. En esta línea, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos sostiene que la regulación del aborto

⁸³ https://www.eldebate.com/sociedad/20230701/derecho-aborto-perspectiva-comparada_125193.html

⁸⁴ Dobbs v. Jackson Women's Health Organization, de 24.6.2022

⁸⁵ Roe v. Wade, 1973

⁸⁶ STC 44/2023, recurso de inconstitucionalidad núm. 4523-2010, 9.5.2023

competen al legislador de cada Estado (no al órgano encargado de interpretar la Constitución)⁸⁷.

La sentencia de nuestro TC no ha podido recurrir al Derecho comparado con respecto a ese «derecho al aborto» porque, sencillamente, no existe. Este hecho resulta particularmente llamativo: pese a que EE.UU. estableció (en *Roe v. Wade*, 1973) un «derecho al aborto» y esta doctrina haya venido ejerciendo un notable influjo en el proceso de despenalización del aborto en todo Occidente, ningún país europeo ha seguido la estela norteamericana hasta el extremo de reconocer un derecho constitucional al aborto, salvo España, y además cuando esa doctrina ha sido ya derogada hace casi un año al otro lado del Atlántico.

¿Por qué en ningún país europeo se ha dado ese paso? Quizá para algún político –de los que sin duda sobran en España– esto se deba a que los demás países no defienden a la mujer como ésta se merece, o se dejan llevar por prejuicios culturales, morales o religiosos que impiden la plena emancipación e igualdad de la mujer. Sin embargo, no es ese el motivo que explica la inexistencia del derecho al aborto en los países de nuestro entorno.

En Europa, el caso más paradigmático es el alemán, cuyo Tribunal Constitucional (BVerfG) no quiso alinearse al anterior modelo norteamericano en dos sentencias: de 25 de febrero de 1975, y de 28 de mayo de 1993. En la primera, el BVerfG declaró que el derecho a la vida⁸⁸ se extiende a la vida del embrión «en tanto que interés jurídico independiente» y estableció, en consecuencia, la obligación del Estado de no lesionar la posición del nasciturus e, igualmente, de garantizar que otros no puedan impedir o lesionar su natural desarrollo. Para ello, sentó la regla de la inexigibilidad (*Unzumutbarkeit*) para los casos en los que la continuación del embarazo pudiera entrañar un riesgo para la vida de la madre o un grave perjuicio para su salud. Más allá de estos supuestos, el Alto Tribunal alemán reconoció que correspondía al legislador decidir qué otras circunstancias extraordinarias podrían justificar la despenalización del aborto. Un voto particular (de los jueces Rupp-von Brünneck y Simon), al referirse al «derecho al aborto» del modelo norteamericano, señaló que «esto iría demasiado lejos en el derecho constitucional alemán», añadiendo que, en su opinión, «la amenaza de castigo no promete éxito o parece, por otras razones, una reacción inadecuada».

En la segunda sentencia –casi dos décadas más tarde–, el Tribunal alemán, tras reconocer que «en el momento (...) determinado del embarazo, el no nacido es una vida individual que ya no es divisible, que está definida ya en su identidad

⁸⁷ Case of A, B and C v. Ireland, Application no. 25579/05, de 16 de diciembre de 2010

⁸⁸ art. 2 de la Ley Fundamental de Bonn

genética y, por lo tanto, en su singularidad y no intercambiabilidad, que en el proceso de crecimiento y autodespliegue se desarrolla no hacia un ser humano sino como un ser humano», sienta el principio base de que el aborto «debe considerarse, en principio, una injusticia». En consecuencia –continúa la sentencia–, declara que el derecho a la vida del no nacido no puede ser dejado a libre disposición (ni siquiera por un breve período de tiempo) a la madre. Así expresó el Alto Tribunal alemán esta doctrina, que sigue vigente a día de hoy en el constitucionalismo alemán:

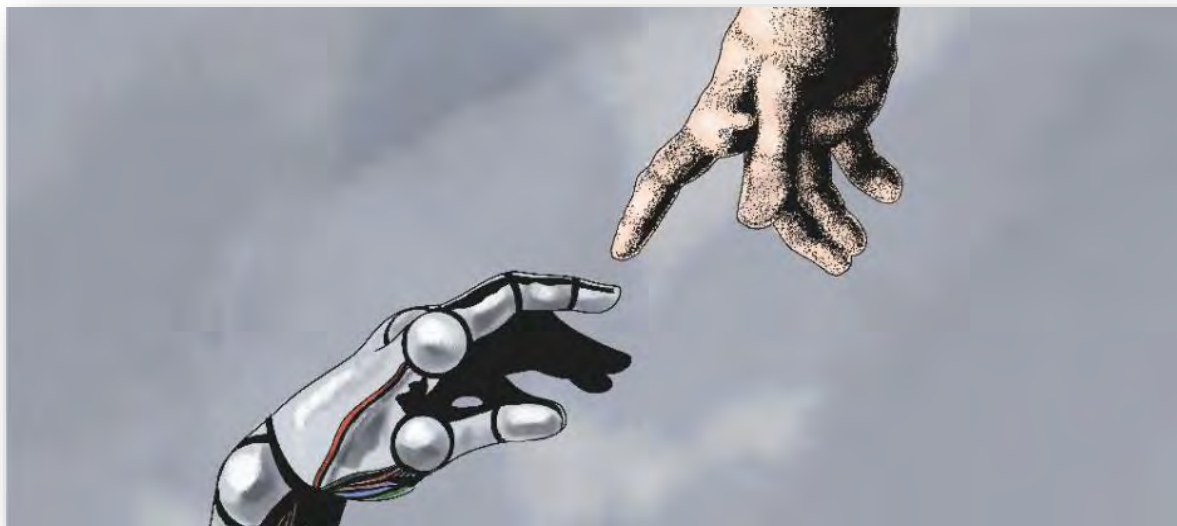
«Los derechos fundamentales de la mujer no se extienden hasta el punto de que, por lo general, se suprima la obligación legal de llevar a término el embarazo, ni siquiera durante un cierto periodo de tiempo. Sin embargo, los derechos fundamentales de la mujer implican que en circunstancias excepcionales es permisible, y en algunos de estos casos posiblemente necesario, no imponer tal obligación legal. Corresponde al legislador determinar detalladamente tales excepciones según el criterio de lo irrazonable. Para ello, deben existir cargas que exijan tal grado de sacrificio de los propios valores vitales que no pueda esperarse de la mujer».

Los juristas conocemos el peso que tiene el Derecho y la doctrina alemana en toda Europa e incluso más allá del continente europeo. También sabemos que el Derecho constitucional alemán, como consecuencia de la triste etapa nacionalsocialista, es particularmente garantista con la vida y los derechos fundamentales de todos. Esta doctrina ha ejercido un notable influjo en los demás países europeos, cuyos códigos penales han despenalizado el aborto en algunos casos (también con el sistema de plazos), pero ningún país había llegado a declarar la existencia de un derecho constitucional al aborto, y menos aún imponer el sistema de plazos como el único posible, impidiendo así al legislador la regulación de esta materia de un modo distinto. Se ha sustraído al legislador de su genuina competencia, a saber, la de poder legislar conforme a las circunstancias de cada momento histórico.

Es triste que España sea el único país del mundo que haya dado este paso (lo que para la doctrina alemana es ir «demasiado lejos»), dejando completamente desprotegido al nasciturus (cuya vida se deja, efectivamente, en un estado totalmente «hipotético o potencial» en las 14 primeras semanas), y a la mujer sola, sin apoyo y sin recursos, cuando, de tenerlos, es obvio que trataría de salvaguardar la incipiente vida humana. Pero más triste es que la mayoría de los políticos juzgue favorablemente el «derecho al aborto» consagrado en esa sentencia, y mire con desdén y animadversión a quienes defienden que el Derecho y el Estado jamás deberían de dejar a la intemperie a los más vulnerables.

Diez observaciones sobre la inteligencia artificial⁸⁹

El Debate de las Ideas



Lu Tolstova

A medida que se desarrolla la inteligencia artificial, los logros anteriores dejan de considerarse inteligencia artificial para convertirse en maquinaria estándar

Olivier Rey, Madrid 21/10/2023

1. Aparición

El término «inteligencia artificial» se empleó por primera vez en la década de 1950, con la aparición de los primeros ordenadores capaces de llevar a cabo ciertas tareas que hasta entonces sólo había podido realizar la inteligencia humana. El cálculo fue la primera facultad que se pudo transferir a una máquina. Esto explica que lo que llamamos ordenador haya conservado su nombre original de *computer*, es decir, «computador», «calculador». El cálculo automatizado fue el primer ejemplo de inteligencia artificial.

¿Por qué hoy en día ya no se considera que el cálculo forme parte de la inteligencia artificial? Estamos ante un ejemplo de lo que los anglosajones

⁸⁹ https://www.eldebate.com/cultura/20231021/diez-observaciones-sobre-inteligencia-artificial_147917.html

Publicado originalmente por Olivier Rey en La Nef.

llaman el «efecto IA»: a medida que se desarrolla la inteligencia artificial, los logros anteriores dejan de considerarse inteligencia artificial para convertirse en maquinaria estándar. Así ha ocurrido con el reconocimiento de caracteres, el reconocimiento de huellas dactilares, etc. En la práctica, pues, la inteligencia artificial se refiere a lo que las máquinas «inteligentes» justo empiezan a ser capaces de hacer.

2. Desvalorización de lo humano.

Cuando aparecieron por primera vez, las calculadoras electrónicas eran descritas como «cerebros electrónicos». Con el tiempo, al aumentar el rendimiento de estas máquinas, la metáfora se ha dado la vuelta: ahora ya no es el ordenador el que se compara con un cerebro, sino el cerebro el que se compara con un ordenador. El ser humano se considera ahora una **«máquina de tratamiento de la información»** más. Se habla hoy en día de «agente inteligente» para describir cualquier «sistema», ya sea natural o artificial, que interactúa con su entorno y extrae información de él, que utiliza para maximizar sus posibilidades de éxito en la consecución de los objetivos que persigue o que le han sido asignados. En este contexto, la inteligencia artificial se emancipa completamente del modelo humano del que en su día tomó su nombre. Por una parte, muchos aspectos de la inteligencia humana siguen siendo específicamente humanos. Por otro lado, las inteligencias artificiales son ahora capaces de prestaciones fuera del alcance de cualquier inteligencia humana. Aunque diseñadas por humanos, están dotadas de ciertas capacidades intelectivas verdaderamente sobrehumanas.

3. La carrera por el poder

Desde el siglo XIX, la tecnología es indispensable para tener poder. Por tecnología no me refiero a la tecnología en general, que es tan antigua como la humanidad, sino a esa parte muy reciente de la tecnología vinculada a las ciencias matemáticas de la naturaleza que surgieron en Europa a partir del siglo XVII, y que sin ellas habría sido inconcebible. Fue su superioridad tecnológica la que permitió a los occidentales dominar el mundo. En el umbral del siglo XX, Hwuy-Ung, un erudito chino exiliado en Australia, confesaba su admiración por lo que veía: «Los maravillosos inventos de este país y de las naciones occidentales nos son, en su mayor parte, desconocidos, y parecen increíbles». Estas maravillas, se preguntaba a continuación, ¿hacen más feliz a la gente? La respuesta no era evidente. Una cosa, sin embargo, estaba fuera de toda duda: los «maravillosos inventos» conferían un poder sin parangón. De ahí esta observación: «Quienes no siguen el movimiento marcado por las naciones más avanzadas se convierten en sus víctimas, tal y como estamos experimentando»

. Fue precisamente para superar la larga serie de humillaciones que se le infligieron, desde el estallido de la primera Guerra del Opio en 1839 hasta la invasión japonesa en 1937, que China se propuso, tras la **Segunda Guerra Mundial**, convertirse en una gran potencia tecnológica. Hoy en día, la inteligencia artificial se convierte en un componente decisivo de la tecnología, y si no quieres estar a merced de alguien más poderoso que tú, tienes que invertir en este campo.

4. Sobrevivir en la jungla digital

El poder no es el único problema. Desde que hay homo sapiens en la Tierra, hace unos **300.000 años**, estos homo sapiens han vivido la mayor parte de su vida en condiciones paleolíticas. Fue en esas condiciones bajo las que se desarrollaron las facultades de nuestra especie. Ni que decir tiene que entre esas facultades figura una extraordinaria capacidad de adaptación a nuevos entornos. Sin embargo, desde la **revolución industrial**, el entorno en el que una parte cada vez mayor de la humanidad está llamada a vivir ha cambiado tan rápidamente que en muchos aspectos nuestras facultades naturales, incluida nuestra inteligencia, se han visto sorprendidas. Si la inteligencia natural nos permitió orientarnos correctamente en el entorno natural, ahora conocido como biotopo, ahora necesitamos la inteligencia artificial para orientarnos correctamente en un entorno que es a su vez artificial, el **tecnotopo**. Y para ello el recurso a la inteligencia artificial es indispensable. Pensemos, por ejemplo, hasta qué punto no podríamos utilizar Internet sin motores de búsqueda que incorporen formas de inteligencia artificial.

5. La sociedad de control

Entre las amenazas que plantea el desarrollo sin freno de la inteligencia artificial, el mayor temor del público es sin duda el del control social a través de los innumerables datos digitales que ahora generan nuestras vidas. Al fin y al cabo, la palabra inteligencia se usa también para designar a los «**servicios de inteligencia**».

Sin embargo, una cosa está clara. Al rechazar masivamente el antiguo control social consistente en la inculcación de normas morales y en el descrédito que conllevaba su incumplimiento, al huir del control ejercido por la vecindad en las comunidades tradicionales, los adalides de la modernidad tardía han creído que era posible prescindir del control social. Pero una sociedad sin control social ya no es una sociedad, es el **caos**. Para protegerse del caos, hay que tomar cada vez más y más precauciones. Por ejemplo, los habitantes de las grandes ciudades se ven obligados a instalar códigos de acceso, interfonos y puertas blindadas. Cuanto más «abierta» se supone que es la sociedad, más tienen que

encerrarse sus miembros. En este sentido, la vigilancia automatizada y asistida por la inteligencia artificial que se vislumbra en el horizonte tiene todas las trazas de **Némesis**, la diosa griega que castigaba la hubris, el exceso de los seres que no respetaban los límites de su condición. El individuo que ha pretendido escapar a todo control ve cómo éste vuelve a él bajo otra forma.

6. El formateo permanente

Otro problema es que, bajo su aparente neutralidad, la máquina puede esconder sesgos, tanto más perniciosos cuanto que son difíciles de detectar. Un motor de búsqueda, por ejemplo, responde a las solicitudes que recibe con listas de respuestas, pero no sabemos los criterios bajo los que han sido elaboradas. Y además no queremos saberlo: utilizar buscadores no tendría sentido si tuviéramos que conocer los detalles de la propia búsqueda. Pero por eso mismo estamos totalmente sujetos a los sesgos que incluyen, sean o no intencionados. Quien nos guía también puede extraviarnos; quien nos informa también puede manipularnos. Algunos académicos sometieron a **ChatGPT** a un cuestionario de posicionamiento político. Los resultados muestran que el **chatbot** de OpenAI «tiene el perfil de un californiano liberal y pragmático de la corriente dominante», muy a favor del multiculturalismo, la acogida de inmigrantes y los derechos de las minorías, y que si estuviera inscrito para votar en Francia probablemente votaría a **Macron** o **Mélenchon**. Que cada cual deduzca cuáles son los efectos de una vida en simbiosis con ChatGPT.

7. La acedia que acecha

Se suponía que el desarrollo de la informática nos iba a librar de las tareas rutinarias. Pero la realidad es que la informática «extiende la rutina de sus procedimientos por todas partes». Es de temer que la inteligencia artificial no haga sino intensificar ese proceso hasta la náusea. Trabajadores que se vuelcan en su trabajo cuando las tareas que tienen que realizar exigen todas sus facultades, ya no saben qué sentido dar a su trabajo cuando se convierten en meros operadores de máquinas que hacen la parte «**inteligente**» del trabajo por ellos. Al tomarnos menos molestias, puede que también encontremos menos bien en nuestra actividad.

8. La atrofia moral

Al hablar constantemente de inteligencia artificial, al utilizarla cada vez más y maravillarnos de sus proezas, nos estamos acostumbrando a hacer de la inteligencia artificial el paradigma de la inteligencia, al tiempo que devaluamos las características esenciales de la inteligencia humana y dejamos de cultivarlas. Hace mucho tiempo, Dios se apareció en sueños al rey Salomón y le dijo: «**Pídeme lo que quieras que te conceda**». Salomón respondió: «Da a tu siervo

un corazón inteligente para gobernar a tu pueblo, para discernir entre el bien y el mal». (1R 3, 5-9). La primera característica de la inteligencia, aquí, consiste en discernir entre el bien y el mal. Ésta es la inteligencia de la que hace gala Salomón cuando imparte justicia. Si nos acostumbramos a ver en la inteligencia artificial el modelo de la inteligencia, corremos el riesgo de dejar el corazón sin inteligencia.

Algunos replicarán que es posible incluir consideraciones morales entre los criterios que tiene en cuenta la inteligencia artificial en su funcionamiento. En ese caso, sin embargo, sería como si la **reflexión moral** se hubiera realizado de una vez por todas, antes de ser delegada a la máquina. Una facultad que no se utiliza constantemente se marchita. De ahí la atrofia moral.

9. La atrofia intelectual

La inteligencia artificial es un producto de la tecnología, que a su vez está intrínsecamente ligada al desarrollo de la ciencia moderna y de las ciencias matemáticas de la naturaleza. El objetivo de estas ciencias era hacernos comprensible el mundo, aumentando al mismo tiempo nuestra capacidad para actuar sobre él, según la ecuación baconiana de **conocimiento = poder**. ¿Qué está ocurriendo hoy en día?

El poder que hemos adquirido sobre el mundo nos ha llevado a transformarlo hasta tal punto que el mundo resultante de esta transformación se ha vuelto, en algunos aspectos, más opaco para nosotros de lo que era la antigua naturaleza. Nuestras **facultades naturales** se ven superadas. Por eso necesitamos cada vez más la inteligencia artificial para orientarnos en él y, sencillamente, para vivir en él. Pero el tipo de inteligencia artificial realmente interesante es el que produce resultados, no sólo más rápidos y mejores de lo que seríamos capaces de hacer sin ella, sino resultados que van más allá de nuestra comprensión. La inteligencia artificial no puede pues considerarse una simple herramienta de ayuda a la decisión: en la medida en que la génesis de las indicaciones que nos da escapa a nuestro control, nos vemos abocados a referirnos simplemente a esas indicaciones, lo que significa, a fin de cuentas, que la herramienta de decisión decide por nosotros o, más exactamente, que nuestra decisión se reduce a decidir el uso de la herramienta. En este caso, la herramienta no es tanto un aumento de nuestras capacidades como una delegación completa de nuestro poder en una opaca herramienta. En consecuencia, nuestra inteligencia, que ha hecho posible la creación de estos extraordinarios sistemas de inteligencia artificial, se encuentra como forzada a estar de vacaciones por culpa de ellos; y, a fuerza de estar de vacaciones, pierde el **hábito de trabajar**, e incluso la capacidad de trabajar. La pérdida de control no está vinculada, como en algunas

distopías, a que las máquinas inteligentes se vuelvan maliciosas hacia los humanos y traten de esclavizarlos o eliminarlos, sino al hecho de que, al depender constantemente de ellas, nos volvemos incapaces y enfermos.

A fuerza de pasar horas en el sofá jugando a videojuegos, los adolescentes de los países desarrollados han visto disminuir su capacidad física en una cuarta parte en las últimas cuatro décadas. El coeficiente intelectual medio también ha descendido en los últimos veinte años. Muchos factores están contribuyendo a este fenómeno, pero al menos una parte tiene que ver con la delegación en las máquinas de un número cada vez mayor de tareas que antes requerían nuestra inteligencia. A finales de los años 60, **Louis Aragon** era muy consciente de este proceso. «**El progreso que me priva de una función me lleva poco a poco a perder el órgano.** Cuanto mayor sea el ingenio del hombre, más se verá privado de las herramientas fisiológicas propias del ingenio. Sus esclavos de hierro y alambre alcanzarán una perfección que el hombre de carne jamás ha conocido, mientras que éste volverá progresivamente a la ameba. Se olvidará de sí mismo»

10. Pollitos online

Cuando era niño, una adivinanza de patio de recreo preguntaba: ¿qué es pequeño, amarillo y da mucho miedo? La respuesta era: un pollito con una ametralladora. Hoy podríamos preguntar: **¿qué es pequeño, amarillo y se cree el señor de la creación?** Un pollito online. Inmaduros online, en eso nos estamos convirtiendo. Si la electricidad deja de llegar a los enchufes, si no podemos recargar las baterías, si nuestras raíces terrestres y celestes se atrofian, no serán sólo nuestros aparatos los que se apagarán, seremos nosotros mismos los que seremos aniquilados.

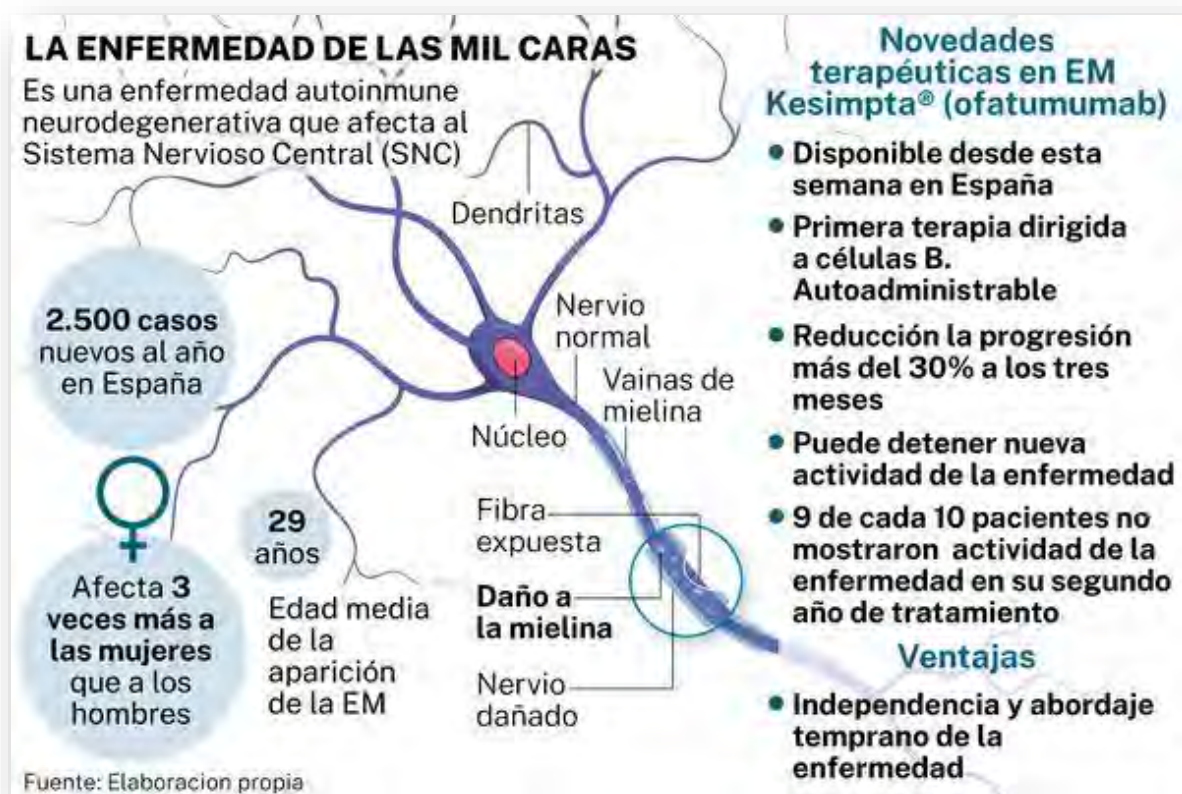
Ver también:

Así es como la inteligencia artificial puede implantar recuerdos en la población

https://www.larazon.es/ciencia/asi-como-puede-implantar-recuerdos-poblacion_202310226534cd8ea1cbe000017a4682.html

Estos nuevos hitos terapéuticos acorralan a la esclerosis múltiple⁹⁰

La llegada a España de la única y primera terapia de muy alta eficacia autoadministrable es la punta de lanza de la carrera farmacéutica contra esta enfermedad neurológica



Esta semana ha llegado a España una importante novedad terapéutica para los afectados por esclerosis múltiple FOTO: TERESA GALLARDO

RAQUEL BONILLA, 06-11-2022

Dicen de ella que es **la enfermedad de las mil caras** y, aunque se trata de una definición muy manida, lo cierto es que esta etiqueta refleja a la perfección la peculiaridad de la **esclerosis múltiple (EM)**. Convertida en la **patología inflamatoria crónica más frecuente del sistema nervioso central**, su carácter autoinmune hace que algunos componentes del sistema inmunológico atraviesen la barrera hematoencefálica, provocando **inflamación y la desmielinización del cerebro y de la médula espinal**. Las consecuencias de ello son tan heterogéneas como el número de pacientes que la sufren (se estima

⁹⁰ <https://www.larazon.es/salud/20221106/56tpolpvtjg2fkfa7xfqw6fyfq.html>

que en España hay más de 55.000 personas y cada año se producen unos 1.800 nuevos diagnósticos), hasta el punto de que **puede manifestarse de forma muy variada y en diferentes grados de intensidad, desde pérdida de visión hasta entumecimiento o fatiga, pasando por alteraciones cognitivas o problemas de equilibrio.**

En este escenario, tal y como ocurre con otras patologías, actuar a tiempo resulta crucial. Golpear pronto y hacerlo fuerte es la regla de oro para que la EM quede noqueada. Y eso es precisamente lo que logra la **última gran novedad de la industria farmacéutica que ya es una realidad para todos los pacientes de nuestro país desde esta semana, después de que el Ministerio de Sanidad haya aprobado la financiación en el Sistema Nacional de Salud de Kesimpta® (ofatumumab), de Novartis, para el tratamiento de pacientes adultos con formas recurrentes de EM.** «La gran novedad de esta reciente incorporación es que se trata de la **primera terapia dirigida a células B, autoadministrable con dosificación precisa, que ha demostrado una eficacia superior en la reducción del riesgo de brotes** comparado con la teriflunomida, un tratamiento de primera línea en EM que ya de por sí es bastante eficaz», asegura el doctor **Xavier Montalbán**, director del **Centro de Esclerosis Múltiple de Cataluña (Cemcat)**⁹¹ y jefe de Neurología del Hospital Valle de Hebrón de Barcelona⁹².

Enlentecer el deterioro

Son varias las novedades que convierten a este nuevo fármaco en un hito de la industria farmacéutica que empodera a los pacientes. «Por un lado, **destaca su muy alta eficacia, pero sobre todo, la posibilidad de lograr esa efectividad desde el principio, es decir, en las fases precoces de la enfermedad, aunque no existan brotes o síntomas graves.** Este hecho cambia el abordaje de la **patología**, pues, hasta ahora, solo podíamos emplear este tipo de tratamientos en quienes ya estaban enfermos, mientras que ya es posible usarlo en personas recién diagnosticadas y en las que la EM apenas se ha manifestado. Nos hemos dado cuenta de que **el tiempo es cerebro y cuanto antes actuemos, mayor posibilidad tenemos de que no aparezcan lesiones que, a largo plazo, implican una discapacidad.** Esto cambia las reglas del juego porque es **capaz de enlentecer la enfermedad desde el principio, lo que se traduce en mayor calidad de vida durante muchos más años**», explica la doctora **Celia Oreja-Guevara**, jefa de Sección del servicio de Neurología del Hospital

⁹¹ <https://www.cem-cat.org/>

⁹² <https://www.vallhebron.com/es>

Universitario Clínico San Carlos de Madrid⁹³ y coordinadora del CSUR de Esclerosis Múltiple.



Esclerosis múltiple FOTO: TERESA GALLARDO

La otra gran innovación de este tratamiento es su forma de aplicación, ya que «se trata del primer anticuerpo monoclonal para la EM que se autoinyecta una vez al mes y en casa, es decir, sin necesidad de ir al hospital porque no tiene efectos adversos y no produce reacciones alérgicas, por lo que no es necesario tomar corticoides ni antihistamínicos de forma preventiva», detalla la doctora Oreja-Guevara, quien destaca que «su aplicación resulta fácil y muy cómoda gracias a que se realiza con una pluma “inteligente” muy innovadora que, al acercarse a la piel, saca la aguja sin apretar, por lo que reduce el miedo al pinchazo». Esa comodidad implica, además, «una gran independencia, algo clave teniendo en cuenta que son pacientes muy jóvenes y en edad laboral», añade el doctor Montalbán.

⁹³ <https://www.comunidad.madrid/hospital/clinicosanCarlos/profesionales/servicios-medicos/neurologia>

Mayor eficacia y efectividad

Aprovechando lo que se conoce como «ventana terapéutica», es decir, el tiempo en el que se puede usar un fármaco sin provocar efectos colaterales, la respuesta de este nuevo medicamento resulta rotunda: **«Kesimpta® demostró una reducción de la tasa anualizada de brotes de más del 50% en comparación con la teriflunomida y logró una reducción del riesgo relativo de la progresión confirmada de la discapacidad de más del 30% a los tres meses.** Y estos datos se han confirmado a medio plazo, ya que casi nueve de cada diez pacientes no mostraron evidencia de actividad de la enfermedad en su segundo año de tratamiento», detalla la doctora Oreja-Guevara.

La investigación en EM resulta tan fructífera que en las últimas dos décadas se ha pasado de apenas tener opciones terapéuticas para los pacientes más graves **a disponer de más de una quincena de alternativas eficaces para los afectados que acorralan a la enfermedad.** Y lo que está por llegar resulta de lo más prometedor, tal y como ha demostrado el último **Congreso del Comité Europeo de Tratamiento e Investigación en Esclerosis Múltiple (Ectrim), celebrado la semana pasada en Ámsterdam**⁹⁴.

«Lo más interesante de esta última cita es que **se ha puesto sobre la mesa un nuevo concepto denominado PIRA, que es la progresión de la enfermedad independiente de los brotes.** Esto es clave porque nos obliga a tratar esa progresión a la que antes no se le prestaba atención y que ahora puede verse con las nuevas técnicas de resonancia magnética. Además, **nos lleva a pensar que esa progresión silenciosa está relacionada con las microglías** (células del sistema nervioso central que funcionan como elementos del sistema inmunológico), **lo que abre una puerta a nuevos tratamientos. Por ahí va el futuro del abordaje de la enfermedad, aunque espero que en menos de una década podamos estar hablando de tratamientos que reparen la amilina, pues eso significaría curar la enfermedad**», avanza la doctora Oreja-Guevara.

⁹⁴ <https://2022.ectrims-congress.eu/>

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos está construyendo un «Derecho a Morir»⁹⁵



El Tribunal Europeo de Derechos Humanos se prepara para juzgar un caso relativo a la eutanasia el 28 de noviembre. La institución europea lo va a usar como excusa para hacer valer nuevos derechos, a expensas del bien común.

Grégor Puppinck/Gènéthique, 9/12/23

Grégor Puppinck doctor en derecho y director del Centro Europeo para el Derecho y la Justicia del Centro Europeo para la Ley y la Justicia⁹⁶ (ECLJ), una fundación que apoya los casos que se dirimen en los tribunales internacionales.

En un reciente artículo de Gènéthique⁹⁷ (publicado por BioeticaWeb⁹⁸) describe el recorrido de los «nuevos derechos» en las instancias europeas, en este caso un inventado «derecho a morir».

⁹⁵ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=48181>

⁹⁶ <https://eclj.org/>

⁹⁷ <https://www.genethique.org/comment-la-cour-europeenne-des-droits-de-lhomme-est-en-train-de-construire-un-droit-a-mourir/>

⁹⁸ <https://www.bioeticaweb.com/>

Dice Puppink. ¿Me atrevo a escribirlo? Hace diez años, un antiguo abogado del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) me mostró una hoja de papel que presentaba las etapas recorridas por la jurisprudencia de este Tribunal sobre la eutanasia⁹⁹. La hoja también mostraba las etapas futuras que conducirían al reconocimiento progresivo, sentencia tras sentencia, de un derecho humano a la muerte voluntaria, es decir, al suicidio asistido y a la eutanasia. Cada etapa, pasada y futura, en la construcción de este «derecho» se indicaba claramente en una «línea de tiempo». Por supuesto, sólo las etapas pasadas estaban asociadas a referencias jurisprudenciales. Se trataba claramente de un documento jurídico estratégico. Aunque se presentaba como auténtico, no puedo confirmarlo ni probarlo, y mi informante no me permitió hacer una copia.

Sea como fuere, el documento me asombró, hasta el punto de que me propuse verificar su exactitud. Esto me llevó a la publicación de un estudio en el que, efectivamente, se constataba y exponía cómo el TEDH iba construyendo paso a paso un derecho a la muerte voluntaria.

Este estudio describe una ingeniosa construcción jurisprudencial que, mediante citas ambiguas, erige en el vacío un «derecho» que no sólo está ausente del Convenio Europeo de Derechos Humanos¹⁰⁰, sino que es contrario a su letra y a la intención de sus redactores. Adoptado poco después de la Segunda Guerra Mundial, el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos establece claramente el principio de que «nadie podrá ser privado de la vida intencionadamente». No prevé ninguna excepción en caso de consentimiento de la persona asesinada (véase *«Excepción de la eutanasia»: «un concepto virtual» para «entreabrir la puerta»*¹⁰¹).

Sin embargo, este principio fundamental no ha impedido al Tribunal construir tal derecho a recibir la muerte por deslices sucesivos. Lo ha hecho trasladando la cuestión de la muerte voluntaria del ámbito del artículo 2 al del famoso artículo 8 del Convenio. Inicialmente concebido para proteger la vida privada y familiar, este artículo es interpretado ampliamente por el Tribunal para afirmar nuevos derechos o impedir la expulsión de extranjeros. El método es sencillo: basta con que el Tribunal incluya una situación o práctica en el ámbito de la vida privada o familiar para obligar a los Estados a justificar sus legislaciones y decisiones restrictivas en este ámbito. Denunciando esta actitud del Tribunal, el antiguo juez Küris llegó a escribir que el artículo 8 se había transformado en un «artículo ∞», tan infinito se había vuelto su ámbito de aplicación.

⁹⁹ <https://www.bioeticawiki.com/Eutanasia>

¹⁰⁰ <https://www.bioeticaweb.com/carta-de-los-derechos-fundamentales-de-la-union-europea/>

¹⁰¹ <https://www.genethique.org/exception-deuthanasie-un-concept-virtuel-pour-entrouvrir-la-porte/>

Una concepción individual y relativa de la dignidad

Inicialmente, el Tribunal Europeo se pronunció sobre una serie de solicitudes de personas que pedían el derecho a morir. En los casos Pretty, Haas, Koch y Gross, resueltos entre 2002 y 2013, los solicitantes estaban enfermos, discapacitados o simplemente cansados de vivir. El Tribunal dictaminó entonces que la petición de morir tenía fundamento en el artículo 8 del Convenio, y que los Estados debían justificar caso por caso su negativa a suministrar venenos a los solicitantes; el artículo 2 solo les obligaba a limitar los riesgos de abuso, para evitar que un individuo «ponga fin a su vida si su decisión no es libre e informada».

Adoptando una cita de un tribunal suizo, el Tribunal pasó a reconocer «*el derecho de un individuo a decidir cómo y cuándo debe terminar su vida, siempre que pueda formar libremente su voluntad al respecto y actuar en consecuencia*». El Tribunal se refiere por tanto al suicidio asistido (cf. *Euthanasie ou suicide assisté* : « *une brèche dans un rempart de sagesse* »¹⁰²) y sitúa en la base de este derecho una **nueva concepción de la dignidad**. Este concepto, individual y relativo, **sustituye al de dignidad humana «inherente»**, y por tanto universal y absoluta (cf. *La dignité est « inconditionnelle »*¹⁰³), que sustentaba los derechos humanos de la posguerra.

En pocas palabras, el TEDH ha cambiado su concepción de la dignidad por la de los promotores del «derecho a morir dignamente» y la asociación **Dignitas**. Esta opción filosófica tiene consecuencias fundamentales para la interpretación de los derechos y libertades, más allá de la cuestión de la eutanasia. **Según este punto de vista, el respeto de los deseos individuales prevalece sobre las prohibiciones morales basadas en la dignidad humana, en particular la prohibición de matar.**

Eutanasia considerada compatible con la Convención

Una vez sentadas estas bases, y a medida que la práctica de la eutanasia se extendía por Europa, había llegado el momento de dar un nuevo paso decisivo: dejar claro que la eutanasia, es decir, el hecho de infligir voluntariamente la muerte a un tercero no es contrario al principio según el cual «*la muerte no puede ser infligida a nadie intencionalmente*» contenido en el artículo 2 del Convenio Europeo.

Esto es lo que hizo el TEDH en 2022 en el caso Mortier contra Bélgica (cf. *La CEDH donne son feu vert à l'euthanasie*¹⁰⁴). Para ello, extrapoló la

¹⁰² <https://www.genethique.org/euthanasie-ou-suicide-assiste-une-breche-dans-un-rempart-de-sagesse/>

¹⁰³ <https://www.genethique.org/la-dignite-est-inconditionnelle/>

¹⁰⁴ <https://www.genethique.org/la-cedh-donne-son-feu-vert-a-leuthanasie/>

jurisprudencia anterior, reafirmando el «*derecho de un individuo a decidir cómo y cuándo debe terminar su vida*». Pero de forma truncada, sin citar el resto de la frase que especifica las condiciones impuestas a este derecho, a saber «*siempre que [el individuo] es capaz de formar libremente su voluntad a este respecto y actuar en consecuencia*».

La mención inicial de «*capacidad de actuar en consecuencia*» estaba dirigida al suicidio asistido y excluía claramente la eutanasia. La Corte también utilizó su aceptación del aborto para justificar su aceptación de la eutanasia. Un juez, el chipriota Georgios Serghides, impugnó firmemente esta sentencia, recordando al margen que «*cualquier forma de eutanasia o marco legislativo que rodee tal práctica no sólo carecería de fundamento jurídico, con respecto al Convenio, pero también sería contrario al derecho fundamental del Convenio que constituye el derecho a la vida*».

Ahora que el suicidio asistido y la eutanasia se consideran compatibles con la Convención, todo lo que queda es que la Corte continúe con su razonamiento para afirmar la existencia de un **derecho a morir en virtud de la Convención**. El siguiente paso podría darse en un caso contra Hungría (Karsai contra Hungría), un país que nadie quiere defender. Lo que está en juego es la imposibilidad de que una persona gravemente enferma se someta a la eutanasia o al suicidio asistido debido a la prohibición penal de estas prácticas. Prueba de la importancia y cobertura mediática que la Corte desea darle a este caso, el cual será juzgado en audiencia pública el próximo 28 de noviembre. Esto sólo sucede en una pequeña minoría de casos.

«Apoyar y doblegar el proceso legislativo nacional»

Los siguientes casos ya están listos y esperando. Hay toda una serie presentada por 34 demandantes en casos contra Francia (cf. *Suicide assisté : nouvelle offensive de Dignitas devant la CEDH*¹⁰⁵). Estos demandantes, la mayoría de los cuales son miembros de la asociación *Dignitas*, invocan la jurisprudencia del TEDH contra Francia, para **obligarla a avanzar en el proceso del reconocimiento del derecho a la eutanasia** (cf. *Suicide assisté : nouveaux échecs judiciaires pour Dignitas*¹⁰⁶) y así obligar el reconocimiento del derecho a la eutanasia. Es una forma de apoyar y doblegar el proceso legislativo nacional.

Al final, el documento que presentaron hace diez años resultó ser correcto. Esto no es sorprendente, porque está en la naturaleza del Tribunal Europeo querer siempre ampliar su alcance, tratar de hacer valer nuevos derechos como

¹⁰⁵ <https://www.genethique.org/suicide-assiste-nouvelle-offensive-de-dignitas-devant-la-cedh/>

¹⁰⁶ <https://www.genethique.org/suicide-assiste-nouveaux-echecs-judiciaires-pour-dignitas/>

conquistas de la libertad individual a expensas de concepciones «pasadas» de la moralidad y del bien común. Deesde este punto de vista, el hecho de que la aceptación de la eutanasia sea contraria a la letra de la Convención y a la intención original de los Estados no es un obstáculo insalvable, porque el **rigor jurídico deja paso al imperativo del «progreso de los derechos humanos»**.

La Asociación Médica Mundial rechaza de nuevo la eutanasia: «La sedación no debe usarse para matar»¹⁰⁷

La AMM ha emitido un comunicado en el que se opone a la eutanasia y pide a los estados



desarrollar los cuidados paliativos.

J.C., 28 octubre 2022

La Asociación Médica Mundial¹⁰⁸ (AMM) ha emitido un comunicado¹⁰⁹ en el que vuelve a mostrar su **rechazo a la eutanasia**¹¹⁰ y al suicidio asistido¹¹¹, dos **prácticas legalizadas recientemente en España pero contrarias a la ética médica internacional**.

Con el título "Declaración de Venecia sobre la atención médica al final de la vida, Berlín, octubre 2022" la AMM solicita una atención **éticamente apropiada** que promueva la autonomía del paciente, y que **respete sus valores** y los de sus familias.

¹⁰⁷ https://www.religionenlibertad.com/ciencia_y_fe/987397500/asociacion-medica-mundial-rechaza-eutanasia-sedacion-no-usarse-matar.html

¹⁰⁸ <https://www.wma.net/es/>

¹⁰⁹ <https://oneofus.eu/es/la-asociacion-medica-mundial-rechaza-de-nuevo-la-eutanasia-y-el-suicidio-asistido/> ; <https://andoc.es/wp-content/uploads/2022/10/declaracion-de-venecia-actualizada-Berlin.pdf>

¹¹⁰ <https://www.religionenlibertad.com/secciones/1/41/tag/eutanasia.html>

¹¹¹ <https://www.religionenlibertad.com/secciones/1/82/tag/suicidio-asistido.html>

"La AMM se mantiene firmemente **opuesta a la eutanasia** y al suicidio con ayuda médica, como se estipula en la Declaración de la AMM sobre Eutanasia y suicidio con ayuda médica", comienza diciendo la asociación.

Dignidad del paciente

La AMM señala la importancia de los cuidados **al final de la vida** de las personas. "Las asociaciones médicas nacionales deben oponerse a las leyes o reglamentaciones que impiden indebidamente que los médicos **brinden un tratamiento** intensivo y clínicamente adecuado de los síntomas de los pacientes al final de la vida de acuerdo con las mejores prácticas reconocidas", explica.



La AMM pide una atención "éticamente apropiada" con los pacientes antes de morir.

En este sentido, denuncia la sedación como método para acabar con la vida. "La sedación para la inconsciencia **nunca debe usarse** para causar intencionalmente la muerte de un paciente y debe restringirse a pacientes en las etapas finales de una enfermedad terminal. Se deben hacer todos los esfuerzos posibles para **obtener el consentimiento** del paciente o de los sustitutos del paciente", afirma.

Para la AMM los cuidados paliativos son algo indispensable que se debe fomentar. "Los cuidados paliativos al final de la vida son parte de una **buena atención médica**. (...) Su objetivo es mantener la **dignidad del paciente** y la ausencia de síntomas angustiantes", apunta.

Cuidados paliativos

Por ello exige a los estados medidas concretas. "Se **insta a los gobiernos** y las instituciones de investigación a **invertir recursos** adicionales en el desarrollo de tratamientos para mejorar la atención al final de la vida", relata el comunicado.

Para terminar, la AMM recuerda el deber de los médicos cuando un paciente desea la **eutanasia**. "Si un paciente indica el deseo de morir o expresa pensamientos suicidas, el médico tiene el **deber de entablar conversaciones** abiertas y confidenciales con el paciente para comprender los motivos y el razonamiento detrás de estos pensamientos", concluye.

En este vídeo puedes ver los peligros de la nueva Ley de Eutanasia en España.

En junio de 2022 ya se había acabado en España con la vida de **171 personas**, desde que ese aprobó la Ley de Eutanasia. Una norma que **vulnera** todos los códigos deontológicos de las asociaciones médicas españolas y mundiales. Países como Portugal, Colombia o Uruguay están coqueteando con aprobar este tipo de leyes contrarias a la vida.

DECLARACION DE VENECIA DE LA AMM SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA

*Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983
y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica,
octubre 2006 y por la 73ª Asamblea General de la AMM, Berlín, Alemania,
octubre de 2022¹¹²*

INTRODUCCION

Cuando un paciente está grave y no es posible restaurar su salud, con frecuencia el médico y el paciente se ven enfrentados a un conjunto de decisiones complejas relativas a los tratamientos médicos.

El final de la vida debe ser reconocido y respetado como una parte importante en la vida de una persona.

Los avances en la ciencia médica han aumentado la capacidad de los médicos para abordar varios asuntos relacionados con el final de la vida. Aunque la prioridad de la investigación para curar las enfermedades no debe verse comprometida, se debe poner más atención a crear tratamientos paliativos y la evaluación y la respuesta a los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales una enfermedad terminal y otras condiciones al final de la vida.

La AMM se mantiene firmemente opuesta a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica, como se estipula en la Declaración de la AMM sobre Eutanasia y suicidio con ayuda médica.

La atención éticamente apropiada al final de la vida debe promover de manera rutinaria la autonomía del paciente y la toma de decisiones compartida, y ser respetuoso de los valores del paciente, su familia o allegados y representante(s). La AMM reconoce que las actitudes y creencias hacia la muerte y el morir varían ampliamente de una cultura a otra y entre las diferentes religiones, y los recursos de cuidados paliativos se distribuyen de manera desigual. El enfoque de la atención médica al final de la vida se verá influido significativamente por estos factores y, por lo tanto, intentar elaborar pautas universales detalladas

¹¹² <https://andoc.es/wp-content/uploads/2022/10/declaracion-de-venecia-actualizada-Berlin.pdf>

sobre la atención terminal no es práctico ni inteligente. Por lo tanto, la AMM articula lo siguiente:

RECOMENDACIONES

Manejo del dolor y de los síntomas

1. Los cuidados paliativos al final de la vida son parte de una buena atención médica. El objetivo de los cuidados paliativos es mantener la dignidad del paciente y la ausencia de síntomas angustiantes. Los planes de atención deben hacer hincapié en mantener al paciente lo más cómodo posible y controlar el dolor del paciente, al mismo tiempo que se reconoce la importancia de la atención a las necesidades sociales, psicológicas y espirituales del paciente, su familia y sus allegados.
2. El manejo clínico del dolor en los pacientes terminales es de mucha importancia para el alivio del sufrimiento. La Resolución de la AMM sobre el Acceso a un tratamiento adecuado del dolor (2020) presenta recomendaciones para los médicos y gobiernos que optimizan el tratamiento del dolor y otros síntomas angustiantes. Los médicos y las asociaciones médicas nacionales deben hacer una promoción para difundir y compartir la información sobre el manejo del dolor, a fin de asegurarse que todos los médicos involucrados en la atención terminal tengan acceso a las mejores normas de práctica y a los tratamientos y métodos más corrientes disponibles. Las asociaciones médicas nacionales deben oponerse a las leyes o reglamentaciones que impiden indebidamente que los médicos brinden un tratamiento intensivo y clínicamente adecuado de los síntomas de los pacientes al final de la vida de acuerdo con las mejores prácticas reconocidas.
3. Cuando un paciente con una enfermedad terminal experimenta un dolor intenso u otros síntomas clínicos angustiantes que no responden a un tratamiento paliativo intensivo y específico de los síntomas, puede ser apropiado ofrecer sedación a la inconsciencia como una intervención de último recurso. La sedación para la inconsciencia nunca debe usarse para causar intencionalmente la muerte de un paciente y debe restringirse a pacientes en las etapas finales de una enfermedad terminal. Se deben hacer todos los esfuerzos posibles para obtener el consentimiento del paciente o de los sustitutos del paciente.
4. Los cuidados paliativos suelen ser proporcionados por equipos multidisciplinarios, de equipos sanitarios. Cuando sea posible, el médico debe ser el líder del equipo, siendo responsable, entre otras obligaciones, de los

planes de diagnóstico y tratamiento médico. Un registro médico cuidadosamente mantenido es de suma importancia. La justificación de todas las intervenciones para el manejo de los síntomas, incluidos los fármacos para aliviar el dolor, debe documentarse en el registro médico, incluido el grado y la duración de la sedación y las expectativas específicas para continuar, retirar o retener futuros tratamientos de soporte vital.

5. El equipo de atención médica debe promover la atención colaborativa del paciente y brindar apoyo para el duelo después de la muerte del paciente. Las necesidades de los niños y las familias o de los allegados pueden requerir especial atención y competencia, tanto cuando los niños son pacientes como cuando dependen de los pacientes.

Educación e investigación

6. La educación de los profesionales de la salud debe incluir la enseñanza de la atención médica de la enfermedad terminal. Cuando no exista, se debe considerar la creación de la medicina paliativa como una especialidad médica. En los países donde la medicina paliativa no es una especialidad reconocida, la formación de postgrado en medicina paliativa no obstante puede mejorar la calidad de los cuidados paliativos que se proporcionan.

7. La educación médica debe ayudar a desarrollar las habilidades necesarias para aumentar la prevalencia y la calidad de una planificación significativa de la atención anticipada del paciente para los pacientes con enfermedades potencialmente mortales y el derecho de los pacientes a utilizar directivas anticipadas por escrito que describan sus deseos y objetivos con respecto a la atención en caso de que no puedan comunicarse. Los médicos deben recibir educación para instar a sus pacientes a documentar formalmente sus metas, valores y preferencias de tratamiento y a designar un sustituto para tomar decisiones de atención médica con quien el paciente pueda discutir por adelantado sus valores con respecto a la atención médica y el tratamiento.

8. Se insta a los gobiernos y las instituciones de investigación a invertir recursos adicionales en el desarrollo de tratamientos para mejorar la atención al final de la vida. Esto incluye, entre otros, el apoyo a la investigación sobre atención médica general, tratamientos específicos, implicaciones psicológicas y organización para mejorar la atención al final de la vida.

9. Cuando utilice tratamientos, el médico debe considerar cuidadosamente el equilibrio entre los beneficios previstos para el paciente y el daño potencial. Las asociaciones médicas nacionales deben apoyar la elaboración de pautas de tratamiento paliativo.

10. El médico también debe comunicar al paciente la voluntad de discutir en cualquier momento el curso natural de la enfermedad y qué esperar durante el proceso de muerte, al tiempo que proporciona orientación sobre tratamientos y alternativas que podrían aliviar el sufrimiento del paciente, incluidos los cuidados paliativos o la psicoterapia. Si un paciente indica el deseo de morir o expresa pensamientos suicidas, el médico tiene el deber de entablar conversaciones abiertas y confidenciales con el paciente para comprender los motivos y el razonamiento detrás de estos pensamientos.

11. Los médicos deben ayudar al paciente moribundo a mantener una calidad de vida óptima al controlar los síntomas y satisfacer las necesidades psicológicas y espirituales permitir que el paciente muera con dignidad y tranquilidad. Los médicos deben informar a los pacientes sobre la disponibilidad, los beneficios y otros aspectos de los cuidados paliativos. Las conversaciones sobre las preferencias de los pacientes deben iniciarse temprano, ofrecerse de forma rutinaria a todos los pacientes y deben revisarse regularmente para explorar cualquier cambio que los pacientes puedan tener en sus deseos, especialmente a medida que cambia su condición clínica. La información y comunicación entre el paciente, su familia o allegados, los sustitutos y los miembros del equipo de salud son uno de los pilares fundamentales de la atención de calidad al final de la vida

12. El médico debe tratar de identificar, comprender y atender las necesidades psicológicas y espirituales de sus pacientes, especialmente las relativas a los síntomas físicos del paciente. El médico debe tratar de asegurarse que los recursos psicológicos, sociales y espirituales estén disponibles para los pacientes, sus familias y allegados, a fin de ayudarlos a tratar la ansiedad, el miedo y la pena asociadas a la enfermedad terminal.

13. Los médicos deben instar a los pacientes a designar un representante/sustitutos que tome las decisiones que no están expresadas en la voluntad anticipada. En particular, el médico debe abordar los deseos del paciente con respecto a las intervenciones para mantenerlos en vida y también las medidas paliativas que puedan tener el efecto adicional de acelerar la muerte. Debido a que las directivas anticipadas documentadas a veces no están disponibles en situaciones de emergencia, los médicos deben enfatizar a los pacientes la importancia de discutir las preferencias de tratamiento con personas que probablemente actúen como sustitutos en la toma de decisiones de atención médica. Cuando sea posible y lo haya consentido el paciente, se debe incluir al representante/sustituto que toma las decisiones por el paciente en estas conversaciones.

14. Si el paciente tiene la capacidad de tomar decisiones, se debe respetar su derecho autónomo a rechazar cualquier tratamiento o intervención, incluso si la vida del paciente puede acortarse. Los médicos deben asegurarse de que el paciente sea tratado adecuadamente para el dolor y los malestares antes de obtener el consentimiento para la atención al final de la vida, a fin de asegurarse que el sufrimiento físico y mental innecesario no interfiera con la toma de decisiones. La legislación sobre la capacidad de toma de decisiones en los pacientes menores de edad varía mucho, pero se alientan las conversaciones con la familia y el niño, si es posible.

15. Cuando el paciente muera, el médico puede aplicar medios necesarios para mantener viables los órganos para trasplantes, siempre que proceda de acuerdo con las normas éticas establecidas en la Declaración de Sídney de la AMM sobre la Certificación de la muerte y la recuperación de órganos. Además, todo trasplante debe estar en acuerdo con los principios estipulados en la Declaración de la AMM sobre Donación de órganos y tejidos.

Formación ética y bioética en universidades: abordando los desafíos emergentes en la educación y la práctica profesional¹¹³

La formación ética y bioética es esencial para la educación de los futuros profesionales, fortalece la toma de decisiones fundamentadas, y fomenta la conciencia para enfrentar desafíos y contribuir al bienestar integral de la sociedad.

23 de agosto, 2023

Por: **Juan Manuel Palomares Cantero**¹¹⁴

La **formación bioética en las universidades** se ha vuelto fundamental en la educación debido a los **desafíos éticos en el campo de la biomedicina y la salud**. En este artículo exploraremos la importancia de la formación bioética en las universidades y cómo se relaciona con la misión educativa de estas instituciones. Para respaldar nuestra reflexión nos basaremos en los planteamientos de José Ortega y Gasset, José Manuel García Ramos y Javier Hervada, quienes han reflexionado sobre la ética y la formación moral en la educación. A través de sus ideas, examinaremos los fundamentos filosóficos de la formación bioética y cómo contribuye al desarrollo de habilidades éticas y valores en los estudiantes. En definitiva, destacaremos la necesidad de incluir la formación bioética en las universidades para preparar a los futuros profesionales en el manejo ético de los desafíos en el campo de la biomedicina y la salud.

José Ortega y Gasset,¹ reconocido filósofo y ensayista español del siglo xx, **subrayó la importancia de la formación integral de los estudiantes, no sólo desde una perspectiva académica, sino también en términos de su desarrollo personal y ético**. Para él, la universidad tenía la responsabilidad de cultivar no sólo el intelecto de los estudiantes, sino también su carácter y valores morales. Su visión resalta la importancia de formar individuos éticos y responsables, capaces de enfrentar los desafíos éticos de la sociedad actual. En

¹¹³ <https://www.animalpolitico.com/analisis/organizaciones/una-vida-examinada-reflexiones-bioeticas/etica-bioetica-universidades-practica-profesional>

¹¹⁴ Juan Manuel Palomares Cantero es abogado, maestro y doctor en Bioética por la Universidad Anáhuac, México. Fue director de Capital Humano, director y coordinador general en la Facultad de Bioética. Actualmente se desempeña como investigador en la Dirección Académica de Formación Integral de la misma Universidad. Es miembro de la Academia Nacional Mexicana de Bioética y de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética.

línea con la visión de Ortega y Gasset sobre la **misión de la universidad**¹¹⁵, la formación en bioética adquiere una relevancia fundamental en las instituciones educativas. La inclusión de la formación bioética en las universidades se sustenta en esta perspectiva filosófica, que reconoce que la ética es una parte esencial de la educación integral. La formación en bioética busca cultivar la conciencia ética y promover la toma de decisiones responsables en las profesiones y en las ciencias que impactan en la vida y salud de las personas.

La formación en bioética, en consonancia con los planteamientos de Ortega y Gasset y otros actores, cumple con la responsabilidad de la universidad de formar integralmente a los estudiantes y abordar los desafíos éticos en el ámbito de las diversas profesiones que hoy existen, la ciencia en general, el mundo de la medicina, las biotecnologías aplicadas a la vida y salud, y un sinnúmero de temas que seguirán surgiendo ante el progreso humano. **Al promover la reflexión ética y el desarrollo de habilidades éticas, la formación en bioética prepara a los estudiantes para enfrentar los dilemas éticos que se presentan en sus futuras carreras** y contribuye a formar profesionales responsables y éticamente comprometidos con el bienestar de la sociedad.

La formación en bioética implica una reflexión crítica sobre los valores, principios y dilemas éticos que surgen en la práctica profesional, con el objetivo de proporcionar a los estudiantes las herramientas conceptuales y analíticas necesarias para abordar de manera informada y ética los desafíos que enfrentarán en sus futuras carreras. Al enfrentar cuestiones relacionadas con la vida, la salud, la dignidad y los derechos de las personas, los profesionistas deben ser capaces de tomar decisiones éticas fundamentadas y respetar los principios éticos y bioéticos que sustentan las prácticas profesionales.

La bioética se fundamenta en la dignidad de la persona humana, en el respeto a la vida física, en la solidaridad y la subsidiariedad, en la justicia, la autonomía y la sindéresis. La dignidad de la persona humana se reconoce como su valor intrínseco, mientras que el respeto a la vida física promueve su inviolabilidad y protección en todas las etapas. La solidaridad y subsidiariedad garantizan una distribución justa y equitativa de los recursos, entre ellos el acceso a la atención médica necesaria y a los servicios que protejan al individuo. La justicia implica tratar a todos los seres humanos de manera equitativa, sin discriminación, y promover el bienestar general de la sociedad. La autonomía se respeta como la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas sobre su vida y salud. Además, la sindéresis, que es la capacidad de discernir entre el bien y el

¹¹⁵https://ortegaygasset.edu/wp-content/uploads/2021/12/RevistadeOccidente_diciembre2021_R.RiveroOrtega.pdf

mal, y optar siempre por el bien, se enfatiza para que los estudiantes puedan reflexionar críticamente, analizar situaciones complejas y tomar decisiones éticas fundamentadas con base en estos principios. En conjunto, la formación en ética y bioética promueve una práctica profesional responsable y ética, que busca el beneficio y la protección integral de la persona humana en todas sus dimensiones físicas, emocionales y sociales.

José Manuel García Ramos,¹¹⁶ destacado académico, reconocido como referente en el ámbito universitario, enfatiza la importancia de la formación moral y ética en la educación superior. Su visión, al igual que Ortega y Gasset, destaca la necesidad de **desarrollar habilidades éticas en los estudiantes, cultivando una conciencia ética y la capacidad de tomar decisiones informadas**. Estas reflexiones respaldan la inclusión de la formación bioética en el currículo universitario, como parte esencial para formar profesionales éticamente responsables y preparados para enfrentar los desafíos éticos en sus respectivas áreas de especialidad.

En la concepción de **Javier Hervada**¹¹⁷, la persona y su dignidad desempeñan un papel central en la construcción de las ciencias. Hervada sostiene que las normas se derivan de una fundamentación inherente a la estructura básica de la persona, y que el respeto a la dignidad humana es fundamental en la configuración del orden. Estos planteamientos encuentran resonancia en la formación bioética, al reconocer la importancia de considerar los aspectos éticos y los derechos fundamentales de la persona en el ámbito de las ciencias, las cuales impactan de manera directa o indirecta en la vida y salud de las personas.

La formación bioética potencia la toma de decisiones fundamentadas, capacitando a los futuros profesionales para enfrentar los desafíos éticos de manera responsable. Asimismo, esta formación inculca una mayor sensibilidad hacia los valores y derechos de las personas, fortaleciendo la empatía y el respeto en la atención de las necesidades inherentes a su condición. La inclusión de la formación ética y bioética en las universidades fortalece su

¹¹⁶ José Ortega y Gasset fue un filósofo, escritor y ensayista español nacido el 9 de mayo de 1883 en Madrid y fallecido el 18 de octubre de 1955 en Madrid. Considerado uno de los pensadores más influyentes del siglo xx en el ámbito hispanohablante, Ortega y Gasset desempeñó un papel destacado en la promoción de la filosofía y el pensamiento crítico en España. El pensamiento de Ortega y Gasset se caracterizaba por su enfoque crítico y su énfasis en la importancia de la razón y la libertad individual. Abogó por una filosofía vitalista que reconociera la importancia de la vida y la experiencia personal en la comprensión del mundo.

¹¹⁷ Javier Hervada Xiberta fue un filósofo del Derecho, iusteórico y canonista español, reconocido por su contribución en el campo del Derecho Canónico y la Filosofía del Derecho. Fue catedrático emérito de la Universidad de Navarra y destacó por su enfoque realista y su estudio de la justicia en el ámbito jurídico. Sus obras y artículos abordaron temas como el Derecho Natural, el matrimonio y el ordenamiento canónico. A lo largo de su carrera, recibió distinciones y premios por su labor académica. Su trabajo respalda la importancia de la formación ética en las universidades y su inclusión en la educación integral de los estudiantes.

misión educativa al formar profesionales comprometidos con una práctica ética y respetuosa de la dignidad humana, proporcionando una base sólida para la toma de decisiones éticas y promoviendo el bienestar integral de las personas y la sociedad en general.

En conclusión, la formación ética y bioética en las universidades desempeña un papel crucial al proporcionar a los estudiantes las herramientas necesarias para abordar los desafíos éticos en sus futuras profesiones. Esta inclusión se alinea con la visión de filósofos destacados, como José Ortega y Gasset, José Manuel García Ramos y Javier Hervada, quienes enfatizan la importancia de desarrollar habilidades éticas en los estudiantes para formar individuos responsables. La formación en ética y bioética promueve una práctica profesional comprometida al cultivar la conciencia ética y fortalecer la capacidad de tomar decisiones informadas. Al basarse en principios fundamentales de la bioética, como la dignidad humana, el respeto a la vida, la solidaridad, la justicia, la autonomía y la *syndéresis*, se proporciona un marco ético sólido para abordar cuestiones relacionadas con la vida, la salud y los derechos de las personas. Además, la inclusión de la formación ética y bioética no sólo fortalece la misión educativa de las universidades, sino que también contribuye al bienestar integral de las personas y la sociedad en general, al formar profesionales comprometidos con prácticas éticas y respetuosas de la dignidad humana.

Las opiniones publicadas en este blog son responsabilidad exclusiva de sus autores. No expresan una opinión de consenso de los seminarios ni tampoco una posición institucional del PUB-UNAM. Todo comentario, réplica o crítica son bienvenidos.

La diócesis de Getafe y la Universidad Católica de Ávila presentan una cátedra sobre bioética, sexualidad y fertilidad¹¹⁸
CÁTEDRA 'ABILIO DE GREGORIO'



La Diócesis de Getafe en colaboración con la Universidad Católica de Ávila (UCAV) ha presentado en la mañana del lunes 7 de noviembre la nueva Cátedra «Abilio de Gregorio» para estudios de Bioética, Orientación, Sexualidad y Fertilidad.

7/11/22

(Diócesis Getafe/InfoCatólica) En la presentación ha participado la rectora de la UCAV, M^a del Rosario Sáez Yuguero; la decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, Mercedes Sánchez; el director de la Cátedra, Antonio Castillo y el delegado de Medios de Comunicación Social de la Diócesis de Getafe, Julián Lozano López.

Esta Cátedra, que se puso en funcionamiento el 19 de septiembre de 2022, y que se ha presentado hoy, tiene como objetivos promover una cultura de la vida desde su inicio hasta su final, especialmente en los momentos en los que se

¹¹⁸ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=44841>

presenta más vulnerable; profundizar en la dignidad de la persona y en su vocación al amor; fomentar la verdad ante el relativismo y la falta de paradigmas de nuestra sociedad y desarrollar y educar la libertad personal orientándola hacia el bien de la persona

Del mismo modo, se desarrollarán actividades formativas y de investigación en el ámbito del acompañamiento y orientación personal que permitan el desarrollo integral de la persona en todo su recorrido vital.

La dirección de la Cátedra está a cargo del Doctor en Farmacia y Profesor de Ciencias de la Salud (UCAV), Antonio Castillo, miembro del Centro de Orientación Familiar de la Diócesis de Getafe, entidad colaboradora de la Cátedra.

Cuenta en su comité asesor con el obispo de Getafe, D. Ginés García Beltrán y con el delegado diocesano de Pastoral Universitaria, Miguel Ángel Íñiguez.

Para la Diócesis de Getafe, según ha manifestado el delegado de Medios de Comunicación Julián Lozano en la presentación, «es una prioridad la defensa de la vida, y este objetivo no se puede cumplir simplemente con buena voluntad, se hace necesario apoyarse en lo que dice la ciencia, la medicina».

«Además, es necesario que aquellos que, de una forma u otra, se encargan de acompañar y orientar a los que acuden a ellos pidiendo consejo, estén correcta y bien formados en temas tan claves y nucleares como los que se abordan desde la cátedra que hoy se presenta. (...). Con la creación de la cátedra esperamos contar con el empujón y apoyo académico que necesitamos para profundizar en este objetivo» concluye.

Entre los proyectos docentes de la Cátedra destaca, entre otros el Programa de ‘Sexualidad y Fertilidad’ en el que se podrán obtener los títulos de Máster, Especialista y Experto en Sexualidad y Fertilidad.

En cuanto a los proyectos de investigación, la Cátedra está desarrollando actualmente varios estudios en torno a la fertilidad femenina y masculina.

Abilio de Gregorio

Licenciado en Ciencias de la Educación y Diplomado en Orientación Familiar, Abilio de Gregorio fue un referente educativo en España. Sus enseñanzas enraizadas en el rico paradigma del humanismo cristiano, han iluminado a generaciones de educadores. Ejerció hasta su jubilación la docencia en Salamanca. Su actividad ha sido incesante: numerosas monografías en torno a la educación, incontables artículos publicados en revistas especializadas, permanente participación en congresos celebrados en Europa (Moscú, Roma, Lisboa) y Latinoamérica (México, Buenos Aires).

Al calor de sus enseñanzas desde VEN Y VERAS EDUCACIÓN se puso en marcha la escuela Abilio de Gregorio, destinada a apoyar y dar orientaciones a los profesores que están comenzando esta andadura como educadores.

Los pasos a seguir para convertirse en «el médico del futuro»¹¹⁹

El Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad San Pablo CEU, Tomás Chivato



El Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad San Pablo CEU, Tomás Chivato, desvela las claves de esta nueva figura

13/12/2022

Estamos en momentos de cambio y siempre pensando en el futuro y nos encontramos ante un nuevo paradigma del profesional médico. La Organización Médica Colegial ha dictado en uno de sus cuadernos cómo debería ser el futuro médico que también en el presente.

En primer lugar, un médico que trate enfermos, no enfermedades, adaptando estas situaciones a la realidad del paciente y posibilitando su involucración en el manejo de la enfermedad.

En segundo lugar, un médico con actitud crítica, con especial atención a los valores del paciente que dan sentido a su vida y a su enfermedad.

¹¹⁹

https://www.eldebate.com/salud-y-bienestar/20221213/pasos-seguir-convertirse-medico-futuro_76032.html

En tercer lugar, un médico comunicador y empático, usando la tecnología convenientemente en beneficio del paciente, sabiendo escuchar desde la afectividad y generando confianza base de la relación médico paciente.

En cuarto lugar, un médico responsable, individual y socialmente, conocedor de las limitaciones de la ciencia, no generador de falsas expectativas, favoreciendo la toma de decisiones compartidas.

En quinto lugar, un médico que tome buenas decisiones para el paciente y para el sistema, desde la eficiencia en la toma de decisiones, con la responsabilidad de ser gestor de recursos finitos y con el compromiso ético de justicia social.

En sexto lugar, un médico líder del equipo asistencial, potenciando la continuidad asistencial y la integración de las actuaciones desde la colaboración con el resto de las profesiones sanitarias.

Además, debe ser un médico competente, efectivo y seguro. Un médico honrado y confiable. Evitando los conflictos de interés y con transparencias en sus intervenciones. Un médico comprometido con el paciente y la organización, comprometido en la gestión, proponiendo cuando sea pertinente esquemas de autogestión que posibilite mayores niveles de autonomía.

En definitiva, un médico que viva los valores del profesionalismo. Estas características son recogidos de un documento titulado El médico del futuro de la Fundación de Educación Médica y que son ya una realidad.

La explicación de lo que nos hace humanos se reduce a solo 80 genes¹²⁰

Más de 800 genomas de primates iluminan nuestra biología y revelan una nueva forma de encontrar mutaciones genéticas responsables del cáncer hereditario, las cardiopatías o la diabetes

El primer mapa completo del 'cableado' del cerebro de un insecto, paso clave para entender el comportamiento humano¹²¹

Un babuino oliváceo en el Parque Nacional del Lago Manyara, Tanzania SASCHA KNAUF



JUDITH DE JORGE, Madrid, 01/06/2023

En algún momento del camino evolutivo¹²² del linaje humano se produjeron cambios que nos distinguieron del resto de los primates y nos hicieron únicos.

¹²⁰ <https://www.abc.es/ciencia/doscientos-genomas-primates-pueden-iluminar-causas-cancer-20230530171625-nt.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.abc.es%2F>

¹²¹ <https://www.abc.es/ciencia/primer-mapa-completo-cableado-cerebro-insecto-paso-20230309183834-nt.html>

¹²² <https://www.abc.es/ciencia/evolucion-humana/>

Esas mutaciones exclusivas, que caracterizan lo que es ser humano, se encuentran solo en 80 genes de los 20.000 que poseemos, la mitad de lo que se creía. El resto los compartimos con alguna de las 400 especies de primates que pueblan la Tierra. De alguna forma, lo que nos hace tan especiales, lo que ha permitido que dominemos el fuego, creemos literatura o inteligencias artificiales y nos ha llevado a la Luna, está en un pedacito más pequeño de nosotros mismos.

Este es uno de los hallazgos de un ambicioso proyecto, plasmado en ocho estudios, cinco codirigidos por investigadores españoles, que han secuenciado el genoma de 809 primates de 233 especies, la mitad de las que existen en todo el mundo. Los resultados, publicados este jueves en un número especial de la revista 'Science'¹²³, algo excepcional para la ciencia española, revelan también una nueva forma de encontrar mutaciones genéticas causantes de muchas enfermedades humanas, como las cardiopatías, los cánceres hereditarios o la diabetes. De igual forma, los hallazgos pueden ser útiles para desarrollar estrategias para la conservación de estos animales.

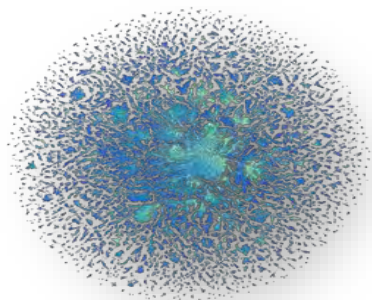
«Los humanos somos primates. Sabíamos que estudiar a nuestros parientes evolutivos nos iba a dar mucha información de cómo funcionamos como organismos, en la salud y en la enfermedad. Y este grupo de estudios lo confirma», dice Tomàs Marquès-Bonet¹²⁴, investigador ICREA en el Instituto de Biología Evolutiva (CSIC-UPF) y catedrático de Genética en la Universidad Pompeu Fabra (UPF). Lidera los estudios junto a Kyle Farth, de la biotecnológica estadounidense Illumina, y Jeffrey Rogers, del Baylor College of Medicine (EE.UU.). En el proyecto han colaborado investigadores de 24 países.

¹²³ <https://dx.doi.org/10.1126/science.adi8248>

¹²⁴ https://www.abc.es/ciencia/abci-secuenciaremos-genomas-todos-vertebrados-tierra-decada-202104281701_noticia.html

NOTICIA RELACIONADA: Una inteligencia artificial de Meta similar al ChatGPT supera a Google al descifrar los ladrillos de la vida¹²⁵

JUDITH DE JORGE



El modelo de lenguaje ESMFold ha descrito la estructura de 738 millones de proteínas 60 veces más rápido que DeepMind

Al comparar el genoma humano con los de este gigantesco catálogo de primates -hasta este estudio solo se conocían 20, por lo que multiplica por cuatro los disponibles-, el equipo descubrió que la mitad de los genes que se creían que eran específicamente humanos no lo son, sino que están compartidos con alguna de las especies secuenciadas. De esta forma, la cantidad de genes que llevan mutaciones «puramente humanas» se reducen a 80, «algunos de ellos relacionados con el tamaño del cerebro, que es una de las características que nos definen como humanos», señala Marquès-Bonet. Son «candidatos clarísimos a explicar por qué somos diferentes».

Cambios relevantes

«El estudio reduce el número de variantes exclusivamente humanas, pero debe tenerse en cuenta que el genoma humano y el de un primate son extremadamente grandes. No se trata de cuántas diferencias hay entre ellos, sino de cuáles son», explica Ivo Gut, director del Centro Nacional de Análisis Genómico (CNAG) en Barcelona, donde se han secuenciado el 80% de los genomas utilizados en estos trabajos. «Incluso dentro del genoma humano, un solo cambio de base de las poco más de 3.000.000.000 de bases de nuestra secuencia genómica de referencia puede ser la diferencia entre estar afectado por una enfermedad grave o no. Este es, por ejemplo, el caso de muchas de las más de 6.000 enfermedades raras conocidas. La diferencia entre el ser humano y el primate podría estar impulsada por solo unos pocos miles de cambios genéticos relevantes y muchos otros podrían ser meros espectadores que transmiten poco a esta diferencia», recuerda.

¹²⁵ <https://www.abc.es/ciencia/inteligencia-artificial-meta-similar-chatgpt-supera-google-20230316160338-nt.html#vca=modulo-rel-uno&vso=abc&vmc=noticias-rel&vli=ciencia>

Con todo, Gut subraya que lo que nos hace humanos es «mucho más que la genética. Si tomas a un humano de la Edad de Piedra y lo comparas con un humano moderno, la genética sería bastante similar, pero no seríamos iguales en cómo nos comportamos en la sociedad, cómo criamos a nuestros hijos, cuán empáticos somos o cómo y por qué luchamos unos contra otros en las guerras. Sin embargo, si un niño de la Edad de Piedra se criara en nuestra sociedad actual, sería capaz de aprender a leer y escribir, querría usar las redes sociales y ver la televisión como nuestros hijos. Al contrario, si tomas un primate y tratas de enseñarle a hablar, no tendrás éxito. El primate no tiene el modelo genético correcto para desarrollar facultades como el habla».

Para Marquès-Bonet, «los primates están tan cerca de los humanos y al mismo tiempo tan alejados que son perfectos para encontrar los cambios que nos hacen únicos. Nos van a ayudar a entender qué nos diferenció, aunque lo que no sabremos nunca es el por qué».

Mutaciones clave

Otro de los aspectos más interesantes del megaproyecto es que esta colección de genomas puede ayudar a encontrar mutaciones clave entre cientos de miles posibles en enfermedades humanas comunes como la diabetes, las cardiopatías o algunos tipos de cáncer, cuyas causas se desconocen.

«En estos artículos¹²⁶ demostramos por primera vez que la presencia en un primate de una mutación existente en un tejido humano puede decirnos si es relevante para una enfermedad», señala Marquès-Bonet. Si la mutación se encuentra en más primates además de nosotros, «nos indica que la evolución lo ha permitido en un organismo muy parecido al nuestro, por lo que probablemente no tenga consecuencias dañinas y no es la candidata a dañar la biología celular», subraya. Por contra, si la mutación no aparece en ninguna de las 233 especies de primates, es probable que sea la causa de la enfermedad.

Al comparar los genomas de primates no humanos con el humano, la investigación ha identificado 4,3 millones de mutaciones que afectan a la composición de los aminoácidos y pueden alterar la función de las proteínas. Estas mutaciones son la base para realizar estudios comparativos con las variantes humanas e identificar las que causan muchas enfermedades. Un 6% son abundantes en primates, por lo que se consideran potencialmente benignas.

¹²⁶https://doi.org/10.1126/science.abn7829?utm_source=Mitjans+de+comunicaci%C3%B3+Espanya+i+LATAM&utm_campaign=3701b96a19-EMAIL_CAMPAIGN_2018_11_07_04_35_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_a6ffb1f2f5-3701b96a19-277639697

Esto se ha logrado gracias a un nuevo algoritmo de aprendizaje profundo, PrimateAI-3D, una especie de ChatGPT para genética que utiliza la secuencia del genoma en lugar del lenguaje humano.

«Con esto no vamos a curar nada, pero sí reduce, y muchísimo, el sitio donde mirar las mutaciones causantes en vez de ir a ciegas por todo el genoma. Si el número de mutaciones a tener en cuenta es menor, el diagnóstico va a ser mucho más rápido y el tratamiento, mejor», afirma el investigador.

El número especial de 'Science', que también incluye otros tres artículos de un equipo chino que ha secuenciado 35 especies con un solo individuo, pero de altísima calidad, tiene repercusiones en muchos ámbitos, como las relaciones filogenéticas entre las especies de primates. Uno de los estudios muestra que los babuinos amarillos del oeste de Tanzania son los primeros primates no humanos que han recibido aportaciones genéticas de tres linajes distintos, lo que puede ser un buen modelo para la evolución de humanos modernos, neandertales y denisovanos, que se sabe también se cruzaron.

Igualmente, estos trabajos pueden resultar fundamentales para la conservación de estos animales, ya que permitirán conocer cómo es la salud genética de las especies más amenazadas en el mundo, lo que servirá para decidir dónde y cómo actuar para conservarlos. Como dice Marquès-Bonet, «en el fondo, salvar a un primate es salvarnos a nosotros mismos».

La paciencia del monje Gregor Mendel, padre de la genética ignorado por los científicos de su tiempo¹²⁷

Murió sin ver reconocida su labor, un decisivo experimento de casi una década



Christopher Lambert (en el centro de la imagen) interpretó a Gregor Mendel en 'El jardinero de Dios' (2009) de Liana Marabini

11 noviembre 2023

Un monje agustino, **Gregor Mendel** (1822-1884), es el **padre de la genética**. Desarrolló un único experimento durante siete años (más dos de análisis matemático de los datos obtenidos) para demostrar la herencia de los rasgos y formular sus leyes. Fue un pionero a quien apoyó la comunidad de su monasterio e ignoró la comunidad científica. Un estadístico y demógrafo, **Roberto Volpi**, cuenta la intrahistoria de este hallazgo en ***Il Foglio***¹²⁸.

¹²⁷https://www.religionenlibertad.com/ciencia_y_fe/794241395/paciencia-monje-gregor-mendel-precursor-genetica-permanecio-sombra.html Ver Video: Extractos de El Jardinero de Dios (un trailer de 11 minutos), la película de Liana Marabini sobre Mendel, su fe, su época y su trabajo científico.

¹²⁸<https://www.ilfoglio.it/scienza/2023/10/23/news/la-pazienza-di-gregor-mendel-il-precursore-della-genetica-rimasto-nell-ombra-5819636/> Traducción de Verbum Caro.

La paciencia de Gregor Mendel: el precursor de la genética que permaneció en la sombra

El botánico alemán **Joseph Gottlieb Koelreuter** (1733-1806) ya estaba en el buen camino antes de finales del siglo XVIII. Había cruzado **claveles** blancos con rojos, lo que había resultado en plantas híbridas con flores rosas, el color intermedio entre el blanco y el rojo, que en la siguiente generación produjeron descendencia con flores rosas, pero también blancas y rojas como los colores de los dos progenitores. En otras palabras: mientras que los híbridos de la primera generación solo tenían un color intermedio entre los dos colores originales, los híbridos de la segunda generación tenían incluso tres colores: el color intermedio y los colores de partida, **los de los padres**. Asombroso. Para la época.

Se detuvo en este punto. Fue abatido y hundido por las críticas de la **escuela holística alemana**, que sostenía que las partes individuales de un organismo en sí mismas no significaban nada y, por consiguiente, los cruces entre plantas con posibilidades diferentes y alternativas para un mismo carácter (como el color) no tenían sentido, si es que -puesto que entonces pensaban en términos de la **teoría de la fijación de las especies**- no eran moralmente reprobables. En la escuela holística había gente como **Hegel** y **Goethe**, lo que demuestra que incluso los genios se embarcan a veces en batallas de retaguardia.

Mendel, monje y biólogo

Cuando **Mendel** llegó al **monasterio de Brno** [actual Chequia] en 1843, a la edad de 21 años, perseguido por apuros económicos que no le permitían continuar sus estudios, otros investigadores habían constatado un hecho fundamental para la genética, que aún no se llamaba así por la buena razón de que todavía no existía, pero que en cierto modo estaba allanando el camino: en los experimentos de hibridación de plantas, los caracteres de los padres **reaparecían** también en la descendencia de los híbridos. Pero no estaba claro en qué proporciones, ni cómo, ni por qué.



*El monje
agustino
Gregor
Mendel,
padre de la
ciencia de
la genética.*

Ordenado sacerdote en 1847, cuando adoptó el nombre de **Gregor**, Mendel mostró enseguida un gran interés por las ciencias naturales, en particular por la **biología** y su parte más experimental de la hibridación. Pero suspendió el examen para obtener el diploma de profesor de Biología.

Visto retrospectivamente, ese fracaso fue un acierto, porque el monasterio de Brno, interesado en el tema, no dudó en enviarle a la **Universidad de Viena** donde, en un ambiente abierto e iluminado por las mentes más brillantes de la época, aprendió todo lo que había que aprender sobre la **teoría celular** de los organismos vivos, la **teoría atómica** en química y, en particular, sobre los métodos experimentales para intentar explicar la evolución de la **materia orgánica**.

De investigador a abad

Regresó al monasterio de Brno, donde en 1856 inició un **monumental plan experimental** para comprender los misterios aún profundos de la fecundación, es decir, la transmisión de rasgos de padres a hijos y de éstos a la siguiente generación: precisamente **el punto central de la genética**, incluida la humana.

En 1859, tres años después del inicio de los experimentos de Mendel, se publicó *La evolución de las especies*, de **Charles Darwin**. ¡Tales eran los tiempos que corrían! Y empezaban a estar maduros para un gran salto adelante también en el campo de la **hibridación vegetal**, que era entonces el verdadero "terreno de juego" para comprender la transmisión de los caracteres; lo que a su vez significaba, aunque aún no se supiese, esa palabra mágica que abría las puertas al futuro de las ciencias de la vida: la **genética**.

Por supuesto, los cultivadores y agricultores hibridaban injertando una planta en el cuerpo de otra, y del mismo modo, no miraban la teoría sino la utilidad y, de forma aún más pragmática, el bolsillo. Buscaban un mayor rendimiento y, si era posible, una calidad aún mejor. **Por qué y por cuál conjunto de factores y causas** era posible a veces obtener determinados resultados por esa vía híbrida que levantaba la cosecha era una cuestión que competía a otros. A los científicos, a los catedráticos. Mejor aún, a los **genios**.

¿Gregor Mendel era un genio? Según sus contemporáneos, era una figura **mediocre**. Cuando, después de la universidad en Viena, se presentó por segunda vez al examen para que le permitieran enseñar en la escuela secundaria, fue **rechazado** sin piedad, aunque consiguió al menos ser profesor sustituto. Y esto no es nada, porque de los resultados de su experimento, del que hablaremos, no se molestaron ni en entender lo básico. La **Sociedad de Ciencias Naturales** de Brno no les dedicó ni un mínimo comentario.

No tuvo más remedio que resignarse. Pero no inmediatamente. Primero habló con el que quizá fuera el mayor botánico del país, **Karl Wilhelm von Nägeli**, para intentar que el esfuerzo de tantos años de trabajo no fuese condenado al silencio. Y aceptó sus sugerencias, hasta el punto de embarcarse en un programa para producir **híbridos de varias especies**, una actitud que, sin embargo, no le valió el reconocimiento de Nägeli. Fue entonces cuando se retiró, también porque fue elegido **abad del monasterio** en 1868.

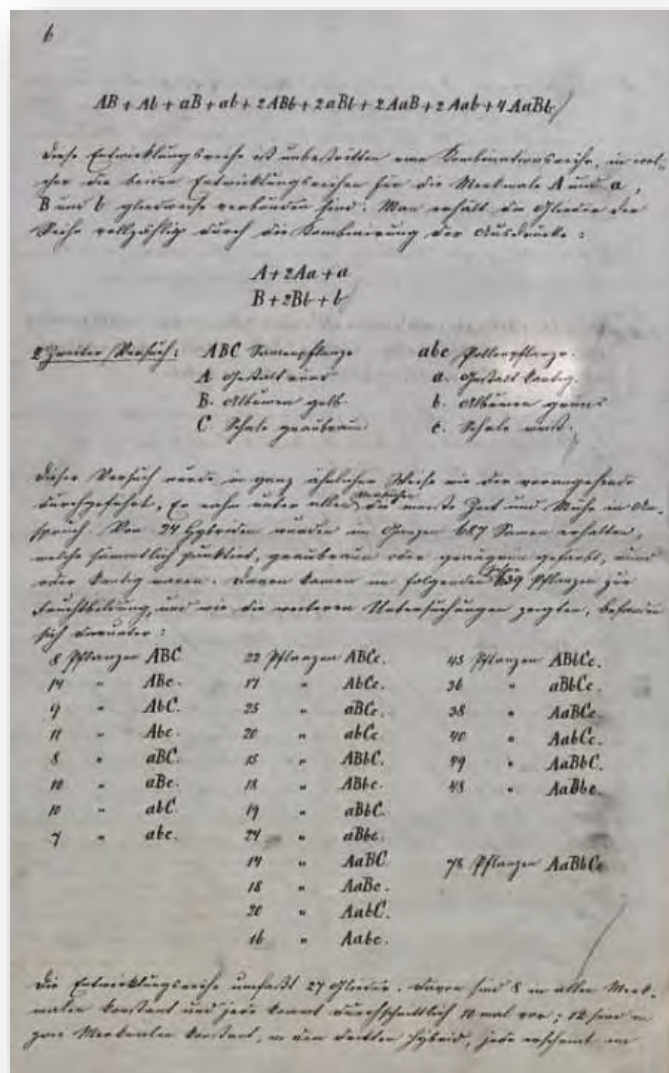
Un experimento largo y portentoso

No hizo nada más en el ámbito de la ciencia, ni escribió nada más de importancia después de las sesenta y tantas páginas que le llevó explicar, en un artículo titulado tan modestamente como no se podía, *Experimentos de*

hibridación en plantas¹²⁹, el resultado conseguido tras **siete largos años de un único, poderoso y concluyente experimento**. Páginas que representan para la genética lo que las páginas, muchísimas más, que *El origen de las especies* representan para la teoría de la evolución.

Pero el genio de Darwin quedó claro de inmediato. El de Mendel ni siquiera fue considerado. Tendrían que pasar casi **cuarenta años, cuando el nuestro llevaba veinte muerto**, para que la ciencia redescubriera aquellos resultados a los que Mendel llegó con un adelanto sobre los tiempos que resultó ser fatal para él.

Página del manuscrito original del experimento de Mendel. Imagen: Rukopis. Gregora Johanna Mendela. <https://mendel-genetics.cz/en/about-the-manuscript/>



¹²⁹ <https://www.unioviado.es/esr/rgiraldez/Textos/mendel1866.pdf>

La razón se dice pronto, aunque la ciencia sea sorda por ese oído, porque es una lección incómoda. La obra de Darwin era fácil de leer, a pesar de su tamaño; no así la de Mendel, mucho más corta. La obra de Darwin requería atención, pero era fácil de entender, la de Mendel no. Darwin desarrolló su teoría en prosa. Mendel la plasmó en **números, crudos y duros y para nada fáciles de interpretar.**

Nunca 'hubo partido' entre ambos. Darwin, en los altares, aunque también pasó por sus vicisitudes. Mendel, en el polvo. Incluso hoy, la brecha es inmensa. Darwin es patrimonio universal, una especie de David de **Miguel Ángel** de la ciencia y la cultura. Mendel, un tema para especialistas. Así que Mendel volvió a rezar, a **cultivar plantas, pero sin ninguna intención científica**, solo en beneficio de los monjes y del monasterio: a tomar la temperatura, mañana y tarde, como siempre había hecho en su buen retiro, el monasterio de Brno, del que no volvió a sacar la cabeza y donde murió en 1884, a los 62 años.



*Mendel, de pie, segundo por la derecha en la foto, junto a monjes de su monasterio.
Imagen: Gregor Mendel 200. <https://gregormendel200.org/gregor-mendel-2/his-life/>*

Los monjes, que lo apoyaron en todo, lo entendían; los científicos, que se lo negaban todo, no. Puede parecer extraño, pero en el caso de Mendel así están las cosas.

Las leyes de Mendel



De acuerdo, pero entonces, ¿qué había hecho el bueno de Mendel que fuera tan extraordinario que mereciera más de **lo que obtuvo en vida, que fue, literalmente, un gran cero?**

Hizo un experimento, se dijo. Uno, porque lo que vino después fueron bagatelas para intentar complacer a ese Nägeli que no tenía fe en sus logros. Pero a años luz de todo lo experimental que se había hecho hasta entonces en el campo de la hibridación y, todo sea dicho, de la biología.

*Librito original con el experimento de Mendel, publicado en 1866. Imagen: [Christie's](https://www.christie's.com/en/lot/lot-6216731).
<https://www.christie's.com/en/lot/lot-6216731>*

Desde luego, no fue casualidad que **Thomas Hunt Morgan** (1866-1945), antiguo profesor de Biología de la Universidad de Columbia y director de los Laboratorios de Biología del Instituto Tecnológico de California en Pasadena, calificara el de Mendel como "el mayor descubrimiento científico en el campo de la biología de los últimos 500 años" en un discurso conmemorativo pronunciado en Roma en 1936. El descubrimiento de nada menos que **las leyes de la herencia de los caracteres** en la combinación de variedades vegetales. Plantas en las que esos caracteres se presentaban de forma diferente.

Iniciado en 1856, el experimento -consistente en **varios recorridos experimentales enlazados en un diseño único y orgánico**- no concluyó hasta siete años después, en 1863, pero se tardó otros **dos años en ordenar, organizar, interpretar y resumir los resultados**, culminando en un informe final de investigación que se presentó en 1865 en dos sesiones a la Sociedad de Ciencias Naturales de Brno sin que la autorizada asamblea de sus miembros enarcara una sola ceja y un año más, para ser puntillosos, antes de aparecer en 1866 en las Actas de dicha sociedad.

Diez años en total. **La paciencia de Mendel.** Siete años enteros de experimentación en el monasterio de Brno, donde los monjes le habían proporcionado toda la tierra y el descanso que necesitaba para cruzar variedades de *pisum*, el guisante, la planta que había elegido como base de sus experimentos.

Y ya aquí asoma su genio. En efecto, el *pisum* tenía muchas variedades, y Mendel no quiso detenerse en absoluto en un experimento del tipo que hacía Koelreuter con los claveles -un solo carácter, el color, para solo dos variedades de la planta: de flores blancas o rojas-, demasiado limitado, incapaz de proporcionar generalizaciones útiles para establecer una teoría. Pues era nada menos que una **teoría de la herencia de los caracteres** lo que pretendía el tranquilo monje Johann Gregor Mendel. También eligió el *pisum* porque los rasgos eran claramente evidentes en las distintas variedades de la planta (eligió 22 de las 34 variedades conocidas de *pisum*) y seguían siéndolo a pesar de las vicisitudes del clima.

Pero la manifestación del genio puro se produce en la puesta a punto de un diseño experimental que tendrá un planteamiento y una cantidad tales que se prestará, según las intenciones explícitas de Mendel, a un **análisis estadístico riguroso** de los resultados para establecer irrefutablemente su fiabilidad. Mendel sabe que aquí radica, sobre todo, la debilidad de los numerosos investigadores que han creído tomar atajos que, sin embargo, no existen. Si se quiere llegar a resultados concluyentes, hay que recoger muchos datos, hay que realizar experimentos a **gran escala**.

Una sencilla explicación del experimento de Mendel.

Y he aquí la paciencia de Mendel: siete años para un único **megaexperimento**, tantos años como experimentos -siete, de hecho- en los que se divide el diseño experimental, un experimento para cada una de las siguientes **características del *pisum***: la forma de las semillas, el color de las semillas, el color de los tegumentos de las semillas, la forma de las vainas, el color de las mismas, la distribución de las flores a lo largo del tallo de la planta, la longitud del tallo.



'Pisum sativum', la planta del guisante, en un dibujo de 1885. Fuente: Wikipedia.

Mendel cruza plantas en las que cada uno de estos siete caracteres, que son binarios, se presenta de las dos formas alternativas para evaluar en qué

proporciones aparecen en los cruces y, posteriormente, en las generaciones que resultan de estos cruces (híbridos). Son **las leyes de la herencia**¹³⁰.

El monje describe así una de estas leyes, la de la dominancia: "En cada uno de los siete cruces, el carácter del híbrido se parece tanto a una de las formas parentales que la otra escapa por completo a la observación". Llamó **dominantes** a los caracteres que aparecen y **recesivos** a los que "retroceden o desaparecen completamente en los híbridos". Entre la forma arrugada y la redondeada de la semilla -el primer carácter examinado-, es la redondeada la que aparece en los cruces, mientras que la otra no, se esconde, retrocede. Pero reaparece. En la segunda generación de híbridos Mendel descubrió que existe una relación 3:1 entre caracteres dominantes y recesivos. Por cada cuatro plantas una tendrá, siguiente el ejemplo, semillas arrugadas; tres tendrán semillas redondas.

Mendel conoce la existencia de factores responsables de las diferentes manifestaciones de tal o cual carácter. De momento **factores**, no genes. Los **genes** vendrán más tarde, y Mendel morirá antes de descubrirlos. Pero se contenta con el concepto de factores, reconociendo que la manifestación de los caracteres se cumple gracias a la **acción de fuerzas/sustancias químico-biológicas** en las plantas que él no tiene forma de observar directamente.

Conclusiones tempranas, paciencia para justificarlas bien

Pero los resultados, tal como se publicaron en las *Actas* de la Sociedad Biológica de Brno del año 1866, son **sorprendentemente** claros e inequívocos, según **Ronald Aymer Fisher** (1890-1962), padre de la **inferencia estadística** (esto es, ese complejo de teoría y análisis estadístico que permite atribuir un resultado experimental a la acción de factores sistemáticos puestos bajo observación en el experimento -como el principio activo de un medicamento-, más que al azar). Fisher, en pocas palabras, sospechaba, y escribió sobre ello en 1936, algún ajuste benévolo (pero **en absoluto distorsionador y menos aún decisivo**) de los resultados para hacerlos más coherentes con las conclusiones. Muchos lo sospecharon.

Quien esto escribe cree que Fisher tenía razón. Pero una razón que en cierto modo honra a Mendel. De hecho, demostraría su rigor. Mendel llevó a cabo un experimento que duró siete años. Pero la forma en que lo planteó le dejó todo claro mucho antes. Tuvo la paciencia de esperar. Quería ofrecer al mundo y a la ciencia resultados **incuestionables**. Y lo consiguió. Aunque tuvieron que

¹³⁰ Ver video LAS LEYES DE MENDEL 🌱🌱🌱 EXPLICACIÓN [Fácil y Rápido]
<https://www.youtube.com/watch?v=2J-R8NgPURo&t=1s>

pasar cuatro décadas desde que terminó el trabajo que le haría inmortal para que alguien, **tres investigadores diferentes por separado**, olfateara al menos esa inmortalidad.

La verdad en el orden moral: a los 30 años de la Veritatis splendor¹³¹



La Veritatis splendor nos introduce en la doctrina moral de la Iglesia desde sus mismos fundamentos, mas no en el orden filosófico y meramente racional, sino para el creyente, en la línea de la obediencia de la fe, partiendo de la Palabra de Dios revelada en los Evangelios y en el conjunto de las Sagradas Escrituras.

Antoni Prevosti Monclús – 07/12/23 9:21 AM

La Veritatis splendor nos introduce en la doctrina moral de la Iglesia desde sus mismos fundamentos, mas no en el orden filosófico y meramente racional, sino para el creyente, en la línea de la obediencia de la fe, partiendo de la Palabra de Dios revelada en los Evangelios y en el conjunto de las Sagradas Escrituras.

¹³¹ <https://www.infocatolica.com/?t=opinion&cod=48167> Publicado originalmente en Revista Cristiandad, octubre 2023, <https://balmeslibreria.com/revista-cristiandad/>

El **6 de agosto de 1993**, el pontífice entonces reinante, san Juan Pablo II, publicó una encíclica, de las más importantes de su pontificado, sobre cuestiones fundamentales de la enseñanza moral de la Iglesia: la *Veritatis splendor*, «el esplendor de la Verdad». Era la décima de las catorce que llegó a firmar, y él se hallaba en el año decimoquinto de su pontificado. Cristiandad publicó enseguida el texto íntegro de la encíclica en el número 746748, de julio-septiembre de 1993. Pues bien, como hace casi un año conmemorábamos el trigésimo aniversario de la publicación del Catecismo de la Iglesia católica, ahora hemos de celebrar con gozo y gratitud el mismo aniversario de aquella encíclica, ya que expresamente fue publicada después de la edición del Catecismo.

Hay un doble aspecto en el que destaca la *Veritatis splendor* y la hace merecedora de atención especial. Uno es el hecho novedoso de presentar **una exposición de perspectiva global, notablemente completa y fundamentada, de la teología moral católica**. Así dice el propio san Juan Pablo II, hacia el final, en el párrafo 115: «En efecto, es la primera vez que el magisterio de la Iglesia expone con cierta amplitud los elementos fundamentales de esa doctrina, presentando las razones del discernimiento pastoral necesario en situaciones prácticas y culturales complejas y hasta críticas». La *Veritatis splendor* introduce en la doctrina moral de la Iglesia desde sus mismos fundamentos, mas no en el orden filosófico y meramente racional, sino para el creyente, **en la línea de la obediencia de la fe, partiendo de la Palabra de Dios revelada en los Evangelios y en el conjunto de las Sagradas Escrituras**. Aunque, como dice en su introducción, es el Catecismo de la Iglesia católica el que contiene una exposición completa y sistemática de la doctrina moral cristiana, mientras que la encíclica «se limitará a afrontar algunas cuestiones fundamentales de la enseñanza moral de la Iglesia», sin embargo ilumina de una forma global el conjunto de dicha doctrina moral.

Por este motivo, dicha encíclica puede servir perfectamente como lectura de entrada al estudio de la moral católica, mejor que cualquier manual. Por este motivo, también, dicha encíclica tiene que ser recordada, no sólo en su treinta aniversario como una mera efemérides histórica, sino también como referencia sólida y fuente permanente de formación y reflexión moral de los creyentes.

El otro aspecto lo constituye su intención concreta en **el momento histórico de su publicación**. En palabras nuevamente del propio Papa, se puede resumir así: «hoy se hace necesario reflexionar sobre el conjunto de la enseñanza moral de la Iglesia, con el fin preciso de recordar algunas verdades fundamentales de la doctrina católica, que en el contexto actual corren el riesgo de ser deformadas o negadas» (§ 4).

El Papa hace referencia a **la difusión en el interior de la misma Iglesia de muchas dudas y objeciones a sus enseñanzas morales tradicionales**, lo cual ha creado «una situación nueva» y «una verdadera crisis». No se trata de objeciones puntuales, sino de una impugnación global y sistemática del patrimonio moral. En su raíz ve el Papa «corrientes de pensamiento que terminan por erradicar la libertad humana de su relación esencial y constitutiva con la verdad.» (íbid.) Juan Pablo II insiste y se entretiene en esta idea: el problema de la referencia a la verdad, no solo en el orden intelectual, sino especialmente en el moral. De ahí, intuimos, el incipit, las primeras palabras que sirven para dar nombre a la encíclica, «el esplendor de la verdad».

La estructura de la encíclica es sencilla y clara, y nos servirá muy bien para recorrer brevemente su contenido. Además de los naturales párrafos de introducción y de conclusión, se compone de tres capítulos, cuyo contenido y sentido se expresa con profundidad en sus respectivos encabezamientos, cada uno formado por una cita del Nuevo Testamento y un epígrafe explicativo. Vamos a verlo a continuación.

El primer capítulo se titula así:

«Maestro, ¿qué he de hacer de bueno...?» (Mt 19,16). Cristo y la respuesta a la pregunta moral

Lo que pone en marcha la reflexión moral es una pregunta, la que el joven rico le planteó a Jesús, y que vale para todo hombre: ¿qué he de hacer de bueno? A lo largo del capítulo, san Juan Pablo II examina el sentido y lo implicado en tal pregunta, para enseguida desarrollar las líneas de respuesta, siguiendo a la misma respuesta que le dio Jesús al joven: «Uno solo es el Bueno. Mas si quieres entrar en la vida, guarda los mandamientos» (Mt 19, 17). Cristo mismo, por ser Dios, es el Uno solo Bueno. Así, la respuesta a la pregunta moral se encuentra precisamente en Cristo, y la moral cristiana se fundamenta en esta verdad y en todo lo que ella implica. Como dice la encíclica, **«la vida moral se presenta como la respuesta debida a las iniciativas gratuitas que el amor de Dios multiplica en favor del hombre**. Es una respuesta de amor, según el enunciado del mandamiento fundamental que hace el Deuteronomio: «Escucha, Israel: el Señor es nuestro Dios, el Señor es uno solo. Amarás al Señor, tu Dios, con todo tu corazón, con toda tu alma y con todas tus fuerzas».

Después de considerar el papel fundamental de la ley divina –los mandamientos–, como «primera etapa necesaria en el camino hacia la libertad» (§ 13), el Papa añade la invitación final de Jesús al joven rico: «ven y sígueme», para recorrer un camino de perfección. Es sobre todo en la reflexión sobre la invitación a la perfección, en donde el Papa ilumina la realidad de la

libertad como base y condición de la vida moral del hombre. «La perfección exige aquella madurez en el darse a sí mismo, a que está llamada la libertad del hombre» (§ 17). Es importante comprender que **«la libertad del hombre y la ley de Dios no se oponen, sino, al contrario, se reclaman mutuamente»**. Esto, que puede parecer conflictivo, es sólida y luminosamente explicado por san Juan Pablo II en la Veritatis splendor.

El segundo capítulo lleva como título: **«No os conforméis a la mentalidad de este mundo» (Rom 12,2). La Iglesia y el discernimiento de algunas tendencias de la teología moral actual»**.

Conforme a los objetivos propuestos en la introducción, el capítulo central de la encíclica se dedica a poner las bases para el examen crítico de aquellas tendencias de la teología moral, muy influyentes en nuestro tiempo, en las que se han mezclado errores que dañan gravemente la doctrina de la moral católica.

Lo dice expresamente el Papa: «Al dirigirme con esta encíclica a vosotros, hermanos en el episcopado, deseo enunciar los principios necesarios para el discernimiento de lo que es contrario a la «doctrina sana», **recordando aquellos elementos de la enseñanza moral de la Iglesia que hoy parecen particularmente expuestos al error, a la ambigüedad o al olvido**» (§ 30). Además, estos errores, ambigüedades u olvidos no solo afectan a la doctrina moral, sino que se relacionan con la ignorancia y el error en el saber más básico y necesario para el hombre, el que se refiere a su propio ser y a su vida, los que el Papa llama «enigmas recónditos de la condición humana»: «¿Qué es el hombre?, ¿cuál es el sentido y el fin de nuestra vida?, ¿qué es el bien y qué el pecado?, ¿cuál es el origen y el fin del dolor?, ¿cuál es el camino para conseguir la verdadera felicidad?, ¿qué es la muerte, el juicio y la retribución después de la muerte?, ¿cuál es, finalmente, ese misterio último e inefable que abarca nuestra existencia, del que procedemos y hacia el que nos dirigimos?».

La fuente de las dificultades para la mentalidad actual, según sugiere el Papa, se encuentra en el problema crucial de la libertad del hombre. **Parece que la libertad ha de entrar en conflicto con la idea de ley y de precepto**, o que la libertad supone conceder un valor absoluto y fundante a la conciencia individual del hombre, lo cual conduce a una auténtica crisis en torno a la verdad. Por otro lado, el Papa constata algo muy notable y cierto: **«Paralelamente a la exaltación de la libertad, y paradójicamente en contraste con ella, la cultura moderna pone radicalmente en duda esta misma libertad»** (§ 33). Pero sin libertad no hay moral, advierte, aunque es necesario reconocer cuál es la verdadera libertad, es decir, la de la voluntad. Para ello nos remite al Concilio,

que enseñó que «La verdadera libertad es signo eminente de la imagen divina en el hombre.»¹ 1 Const. sobre la Iglesia en el mundo actual *Gaudium et spes*, 17

Es notable como el Papa, ante el problema de la libertad y la ley y frente a las teorías que pretenden resolverlo mediante la autonomía de la razón, separando el orden ético del orden de la salvación, defiende la doctrina tradicional de la Iglesia, que niega que exista un conflicto real, **recordando todos los puntos principales de la enseñanza de los antiguos doctores y sobre todo de santo Tomás de Aquino acerca de la ley**. Relacionada con esto está la tendencia hoy muy difundida de cuestionar la existencia de una ley natural, su validez universal y su inmutabilidad, alegando la pluralidad de las culturas y, por otro lado, eliminando la noción de naturaleza humana. San Juan Pablo II observa muy atinadamente que con el rechazo de la naturaleza humana se pone en entredicho todo lo que en la moral atañe al cuerpo, y reivindica el vínculo de la razón y de la libre voluntad con todas las facultades corpóreas y sensibles. «Una doctrina que separe el acto moral de las dimensiones corpóreas de su ejercicio es contraria a las enseñanzas de la Sagrada Escritura y de la Tradición» (§ 49).

Entre otros temas que el Papa examina en el capítulo segundo (por ejemplo, la conciencia moral o el acto moral), destacamos finalmente la discusión acerca de las teorías de la opción fundamental, que desconectan del orden de lo moralmente requerido para la salvación todo el ámbito de los actos concretos de cada hombre. La verdad en que se apoyan estriba en que, además de la libertad referida a los actos particulares, el hombre goza de una libertad para decidir sobre la orientación global de su propia vida a favor o en contra del bien, a favor o en contra de la verdad, a favor o en contra de Dios. El Papa relaciona esta dimensión con la voluntad de perfección y la respuesta del hombre a la invitación de Cristo «Ven, y sígueme», pero **rechaza la disociación entre la opción fundamental y los actos particulares**, recordando muy oportunamente la doctrina tradicional de la Iglesia sobre el pecado, tanto el venial como el mortal.

El tercer capítulo, titulado «**«Para no desvirtuar la cruz de Cristo» (1 Cor 1,17). El bien moral para la vida de la Iglesia y del mundo**», constituye una reflexión sobre la misión de la Iglesia en el terreno de la moral y un llamamiento a los hombres de su tiempo y en particular a la misma Iglesia a asumir el pleno contenido de la doctrina moral católica y a vivirlo sin reticencias a pesar de las dificultades. Subraya que el camino, que puede llegar a exigir el martirio, por la gracia, con la mirada fija en el Señor Jesús, es posible, como es obligatorio. Es un llamamiento a vivir plenamente el significado auténtico de la libertad, a pesar de la debilidad y del drama que la amenaza.

«De este modo» leemos en el párrafo 87 de la encíclica, **«la Iglesia, y cada cristiano en ella, está llamado a participar de la función real de Cristo en la cruz** (cf. Jn 12, 32), de la gracia y de la responsabilidad del Hijo del Hombre, que «no ha venido a ser servido, sino a servir y a dar su vida como rescate por muchos» (Mt 20, 28). «Por lo tanto, Jesús es la síntesis viviente y personal de la **perfecta libertad en la obediencia total a la voluntad de Dios**. Su carne crucificada es la plena revelación del vínculo indisoluble entre libertad y verdad, así como su resurrección de la muerte es la exaltación suprema de la fecundidad y de la fuerza salvífica de una libertad vivida en la verdad».

La encíclica Veritatis splendor termina poniendo en manos de María, Madre de misericordia, todos los deseos e intenciones en ella expresados. Puede parecer un texto de lectura ardua, pero cuando se lee con detenimiento y se capta la verdad y profundidad de su doctrina, entonces **el lector siente en el alma la belleza inefable del esplendor de la verdad**. No han faltado críticas y resistencias a su enseñanza, como era de esperar. Pero se trata de un documento del magisterio ordinario de la Iglesia, y como tal debe ser recibida con filial asentimiento. No solo hay que decir que sigue del todo vigente, ya que esto se supone en el magisterio de la Iglesia, sino que sigue gozando de actualidad, treinta años más tarde.

Las enfermedades de transmisión sexual baten un récord histórico en Europa¹³²

Se han notificado 17 millones de nuevos casos en diez años y aumentan en un 49% los diagnósticos de VIH



Test rápido de VIH

A. NIETO, 26.10.2023

Europa registró un máximo histórico de 17 millones de casos notificados de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) bacterianas en 2019, junto con un aumento del **49% en los nuevos diagnósticos de VIH** entre 2010 y 2019, alcanzando un total de **1,5 millones de casos**. Este es la conclusión a la que han llegado los investigadores del estudio liderado por los centros de investigación sobre VIH/ETS del campus Can Ruti, un «hub» de investigación pionero en esta materia a nivel mundial, y que pone de manifiesto el resurgimiento de estas enfermedades en Europa en la última década, lo que supone un problema de salud pública alarmante.

¹³²https://www.larazon.es/sociedad/enfermedades-transmision-sexual-baten-record-historico-europa_20231026653ac62ce8e7a5000158fad1.html

Este estudio se hace público a través de una serie de cuatro artículos publicados por «The Lancet Regional Health – Europe» a través de los cuales se impulsa el análisis y abordaje de las ETS, reorientando las estrategias de prevención y control. Y es que, pese a los numerosos avances en el diagnóstico y tratamiento, los datos muestran un fuerte retroceso en la transmisión de estas enfermedades, poniendo así en jaque uno el objetivo de eliminar las epidemias de VIH, hepatitis viral y ETS.

Para elaborar el estudio que ha sido coordinado por el doctor Oriol Mitjà de la Fundación Lucha contra las Infecciones y Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, se han recopilado **datos epidemiológicos de 49 países de Europa**.

Las regiones del norte y oeste de Europa muestran tasas más altas por cada 100.000 habitantes, «posiblemente debido a la existencia de sistemas de vigilancia y notificación de casos más rigurosos», afirman. La serie, además, destaca nuevas poblaciones clave como son los migrantes, refugiados, trabajadores sexuales y hombres que tienen sexo con hombres, todos ellos con acceso limitado a servicios de salud.

Los investigadores apuntan de igual modo a las disparidades en la atención sanitaria y la escasez de recursos en algunos países, lo que supone un gran obstáculo para las estrategias de prevención y control en Europa.

Más allá de los desalentadores datos que arroja el informe, se enfatiza también la necesidad de **mantener la educación sexual y la promoción del uso del preservativo**, junto con otras intervenciones biomédicas. «Es necesario promover la equidad en el acceso a la profilaxis previa a la exposición (PrEP) para el VIH, que se ha introducido en 38 de los 53 países de la región, pero sigue infrautilizada, particularmente en los países de Europa central y oriental», dicen los autores, que insisten en que «el cabotegravir, primer antirretroviral de acción prolongada tiene el potencial de revolucionar la PrEP contra el Vih, ya que se administra en forma de inyección cada dos meses en lugar de una pastilla diaria».

Sobre las vacunas, apuntan que han logrado avances en el control de las **hepatitis virales A y B, así como del VPH**. «El futuro está en el control de la gonorrea mediante la inmunidad cruzada generada por la vacuna contra el meningococo B, y en las vacunas basadas en ARNm para la inmunización contra el VIH», dicen.

Por su parte, el tratamiento de las ETS bacterianas como la **gonorrea, el micoplasma y la sífilis**, presentan grandes desafíos debido a la creciente resistencia antimicrobiana y a la falta de soluciones en ciertos casos, derivada de la escasez de investigación científica en este campo. Las estrategias actuales

se están quedando atrás, lo que conlleva la necesidad de nuevos enfoques, como pruebas de diagnóstico rápido para reducir el uso excesivo de antibióticos en los casos en que la infección no está confirmada.

Nace en España el primer bebé de Europa gestado por sus dos madres¹³³

Es la primera vez que se consigue realizar la técnica INVOCell con éxito en Europa



Bebé recién nacido en la cama del hospital Dreamstime

VALERIA LÓPEZ, 02.11.2023

Este lunes 30 de octubre **nació en Mallorca el primer bebé de Europa concebido por dos mujeres simultáneamente**. El pequeño, llamado Derek, pesó 3,3 kilos al nacer en el Hospital Juaneda Miramar, según lo informado por el Diario de Mallorca. Este logro fue posible gracias a una innovadora técnica

¹³³https://www.larazon.es/espana/nace-espana-primer-bebe-europa-gestado-sus-dos-madres_202311026543756ab2761500019137b2.html

Ver también: <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=47865>

conocida como el sistema **INVOCell**¹³⁴, que permite la **co-gestación de un embrión por parte de dos mujeres**.

Las madres de Derek son Azahara, de 27 años, y Estefanía, de 30 años. Este evento marca **la primera vez que se logra exitosamente aplicar la técnica INVOCell en Europa**.

El procedimiento INVOCell se basa en la colocación de un dispositivo especial debajo del cuello uterino de una de las mujeres, que funciona como una especie de incubadora. Durante los primeros días de desarrollo, **el embrión crece en este entorno antes de ser extraído por profesionales médicos para ser posteriormente implantado en el útero de su pareja**. Esta innovadora técnica permite una experiencia compartida en la gestación.

Esta técnica de fecundación in vitro natural está indicada para dos categorías de pacientes: **para parejas heterosexuales** que desean un proceso con una menor intervención de laboratorio y **para parejas de mujeres** en las que ambas desean participar emocionalmente en el tratamiento, alternando la gestación del embrión en sus respectivos úteros.

¹³⁴ <https://www.institutocefer.com/invo-invocell/>

Para los países occidentales, la libertad religiosa termina donde comienzan los derechos LGBT¹³⁵

Parece Que La Libertad Religiosa Es Sólo Para Quienes Comulgan Con Ciertas Ideologías De



La Izquierda Sexual. Foto: C-Fam

Las mismas delegaciones occidentales que expresaron su apoyo a la libertad de religión en la Asamblea General también apoyan los esfuerzos para limitar la libertad de religión cuando se trata de cuestiones homosexuales/trans. Sólo se asocian con grupos religiosos pro-homosexuales/trans e intentan racionalizar dichas políticas a nivel internacional.

Stefano Gennarini y Iulia Cazan, NOVIEMBRE 11, 2023

Los gobiernos occidentales expresaron su apoyo a la libertad religiosa en la Asamblea General de la ONU, incluso mientras atacaban las creencias religiosas tradicionales sobre el matrimonio y la familia en todo el mundo.

En el comité de política social de la Asamblea General de finales de octubre, la Unión Europea prometió un «fuerte apoyo» a la libertad religiosa y dijo que

¹³⁵ZENIT Noticias – Center for Family and Human Rights / Nueva York. <https://es.zenit.org/2023/11/11/analisis-para-los-paises-occidentales-la-libertad-religiosa-termina-donde-comienzan-los-derechos-lgbt/> Traducción del original en lengua inglesa realizada por el director editorial de ZENIT.

«todo el mundo tiene derecho a creer y a no creer.» Estados Unidos estuvo de acuerdo y animó a los gobiernos a trabajar con las personas de fe como «socios».

Estas declaraciones no pueden tomarse al pie de la letra porque, durante años, los gobiernos occidentales sólo han apoyado un tipo de libertad religiosa, y es la que celebra y promueve las cuestiones homosexuales/trans.

De hecho, las mismas delegaciones occidentales que expresaron su apoyo a la libertad de religión en la Asamblea General también apoyan los esfuerzos para limitar la libertad de religión cuando se trata de cuestiones homosexuales/trans. Sólo se asocian con grupos religiosos pro-homosexuales/trans e intentan racionalizar dichas políticas a nivel internacional.

La oficina de derechos humanos de la ONU ha pedido recientemente a los gobiernos que limiten la libertad de religión cuando los líderes y grupos religiosos se opongan a las cuestiones homosexuales/trans. El informe, del que se hizo eco el Friday Fax¹³⁶ a principios de año, instaba a los gobiernos a censurar a los líderes religiosos con creencias tradicionales. Además, el informe pide que se apoye a los grupos religiosos disidentes que agitan en contra de las creencias tradicionales sobre el matrimonio y la familia. Quieren que los disidentes cambien las enseñanzas de las religiones desde dentro.

Ese informe de la ONU no era mera retórica. Estaba plenamente respaldado por el gobierno de Estados Unidos y funcionarios de la UE, y se basa en docenas de políticas y programas occidentales ya existentes que pretenden controlar la religión para promover cuestiones homosexuales/trans.

La agencia de desarrollo estadounidense publicó el mes pasado una política denominada «Construir puentes en el desarrollo: USAID's Strategic Religious Engagement Policy»¹³⁷, que exige explícitamente a los socios religiosos de USAID que acepten condiciones relacionadas con cuestiones homosexuales/trans en sus contratos. Tales condiciones han existido en USAID desde la administración Obama¹³⁸ y se mantuvieron durante la administración Trump¹³⁹. Ahora, la administración Biden ha dejado claro que no se permitirá a los grupos religiosos que no estén de acuerdo con la agenda homosexual/trans.

¹³⁶ https://c-fam.org/friday_fax/trans-activists-write-un-guidelines-on-trans-care/

¹³⁷ https://www.usaid.gov/sites/default/files/2023-09/USAID-Strategic-Religious-Engagement-Policy-9-6-23_1.pdf

¹³⁸ <https://www.usaid.gov/inclusivedevelopment/nondiscrimination-faq>

¹³⁹ https://usaidlearninglab.org/sites/default/files/resource/files/additional_help_for_ads_201_inclusive_development_180726_final_r.pdf

En 2020, durante el apogeo de la pandemia de COVID-19, la Comisión de la UE adoptó la primera estrategia a escala de la UE para cuestiones homosexuales/trans, que incluía un amplio conjunto de medidas de ingeniería social para imponer políticas uniformes en toda la Unión Europea. También prometió intensificar los esfuerzos diplomáticos y de ayuda exterior de la UE para promover las cuestiones homosexuales/trans en todo el mundo.

La Unión Europea es uno de los principales contribuyentes a proyectos que atacan a los líderes cristianos de toda Europa que se oponen al matrimonio entre personas del mismo sexo. La UE financia ILGA-Europa, el principal lobby europeo de defensa de los homosexuales y transexuales. Este grupo, famoso por negarse a condenar las relaciones sexuales entre adultos y niños, ha atacado recientemente a sacerdotes ortodoxos y otros líderes religiosos de Ucrania, Chequia, Eslovaquia y Turquía que no reconocen las uniones entre personas del mismo sexo y consideran pecaminosos los actos homosexuales.

Los líderes políticos europeos también están detrás de los ataques a la Iglesia católica por oponerse a la «ideología de género». Un informe del Parlamento de la UE¹⁴⁰ afirma que oponerse a la «ideología de género» es una «invención católica, con la Iglesia católica como principal defensora». El informe critica a los grupos católicos fieles por «presentarse como las verdaderas víctimas, como defensores de la fe, frente a los revolucionarios culturales intolerantes.»

La UE no se limita a condenar a los líderes religiosos que mantienen creencias tradicionales sobre el matrimonio y la familia. También quiere influir en las creencias religiosas y cambiarlas.

Un informe de la ONU¹⁴¹ publicado a principios de este año -con el apoyo de la UE- pedía a los gobiernos y fundaciones que apoyaran a los líderes religiosos favorables al matrimonio entre personas del mismo sexo y al aborto para «ofrecer un contrapeso práctico a la tendencia de los actores contrarios al género y a la familia a afirmar que hablan en nombre de comunidades religiosas enteras y a utilizar la religión como arma para restringir los derechos a la autonomía sexual y corporal».

Parece que la libertad religiosa es sólo para quienes comulgan con ciertas ideologías de la izquierda sexual.

¹⁴⁰ [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/653644/EXPO_BRI\(2021\)653644_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/653644/EXPO_BRI(2021)653644_EN.pdf)

¹⁴¹ <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/cfi-subm/2308/subm-colonialism-sexual-orientation-un-ios-unrisd-input-2.pdf>

Si no hay hijos no hay futuro

NUEVA YORK, 22 de septiembre (C-Fam)

La presidenta húngara, Katalin Novák, dijo a los líderes mundiales esta semana que la crisis demográfica derivada de las bajas tasas de natalidad y el envejecimiento es una amenaza mayor para la humanidad que el clima.

Novák se unió a otros jefes de Estado en su discurso de apertura de la 78ª Asamblea General de la ONU. Advirtió: “Una gran parte del mundo se enfrenta, además de la guerra, a una dificultad que lo oprime desde dentro. En Europa y en algunos de sus países el invierno demográfico se ha convertido en una edad de hielo. Si no se aborda esta cuestión, tendrá un impacto inconmensurable en nuestras economías, sociedades y seguridad en el futuro cercano”.

Novak elogió al director ejecutivo de Tesla, SpaceLink y X, Elon Musk, por proponer que el declive demográfico es una amenaza mayor para la humanidad que la crisis climática. "Se presta poca atención al cambio real e irreversible en el mundo", afirmó.

“Si no hay hijos no hay futuro. ¿De qué sirve cuidar la Tierra si no tenemos hijos y nietos a quienes heredársela? Si la falta de hijos se generaliza, si nacen menos niños que los que fallecen en nuestros países, nuestro amado mundo, que creemos que está asegurado, quedará destrozado”, afirmó.

Novak elogió el trabajo de su gobierno para promover las familias numerosas como el primero de su tipo en el mundo, incluido un alivio fiscal para las familias numerosas, así como incentivos financieros para que las parejas tengan más hijos.

“Nosotros, los húngaros, vemos la solución a la crisis demográfica en el fortalecimiento y el apoyo a las familias. Nuestro objetivo es tener una vida familiar plena y feliz y tener todos los hijos que las parejas jóvenes quieran”, explicó.

Novak también apuntó a los críticos de las políticas profamilia de su país.

“En el sistema europeo somos nosotros los que más gastamos en apoyo familiar. Esto no ha destruido la economía húngara. Por el contrario, fortalecer a las familias es positivo en términos económicos”, afirmó.

Novak se distanció de algunas de las posiciones de los países de Europa occidental con respecto a la patria potestad.

"Protegemos la libertad de los padres", enfatizó Novak. "Creemos firmemente que el derecho a criar a los hijos no pertenece al Estado, ni a las ONG, ni a los medios de comunicación, ni a la industria del conocimiento, sino a los padres".

Novak también afirmó que la protección de la familia tiene un valor cívico positivo para toda la sociedad.

“Cualquiera que tenga un hijo está dispuesto a luchar en cualquier momento para garantizar que su hijo pueda vivir en paz y libertad. Las familias transmiten sus valores de generación en generación ante cada dificultad, cada trauma histórico, cada desafío”, dijo.

Novak citó el trabajo de su propio país para promover la conciencia sobre la crisis demográfica y desarrollar soluciones, incluida la Cumbre Demográfica de Budapest que concluyó la semana pasada, la quinta cumbre anual de este tipo. La conferencia anual que reúne a demógrafos, economistas y líderes profamilia de todo el mundo envió un “mensaje claro”, dijo Novak.

“Las fuerzas profamilia defienden sus valores e intereses. Incluso en un momento en el que las ideologías antifamilia y antiniño están en una ofensiva sin precedentes. De hecho, especialmente entonces. Reconocemos que la familia es clave para la seguridad. Una familia fuerte, unida y sana es garantía de seguridad”, concluyó entre fuertes aplausos.

Un doble rasero con las “terapias de conversión”¹⁴²

FERNANDO RODRÍGUEZ-BORLADO, Aceprensa. 15 NOVIEMBRE, 2023



Daniel Tobias, vía Wikicommons.

Bev Jackson es una de las fundadoras de la Alianza LGB, una plataforma para la defensa de gais, lesbianas y bisexuales. Cualquier lector habrá echado en falta la T, en referencia a los transexuales. La ausencia no es ni mucho menos casual. Para Jackson, la transexualidad, o al menos el derecho a la autoafirmación de género, no existe. En diversos medios ha publicado artículos contra estas teorías, lo que le ha valido el calificativo de “tránsfoba” por parte de quienes las sostienen.

¹⁴² <https://www.aceprensa.com/firmas-aceprensa/un-doble-rasero-con-las-terapias-de-conversion/>

Se podría decir que Jackson no cree en la fluidez sexual, ni en lo que se refiere a la identidad ni a la orientación: los hombres son hombres, las mujeres son mujeres, y no pueden dejar de serlo; con los gais y lesbianas pasa lo mismo.

Para ella, por tanto, cualquier terapia “de conversión” para una persona homosexual, aunque solo consista en una charla con un psicólogo para explorar los motivos de su malestar, debe ser prohibida. Lo único que puede hacer un terapeuta ante una persona que sienta una atracción homosexual –incluso si la experimenta como algo problemático, que habitualmente es el motivo por el que acude al terapeuta– es afirmar esas inclinaciones y disolver cualquier reparo.

Sin embargo, cuando se trata de alguien que siente disforia de género, la cosa cambia. Según Jackson, prohibir que el terapeuta en esos casos “cuestione” los sentimientos del paciente no debería prohibirse. Es más, debería fomentarse.

¿Por qué? Lo explicaba en un artículo¹⁴³ publicado hace algo más de un mes en *Spiked*. La razón principal no es, por si alguien lo había pensado, proteger la libertad de expresión o de pensamiento de los terapeutas, o la relación entre ellos y sus pacientes –si fuera así, cabría aplicar lo mismo a la exploración de la orientación sexual–.

Lo que ocurre es que Jackson está convencida de que muchas de las personas que acaban siendo diagnosticadas con disforia de género y transitan social y/o biológicamente hacia el sexo contrario son, simplemente, gais, lesbianas o bisexuales. Condescender a sus sentimientos disfóricos sería negarles su verdadera identidad sexual. Por tanto, las terapias afirmativas en cuanto al género son una forma de discriminación contra el colectivo LGB.

Esta afirmación teórica ya ha sido llevada a la práctica. Hace poco se conocía que un hombre ha denunciado a un hospital de Boston¹⁴⁴ (Estados Unidos) por haberle suministrado un tratamiento con hormonas y posterior operación quirúrgica para cambiar de sexo, sin haber sopesado suficientemente sus antecedentes (su infancia marcada por un tortuoso desarrollo de la identidad sexual).

Lo lógico, por tanto, sería que se acusara al centro de negligencia profesional. Pero no: el cargo que se presenta es el de discriminación “por razón de sexo” en la asistencia sanitaria, pues el demandante considera, en la línea de lo que dice Jackson, que la terapia de transición de género estuvo motivada por un prejuicio anti-gay.

¹⁴³ <https://www.spiked-online.com/2023/09/18/banning-trans-conversion-therapy-is-a-threat-to-gay-kids/> Ver también <https://lgballiance.org.uk/>

¹⁴⁴ <https://www.city-journal.org/article/medicine-with-a-transgender-bias>

Curiosamente, cuando Jackson pide que los médicos cuestionen la supuesta disforia de género de sus pacientes, utiliza algunos de los argumentos que han empleado quienes defienden que se puedan ofrecer¹⁴⁵, a quienes lo soliciten, tratamientos para la atracción homosexual no deseada (TAHND).

Por ejemplo, se pregunta qué daño puede hacer una simple conversación con un psicólogo o un terapeuta, que es lo mismo que señalan quienes ofrecen tratamientos para la atracción homosexual no deseada (como reconoce Jackson, las “terapias agresivas” contra la homosexualidad –descargas eléctricas, choque de estímulos, etc.– que nunca se han practicado de forma general, hoy prácticamente han desaparecido).

Por otro lado, Jackson explica que la mayoría de personas que sienten disforia de género en su juventud terminan por identificarse como LGB. Pero cabría preguntarse si no pasará también que una buena parte de los que en un momento de su vida se plantean algunas dudas sobre su heterosexualidad –algo más frecuente en el comienzo de la adolescencia–terminan por descartarlas pasado el tiempo.

En cualquier caso, sean más o sean menos, lo deseable sería que cualquier persona que dude de su género o de su orientación sexual encuentre terapeutas preparados científicamente y, sobre todo, dispuestos a estudiar su caso concreto sin prejuicios. Ni Jackson es transfoba por reclamar cautela antes de un tratamiento de cambio de sexo, ni es homófobo quien se oponga a la prohibición de los TAHND.

¹⁴⁵ <https://www.aceprensa.com/sociedad/homosexualidad/el-doble-conflicto-de-las-personas-con-tendencias-sexuales-no-deseadas/>

Margarita del Val: "Uno de los virus más peligrosos que se conocen es el VIH"¹⁴⁶

En el ámbito de la virología, hay muchas diversidades de amenazas que pueden venir y hay que estar atentos a todas ellas. Para conocer más sobre esta cuestión, entrevistamos a Margarita del Val, química, investigadora científica, viróloga e inmunóloga en el Centro de Biología Molecular Severo Ochoa en Madrid.

MAR MUÑOZ, MADRID 21.10.2023

A menudo, subestimamos el poder del fracaso, ignorando su capacidad para moldear destinos y forjar caminos inesperados hacia el éxito como le ocurrió a **Margarita del Val**. Cuando comenzó a trabajar con los virus, trató de desarrollar una vacuna para una enfermedad que se consideraba una amenaza mundial: la **peste porcina africana**¹⁴⁷. Y lo sigue siendo porque ni sus investigaciones ni las de ningún investigador del mundo han funcionado. Tras este infausto episodio, su excepcional trayectoria ha alcanzado metas como entender el modo en que se defienden los virus en nuestro sistema inmunitario. Sus aportaciones no solo se limitan al ámbito de la investigación científica. La doctora del Val es un referente de opinión pública que permite conocer y concienciar sobre la prevención de enfermedades o el comportamiento y tendencia de los virus.

¿Cuáles son los virus más peligrosos que se conocen actualmente?

Sigue siendo muy peligroso el **virus de la inmunodeficiencia humana**¹⁴⁸. Parece que ya está amortizado y no. Sigue habiendo bastantes nuevas infecciones, precisamente porque hay gente que ha olvidado el riesgo que conlleva. Es un virus silencioso que tarda mucho tiempo en manifestar los síntomas peores. Se puede vivir de una manera muy sana con el virus de la inmunodeficiencia humana, pero hay que recordar que el tratamiento frente al VIH supone un tratamiento de por vida con los antirretrovirales. En el otro extremo, están aquellos virus que se transmiten más llamativamente. Por ejemplo, están los virus de las fiebres hemorrágicas. No se transmiten con tanta eficacia entre las personas y, a veces, incluso en zonas rurales con poco conocimiento sobre las infecciones, logran aislarlas. Es, por ejemplo, el caso del virus del ébola. Son fiebres hemorrágicas muy intensas, con una mortalidad

¹⁴⁶https://www.larazon.es/sociedad/margarita-val-uno-virus-mas-peligrosos-que-conocen-vih_202310216532e23fa1cbe0000174e0df.html

¹⁴⁷<https://www.larazon.es/sociedad/20201205/x2copysshvecvggvwoxghobnna.html>

¹⁴⁸<https://www.larazon.es/tags/vih/>

muy alta y sin embargo se pueden controlar en pocos casos. Hay muchas diversidades de amenazas que pueden venir y hay que estar atentos a todas ellas.

¿Cuáles son las estrategias más efectivas para controlar la propagación de un virus?

Más vale prevenir que curar. Aunque tenemos antivirales para tratar, lo mejor es vacunarse para evitar tener que tratar a una persona enferma. Sin embargo, para controlarlos también es importante respirar un aire renovado, un **aire de mayor calidad microbiológica**¹⁴⁹, un aire más limpio que nos permita confiar que en nuestros sitios de trabajo, de ocio o domicilios no nos vamos a contagiar cuando estemos muchas personas, igual que no nos contagiamos ya por un agua no potable o por una comida en mal estado. Precisamente, con el coronavirus hemos redescubierto la transmisión de agentes infecciosos por los aerosoles, por un aire muy saturado por haber sido respirada por otras personas. Pero así también se transmiten otros virus: la tuberculosis, el sarampión y otros agentes infecciosos como la gripe o el virus respiratorio sincitial en mayor o menor grado.

¿Cómo afecta la variabilidad genética de un virus a la eficacia de las vacunas?

La variabilidad genética está en la naturaleza de la vida. Todos variamos las personas también vamos variando cuando transmitimos nuestro material genético a nuestros hijos o cuando lo recibimos de nuestros padres. La variabilidad genética es la base de la diversidad, permite adaptarse a las especies. Sin embargo, en los virus por debajo de un cierto umbral, limita muy fuertemente la preparación de vacunas.

El coronavirus tiene una variabilidad genética suficientemente limitada como para que podamos hacer vacunas estables. El virus de la gripe es más variable y dificulta más el tener una vacuna estable es necesario imprescindible cambiarlas todos los años. El virus del VIH varía todavía más que estos dos. No hemos logrado hacer ninguna vacuna frente. Pero el que varía más es el **virus de la hepatitis C**¹⁵⁰, para el cual tampoco hemos logrado y casi ni intentado hacer vacunas frente a él.

¹⁴⁹https://www.larazon.es/sociedad/mejoria-calidad-aire-espana-2022_2023071364b03947f78688000145df1c.html

¹⁵⁰https://www.larazon.es/salud/aventura-eliminar-hepatitis-historia-exito_2023073064c5d31ef119100011432b2.html

La COVID-19 nos dio una lección sobre la importancia de los virus. Fue el catalizador del cambio exponencial en el ámbito digital. ¿También lo fue en el desarrollo de las vacunas?

Sí ha significado una revolución. Los organismos reguladores han aprobado más vacunas frente a nuevos agentes infecciosos. En Europa, por ejemplo, hay una nueva vacuna frente al dengue, que es una enfermedad que se está empezando a establecer en el Mediterráneo y que típicamente era tropical. Hay vacunas frente a un virus que llevamos décadas buscando una buena vacuna como el

[virus respiratorio sincitial](#)¹⁵¹.

Pero hay otros retos que todavía nos quedan por resolver, como vacunas que tengan una inmunidad a largo plazo. Para lo cual, es muy importante que tengamos una gran batería de tecnologías para producir vacunas. Necesitamos también hacer vacunas estables para que lleguen a cualquier país con pocos recursos, al último rincón, a los últimos niños que incluso no están registrados. Vacunas que sean fáciles de transportar. Necesitamos también vacunas que sean esterilizantes o cercanas con las que podamos ir arrinconando los virus porque las personas vacunadas prácticamente no contagian a sus contactos. Necesitamos avanzar en ello. Se está avanzando bastante, pero todavía hace falta bastante más investigación en ella.

¿Cree que las enseñanzas adquiridas durante la pandemia perduran?

Después de la pandemia, hemos tenido el **brote de encefalitis en Sevilla por el virus del Nilo occidental**. Muchos españoles no lo conocen porque se controló in situ. Hubo encefalitis que afectaban a todas las edades. En 2020, cuando estábamos en la fase de la desescalada y no queríamos otra pandemia, se controló con la colaboración de ciudadanos, científicos y autoridades. Y eso queda. No ha vuelto a haber un brote tan fuerte como hubo en aquel momento. Se conserva la reacción rápida frente a las infecciones y lo vimos con la epidemia mundial de la viruela MPox. Se logró colaboración muy intensa por parte de los ciudadanos que se han vacunado en cuanto se les ha ofrecido una vacuna y se ha evitado que haya, incluso, una segunda ola.

Sí se conserva parte del aprendizaje, pero tenemos que incidir más en estar más preparado para la siguiente porque puede ser muy dura. Y tenemos que lograr que no haya pandemias que se extienda a todo el mundo, sino que se quede en algo más local, en epidemias locales o incluso solo en brotes.

¹⁵¹https://www.larazon.es/madrid/madrid-inicia-hoy-campana-vacunacion-vrs-ninos_20231002651a622c4fd7bf00014d56f5.html

¿Qué recomendación daría para gestionar estas futuras amenazas?

Para gestionar futuras amenazas, lo primero es conocerlas y esto será sencillo porque hay muchísima más vigilancia que antes. Cualquier enfermedad que nos venga de fuera, bien sea por contaminantes químicos o biológicos por agentes infecciosos, cuanto más la evitemos en su origen, mejor preparados estaremos. En ese sentido, conocer las distintas familias del virus, su idiosincrasia, nos ayuda mucho a preparar vacunas y antivirales que sean un poco de más amplio espectro y que nos permitan combatir más infecciones a la vez. Lo segundo es colaborar y lo tercero es actuar muy temprano.

En su opinión, ¿cuáles son hoy en día las deficiencias más graves de nuestro sistema sanitario?

Tenemos un Sistema Nacional de Salud espectacular, público. Además de atender al ciudadano, tiene técnicas punteras en medicina personalizada y está aplicando lo más novedoso en el campo. No tenemos que olvidar nunca la base de la pirámide de este, que es la atención primaria. La tenemos que cuidar muchísimo y, además, previo a ello, la salud pública y la prevención tanto en infecciones como en modos de vida (buena alimentación, ejercicio, etcétera). Creo que es muy importante que se invierta en ello.

¿A qué panorama nos acercan todos estos avances en virología?

La investigación y el desarrollo en virología nos acerca a que sea verdad que, infecciones que con las que convivimos y que casi damos por descontadas, que nos hacen sufrir cada invierno o en cada viaje, puedan casi prácticamente desaparecer de nuestra vida. Que las infecciones que asolan el Tercer Mundo, sobre todo a los niños pequeños, desaparezcan. Que podamos contar con esos medios para la educación y para el desarrollo de esos países.

Los científicos somos muy útiles para la sociedad. Cuando estamos calentando motores y no hay una emergencia, estamos generando conocimiento continuamente. Cuando surge esta emergencia, saltamos inmediatamente para aplicar todos nuestros conocimientos en la sociedad. Contribuimos a que una sociedad más informada tome las decisiones con una opinión propia. Somos comunicadores de la ciencia en colaboración, por supuesto, con los medios de comunicación que nos traen las inquietudes de la sociedad.

VERSIÓN ACTUALIZADA DEL CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA¹⁵²

La Asociación Médica Mundial acordó y publicó una versión actualizada del Código Internacional de Ética Médica.

El Código revisado¹⁵³, considerado como la base de los principios éticos para los médicos de todo el mundo, define los deberes profesionales de los médicos hacia sus pacientes, otros médicos y profesionales de la salud, ellos mismos y la sociedad en su conjunto. Fue adoptado hoy en una votación unánime en la Asamblea General anual de la AMM en Berlín por líderes médicos de casi 60 asociaciones médicas nacionales.

El Código fue adoptado por primera vez en 1949 y revisado por última vez en 2006, y la nueva versión incluye por primera vez secciones sobre la autonomía del paciente, el bienestar del médico, el tratamiento a distancia y la sustentabilidad ambiental.

El proceso de revisión le ha llevado a la AMM tres años e incluyó varias conferencias regionales de expertos y consultas públicas.

Durante los debates, la propuesta más polémica se refería a la derivación obligatoria, obligando a los médicos que se oponen a procedimientos controvertidos como el suicidio asistido por un médico o el aborto a derivar a un médico dispuesto. Después de un debate considerable, se llegó a un acuerdo de compromiso que no requiere que los médicos deriven en caso de objeción de conciencia. Mas bien, el compromiso dice que “la objeción de conciencia del médico a la provisión de cualquier intervención médica legal solo puede ejercerse si el paciente individual no sufre daños o discriminación y si la salud del paciente no está en peligro”.

“El médico debe informar inmediata y respetuosamente al paciente de esta objeción y del derecho del paciente a consultar a otro médico calificado y proporcionar información suficiente para que el paciente pueda iniciar dicha consulta de manera oportuna”.

El Código dice que los médicos deben respetar no sólo la dignidad y los derechos de los pacientes, sino que también menciona explícitamente su

¹⁵² <https://www.wma.net/es/news-post/version-actualizada-del-codigo-internacional-de-etica-medica/>

¹⁵³ <https://www.wma.net/es/polices-post/codigo-internacional-de-etica-medica/> ;
<https://pdf-it.dev.acw.website/please-and-thank-you?url=https://www.wma.net/es/polices-post/codigo-internacional-de-etica-medica/&pdfName=codigo-internacional-de-etica-medica>

autonomía. Por primera vez, el Código se refiere a la salud ambiental y dice: «El médico debe esforzarse por practicar la medicina de manera ambientalmente sostenible con miras a minimizar los riesgos ambientales para la salud de las generaciones actuales y futuras».

Se incluye el tratamiento a distancia por primera vez. El Código dice: “Al prestar atención médica a distancia, el médico debe asegurarse de que esta forma de comunicación sea médicamente justificable y que se preste la atención médica necesaria. El médico también debe informar al paciente sobre los beneficios y las limitaciones de recibir atención médica a distancia, obtener el consentimiento del paciente y garantizar que se mantenga la confidencialidad del paciente. Siempre que sea médicamente apropiado, el médico debe tratar de prestar atención al paciente a través del contacto directo y personal”.

COMENTARIO¹⁵⁴

[...] No están las cosas mejor para los médicos y el Código Internacional de Ética Médica aplasta el derecho del médico a oponerse. Sólo cuenta la autodeterminación del paciente para el aborto, la transexualidad, la inseminación artificial o la eutanasia.

En este Código, cuyas disposiciones se dirigen virtualmente a los médicos de todo el mundo, se arrincona la objeción de conciencia para favorecer siempre y en todo caso la voluntad del paciente: «El médico debe ejercer la medicina de manera justa y equitativa y proporcionar un tratamiento basado en las necesidades de salud del paciente sin perjuicio o discriminación injusta por motivos de edad, enfermedad o discapacidad, credo, origen étnico, género, nacionalidad, afiliación política, raza, cultura, género, orientación, posición social o cualquier otro factor”.

¹⁵⁴ SPECOLA. *Objeción de conciencia*. En «Infovaticana», 13 agosto, 2023.

[<https://infovaticana.com/blogs/specola/entre-herejias-y-apostasias-el-populismo-del-papa-francisco-un-opus-dei-sin-fieles-zuppi-y-el-funeral-queer-objecion-de-conciencia-el-hombre-no-existe/>]. Ver también TOMMASO SCANDROGLIO. *La "Medicina unica" muove guerra ai medici obiettori*. En «Bussola Quotidiana», 12-08-2023.

[https://lanuovabq.it/it/la-medicina-unica-muove-guerra-ai-medici-obiettori?fbclid=IwAR2E3KaMWFAG9J_96qUFm44Jviu2RMmGqXKg9Ojhf9LKaTXQdEPmTjgW4mI].

«La objeción de conciencia del médico a la realización de cualquier intervención médica lícita puede ser ejercido sólo si el paciente individual no sufre daño o discriminación y si la salud del paciente no está en peligro».

CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA DE LA AMM

Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949. Enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sídney, Australia, agosto 1968, la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983, la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006, y por la 73ª Asamblea General de la AMM, Berlín, Alemania, octubre 2022

INTRODUCCIÓN

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha elaborado el Código Internacional de Ética Médica como un canon de principios éticos para los miembros de la profesión médica en todo el mundo. En concordancia con la Declaración de Ginebra, el Juramento del Médico y todo el conjunto de políticas de la AMM, define y aclara los deberes profesionales de los médicos hacia sus pacientes, otros médicos y profesionales de la salud, ellos mismos y la sociedad en general.

El médico debe conocer las normas y estándares éticos, legales y reglamentarios nacionales aplicables, así como las normas y estándares internacionales pertinentes.

Dichas normas y estándares no deben reducir el compromiso del médico con los principios éticos establecidos en este Código.

El Código Internacional de Ética Médica debe leerse en su conjunto y cada uno de sus párrafos constituyentes debe aplicarse teniendo en cuenta todos los demás párrafos pertinentes. De acuerdo con el mandato de la AMM, el Código se dirige a los médicos. La AMM insta a otras personas involucradas en la atención sanitaria a adoptar estos principios éticos.

PRINCIPIOS GENERALES

1.El deber principal del médico es promover la salud y el bienestar de los pacientes individuales proporcionando atención competente y compasiva de acuerdo con las buenas prácticas médicas y con profesionalismo.

El médico también tiene la responsabilidad de contribuir a la salud y al bienestar de la población a la que atiende y de la sociedad en general, incluidas las futuras generaciones.

Al prestar atención médica, el médico debe respetar la vida y dignidad humana y la autonomía y los derechos del paciente.

2. El médico debe ejercer la medicina de forma justa y equitativa, y prestar atención en función de las necesidades de salud del paciente sin prejuicio o discriminación injusta en función de la edad, enfermedad o discapacidad, credo, origen étnico, género, nacionalidad, afiliación política, raza, cultura, orientación sexual, posición social o cualquier otro factor.

3. El médico debe esforzarse por utilizar los recursos sanitarios de la manera que beneficie óptimamente al paciente, mientras sean consistentes con la administración justa, equitativa y prudente de los recursos compartidos que se le confían.

4. El médico debe ejercer con conciencia, honestidad, integridad y responsabilidad, y siempre aplicar su opinión profesional independiente y mantener el más alto nivel de conducta profesional.

5. Los médicos no deben permitir que su opinión profesional se vea influida por la expectativa de beneficiarse a sí mismos o a su institución. Deben reconocer y evitar los conflictos de intereses reales o potenciales. Cuando dichos conflictos sean inevitables, deben declararse con antelación y gestionarse adecuadamente.

6. Los médicos deben asumir la responsabilidad de sus decisiones médicas y no deben alterar las opiniones médicas profesionales sólidas sobre la base de instrucciones de personas que no son médicos.

7. Cuando sea médicamente apropiado el médico debe colaborar con otros médicos y profesionales de la salud que estén involucrados en el cuidado del paciente o que estén cualificados para evaluar o recomendar opciones de tratamiento. Esta comunicación debe respetar la confidencialidad del paciente y limitarse a la información necesaria.

8. Cuando proporcione una certificación profesional, el médico solo debe certificar lo que ha verificado personalmente.

9. Los médicos deben proporcionar ayuda en las emergencias médicas, considerando su propia seguridad y competencia, y la disponibilidad de otras opciones viables de atención.

10. El médico nunca debe participar o facilitar actos de tortura, castigos u otras prácticas crueles, inhumanas o degradantes.

11. El médico debe tener un aprendizaje continuo a lo largo de su vida profesional, a fin de mantener y desarrollar su conocimiento profesional y habilidades.

12. El médico debe esforzarse por ejercer la medicina de manera sostenible desde el punto de vista medioambiental, a fin de minimizar los riesgos de salud medioambiental para las generaciones actuales y futuras.

Deberes hacia el paciente

13. El médico debe prestar atención médica con respeto por la dignidad, la autonomía y los derechos del paciente. El médico debe respetar el derecho del paciente a aceptar o rechazar libremente la atención, conforme a sus valores y preferencias.

14. El médico debe comprometerse con la primacía de la salud y el bienestar del paciente y debe ofrecer atención en el interés superior del paciente. Al hacerlo, el médico debe esforzarse en prevenir o minimizar daños al paciente y buscar un equilibrio positivo entre el beneficio previsto al paciente y los posibles daños.

15. El médico debe respetar el derecho del paciente a ser informado en cada fase del proceso de atención. El médico debe obtener el consentimiento informado voluntario del paciente antes de cualquier atención médica proporcionada, asegurándose de que el paciente reciba y comprenda la información que necesita para tomar una decisión independiente e informada sobre la atención propuesta. El médico debe respetar la decisión del paciente de mantener o retirar el consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo.

16. Cuando un paciente tiene una capacidad de toma de decisiones sustancialmente limitada, subdesarrollada, alterada o fluctuante, el médico debe involucrar al paciente lo más posible en las decisiones médicas. Además, el médico debe consultar con el representante de confianza del paciente, si está disponible, para tomar decisiones de acuerdo con las preferencias del paciente, cuando estas sean conocidas o puedan inferirse razonablemente. Cuando las preferencias del paciente no puedan determinarse, el médico deberá tomar las decisiones en el interés superior del paciente. Todas las decisiones deberán tomarse de acuerdo con los principios establecidos en este Código.

17. En casos de emergencia, cuando el paciente no puede participar en la toma de decisiones y no se encuentre fácilmente disponible un representante, el médico puede iniciar el tratamiento sin el consentimiento informado previo en

el interés superior del paciente y con respeto de las preferencias del paciente, cuando se conozcan.

18. Si el paciente recupera la capacidad de tomar decisiones, el médico debe obtener el consentimiento informado antes de realizar otras intervenciones.

19. El médico debe comunicarse y ser considerado con otros, cuando estén disponibles, que son fundamentales para la atención del paciente, considerando las preferencias y el interés superior del paciente y con el debido respeto de la confidencialidad del paciente.

20. Si algún aspecto del cuidado del paciente supera la capacidad de un médico, este debe consultar o derivar al paciente a otro médico o profesional de la salud apropiadamente cualificado que tenga la capacidad necesaria.

21. El médico debe asegurar documentación médica precisa y oportuna.

22. El médico debe respetar la confidencialidad del paciente, incluso después de la muerte del paciente. El médico puede divulgar información confidencial si el paciente proporciona el consentimiento informado de forma voluntaria o, en casos excepcionales, cuando la divulgación sea necesaria para salvaguardar una obligación ética importante y primordial para la cual todas las demás posibles soluciones se hayan agotado, incluso cuando el paciente no puede o no otorga su consentimiento para la misma. Esta divulgación debe limitarse a la mínima información necesaria, los destinatarios y la duración.

23. Si un médico actúa en nombre de o informa a terceros con respecto a la atención de un paciente, el médico deberá informar a los pacientes en consecuencia y cuando corresponda durante cualquier interacción. El médico debe revelar al paciente la naturaleza y el alcance de ese compromiso y debe obtener el consentimiento previo para continuar interactuando con el paciente.

24. El médico debe abstenerse de publicidad y comercialización intrusivas o de otro modo inadecuadas y asegurarse de que toda la información utilizada por él en publicidad y comercialización sea objetiva y no engañosa.

25. El médico no debe permitir que los intereses comerciales, financieros o de otro tipo influyan sobre la opinión profesional del médico.

26. Al prestar consulta médica o tratamiento de manera remota el médico debe asegurarse de que esta forma de comunicación sea médicamente justificable y de que se proporcione la atención médica necesaria. El médico también debe informar al paciente sobre los beneficios y límites de recibir consulta médica y tratamiento de forma remota, obtener el consentimiento del paciente y garantizar que se respete la confidencialidad del paciente. Siempre que sea

médicamente apropiado, el médico debe tratar de prestar consultas y tratamientos médicos al paciente a través del contacto personal directo.

27. El médico debe mantener los límites profesionales adecuados. El médico nunca debe tener relaciones abusivas, explotadoras u otras relaciones o conducta inapropiadas con un paciente y no debe mantener relaciones sexuales con un paciente actual.

28. Con el fin de prestar atención del más alto nivel, los médicos deben cuidar de su propia salud, bienestar y capacidades. Esto incluye buscar la atención adecuada para garantizar que puedan ejercer de forma segura.

29. Este Código representa los deberes éticos del médico. Sin embargo, en algunos temas existen profundos dilemas morales respecto de los cuales los médicos y los pacientes pueden tener creencias de conciencia profundamente consideradas pero contradictorias.

El médico tiene la obligación ética de minimizar las interrupciones de la atención al paciente. La objeción de conciencia del médico a la provisión de cualquier intervención médica legal solo puede ejercerse si el paciente individual no sufre daño o discriminación y si la salud del paciente no está en peligro.

El médico debe informar de inmediato y respetuosamente al paciente de esta objeción y del derecho del paciente a consultar a otro médico calificado y proporcionar información suficiente para que el paciente pueda iniciar dicha consulta de manera oportuna.

Deberes hacia otros médicos, profesionales de la salud, estudiantes y otro personal

30. El médico debe relacionarse con otros médicos profesionales de la salud y otro personal de manera respetuosa y colaborativa, sin sesgo ni mantener una conducta de acoso o discriminatoria. El médico también debe asegurarse de que se respeten los principios éticos cuando trabaje en equipo.

31. El médico debe respetar las relaciones médico-paciente de sus colegas y no intervenir a menos que lo solicite otra parte o sea necesario para proteger al paciente de daños. Esto no debe impedir que el médico recomiende acciones alternativas consideradas en el interés superior del paciente.

32. El médico debe informar a las autoridades correspondientes sobre las condiciones o circunstancias que impidan al médico u otros profesionales de la salud prestar una atención de la más alta calidad o que impidan respetar los principios de este Código, incluida cualquier forma de abuso o violencia contra

los médicos y otro personal de la salud, las condiciones de trabajo inadecuadas u otras circunstancias que producen niveles excesivos y sostenibles de estrés.

33. El médico debe conceder el debido respeto a los profesores y estudiantes.

Deberes hacia la sociedad

34. Los médicos deben apoyar la prestación de atención médica justa y equitativa. Esto incluye abordar las desigualdades en la salud y la atención, los determinantes de estas desigualdades, así como las violaciones de los derechos tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud.

35. Los médicos desempeñan un papel importante en asuntos relacionados con la salud, la educación y la formación sanitarias. En el cumplimiento de esta responsabilidad, los médicos deben ser prudentes al discutir nuevos descubrimientos, tecnologías o tratamientos en lugares públicos no profesionales, incluidas las redes sociales y deben asegurarse de que sus declaraciones sean científicamente precisas y comprensibles.

Los médicos deben indicar si sus propias opiniones son contrarias a la información científica basada en la evidencia.

36. Los médicos deben apoyar la investigación médica científicamente sólida de acuerdo con la Declaración de Helsinki¹⁵⁵ de la AMM y la Declaración de Taipei¹⁵⁶ de la AMM.

37. Los médicos deben evitar actuar de tal manera que debiliten la confianza del público en la profesión médica. Para mantener esta confianza, los médicos deben tener, ellos y sus colegas médicos, los más altos estándares de conducta profesional y estar preparados para denunciar todo comportamiento que entre en conflicto con los principios de este Código a las autoridades apropiadas.

38. Los médicos deben compartir conocimiento y experiencia médicos para el beneficio de los pacientes y el avance de la atención médica como también la salud pública y global.

Obligaciones como miembro de la profesión médica

39. El médico debe seguir, proteger y promover los principios éticos de este Código. El médico debe ayudar a prevenir los requisitos éticos, legales, organizacionales o reglamentarios nacionales o internacionales que perjudiquen cualquiera de las obligaciones establecidas en este Código.

¹⁵⁵<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

¹⁵⁶<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-las-consideraciones-eticas-de-las-bases-de-datos-de-salud-y-los-biobancos/>

40. El médico debe apoyar a los compañeros médicos en el cumplimiento de las responsabilidades establecidas en este Código y tomar medidas para protegerlos de la influencia indebida, el abuso, la explotación, la violencia o la opresión.

Inteligencia Artificial. Simoncelli: Se le confían decisiones extremas, como la vida o la muerte¹⁵⁷



Las populares aplicaciones móviles que explotan la Inteligencia Artificial para proporcionar momentos de entretenimiento.

Por: Simone Varisco, ENERO 09, 2023

(ZENIT Noticias – [Caffe Storia](#) / Roma, 09.01.2023).- Suele decirse –y con razón– que la guerra es inhumana. Por desgracia, cada vez lo es más. Es la consecuencia del despliegue en los escenarios de conflicto de una nueva generación de armamento que utiliza Inteligencia Artificial: LAWS, siglas de Lethal Autonomous Weapon System (Sistema de Armas Autónomas Letales).

Armas capaces de seleccionar y atacar un objetivo sin apoyo humano. Algoritmos diseñados para matar humanos en lugar de humanos. Bombas más inteligentes que «inteligentes». Con todo lo que ello conlleva, también en términos éticos. ¿Cómo se evaluará un uso excesivo de la fuerza frente a la amenaza en el campo de batalla? «En caso de error, es decir, de asesinato de

¹⁵⁷ <https://es.zenit.org/2023/01/09/inteligencia-artificial-simoncelli-se-le-confian-decisiones-extremas-como-la-vida-o-la-muerte/?fbclid=IwAR3DtzXfMCA6Y8lcHDeDJUNasXXL8MdGk81PsVaPUDzk7f90jM3B7-E6rs>

inocentes, es muy difícil atribuir responsabilidades. ¿Y qué espacio se dará a la rendición de un enemigo, sin que alguien le mire a los ojos?

No es de extrañar que las Inteligencias Artificiales sean una preocupación creciente también para la Iglesia, que ya les ha dedicado no pocos momentos. Lejos del desarme: el camino decisivamente tomado parece ser, más bien, el del aumento de los gastos de guerra y el refuerzo de la oposición armada como supuesta forma de resolver los conflictos.

Hablo de ello con el profesor Maurizio Simoncelli, historiador y experto en geopolítica, vicepresidente y cofundador del Instituto Internacional de Investigación Archivio Disarmo (IRIAD). Entre sus numerosas publicaciones, LAWS Lethal Autonomous Weapons Systems. The Issue of Lethal Autonomous Weapons and Possible Italian and European Actions for an International Agreement, un informe de investigación elaborado para el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación Internacional (2020).



Pregunta: Profesor Simoncelli, decimos Inteligencia Artificial, pero quizá sería más correcto hablar de ella en plural. ¿Cuál es la diferencia entre una IA «para teléfonos móviles» y una diseñada para la guerra?

Respuesta: En términos generales, la Inteligencia Artificial (IA), simplificando al extremo, es la capacidad de una máquina para replicar la percepción, el aprendizaje, la toma de decisiones y el comportamiento humanos mediante hardware, software y algoritmos que trabajan juntos para hacer frente y resolver.

La IA aplicada en el sector civil –como en la telefonía móvil, pero también en sanidad, medio ambiente, logística, etc.– es sin duda extremadamente útil. Otra cosa es cuando se destina a un uso militar, es decir, bélico, porque se le confían decisiones especialmente delicadas y complejas, cuando no extremas, como en el caso de vida o muerte.

Pregunta: ¿Existe algún tipo de relación entre las aplicaciones que emplean Inteligencia Artificial y el uso de la guerra?

Respuesta: La conexión existe realmente, porque no sólo las tecnologías básicas son similares, sino también porque, por ejemplo, el uso de teléfonos móviles puede servir para detectar un objetivo, para rastrear movimientos. Varios terroristas, por ejemplo, han sido eliminados porque fueron detectados y rastreados mediante el uso de teléfonos móviles. Obviamente, la IA destinada al sector militar es mucho más compleja y responde a multitud de necesidades, como, por ejemplo, procesar una enorme cantidad de datos para ofrecer resultados en muy poco tiempo y tomar decisiones irrevocables. Además, basta pensar en el uso de la IA con fines represivos por parte de un régimen autoritario: las armas autónomas podrían ser, en este sentido, una excelente herramienta contra las protestas populares, sin temor a escrúpulos éticos o políticos. Basta pensar en el uso del reconocimiento facial que ya se está llevando a cabo en China, por ejemplo, y en las consecuencias que esto tiene para el control de las personas.

Pregunta: ¿Para qué sirven las LEYES?

Respuesta: Hablamos de LEYES en relación con la IA aplicada al armamento –sistemas antiaéreos, misiles, buques, etc.– periodísticamente denominados «robots asesinos». En las guerras del tercer milenio, aquellas en las que la tecnología es cada vez más avanzada, hay dos motivaciones detrás de las LEYES. La primera es la tendencia a confiar cada vez más el enfrentamiento armado a las máquinas para ahorrar el mayor número posible de vidas humanas, de las propias fuerzas armadas, no del adversario. La segunda está relacionada precisamente con la necesidad de acortar cada vez más el tiempo necesario para la recogida de datos, su análisis y la toma de decisiones. Los misiles hipersónicos, especialmente rápidos e insidiosos por su trayectoria relativamente baja, son detectables por los sistemas actuales mucho más tarde que los misiles balísticos tradicionales. Esto requiere tiempos de reacción cada vez más cortos, que el componente humano tiene dificultades para mantener. Confiar cualquier decisión sobre una acción con misiles nucleares a la IA y a LAWS parece decididamente arriesgado.

Pregunta: Pero, ¿se trata de ciencia ficción o estas armas ya se utilizan en la guerra? Y puede que ya hayan matado...

Respuesta: Por desgracia, no estamos hablando de ciencia ficción. Ya existen las llamadas municiones de merodeo, es decir, municiones de bombardeo lanzadas en circuito o drones kamikaze que, una vez lanzados, buscan por sí solos el objetivo previsto; CIWS, dispositivos móviles de defensa antiaérea y antimisiles; municiones guiadas de precisión, las llamadas «bombas inteligentes», capaces de corregir en vuelo y en tiempo real el objetivo inicial o cualquier error posterior; vehículos terrestres no tripulados, Unmanned Ground Vehicles (UGV); y vehículos marinos no tripulados, Unmanned Marine Vehicles (UMV). A todos ellos podemos añadir el enjambre, una colección de sistemas individuales que interactúan y operan colectivamente, lo que representa un paso más hacia nuevas armas futuristas. Según fuentes periodísticas, en Ucrania, y posiblemente también en Libia, tales armas han tenido su bautismo de fuego.



Pregunta: Y el de la sangre, cabe imaginar. Parece, pues, una conclusión inevitable que se avecina un nuevo cambio en la forma de hacer la guerra. ¿Cuáles son las consecuencias de la desaparición de la intervención humana directa en el combate, confiada en su lugar a algoritmos automatizados?

Respuesta: Estos nuevos escenarios bélicos ven la progresiva marginación del componente militar, cada vez menos necesario, en favor de las «batas blancas», que supervisan la guerra robotizada. Hasta la fecha, se trata de una imagen

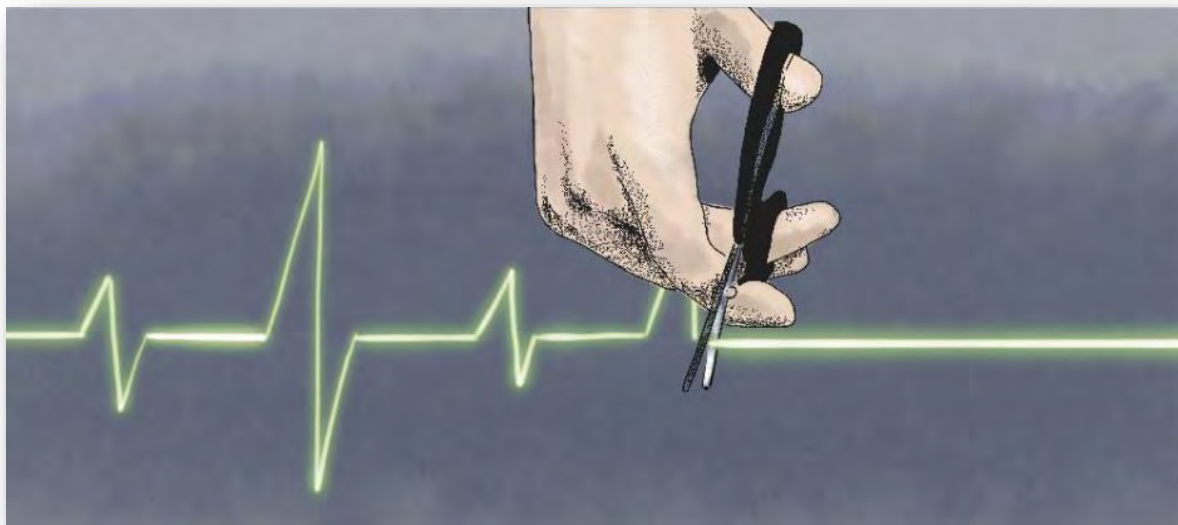
futurista, pero dadas las enormes inversiones mundiales en IA –500.000 millones de dólares estimados en 2023–, es una perspectiva que debemos considerar detenidamente. Si tenemos en cuenta que los expertos también detectan un porcentaje de errores en la IA y los algoritmos, el panorama es aún más preocupante. Aunque esta nueva frontera tecnológica, codiciada tanto por Rusia como por Estados Unidos, es «fascinante», no hay que olvidar que las grandes potencias han perdido varias guerras frente a una resistencia armada mucho más simple, desde Vietnam hasta Afganistán. Con mi instituto de investigación Archivo Disarmo, hemos realizado varios estudios sobre el problema y pronto publicaremos un libro con prólogo del Premio Nobel de Física Giorgio Parisi.

Pregunta: Está claro que se plantean graves cuestiones éticas. ¿Qué están haciendo, o podrían hacer aún, la Iglesia católica y las comunidades religiosas a este respecto?

Respuesta: Evidentemente, en el caso de un error de LAWS, es decir, de la muerte de inocentes, es muy difícil atribuir responsabilidades, ya que obviamente no se puede procesar a la máquina: ¿hay que atribuir la responsabilidad al fabricante, al encargado del mantenimiento, al programador del algoritmo, a quienes decidieron su ubicación, a los generales que subestimaron los riesgos, a los políticos que aprobaron los programas de financiación, o a la acción perturbadora de un adversario? A escala internacional, en el marco de la Convención de la ONU sobre Ciertas Armas Convencionales, los gobiernos no han logrado ponerse de acuerdo sobre normas y límites compartidos, debido principalmente a la oposición de las grandes potencias. La Iglesia Católica se ha pronunciado totalmente en contra de LAWS, y los expertos de la campaña internacional «Stop Killer Robots», que se oponen a esta nueva carrera armamentística, reclaman un control humano significativo, lo que significa que el permiso final para disparar debe confiarse exclusivamente a los humanos. Los creyentes, y no sólo ellos, deberían conocer esta realidad y hacer oír su voz ante los gobiernos, quizá apoyando la Campaña, que en Italia dirige la Red Italiana de Paz y Desarme.

Traducción del original en lengua italiana realizada por el director editorial de ZENIT

Así es el macabro plan de Canadá para aplicar la eutanasia a enfermos mentales¹⁵⁸



Lu Tolstova. Se trata de un nuevo ejemplo de pendiente resbaladiza

María Fernández, Madrid 22/01/2023

El Gobierno canadiense quiere volver a reformar la ley de eutanasia para incluir a personas con enfermedades mentales, una medida que ha sido duramente criticada por los expertos en salud mental, que se preguntan si la legislación ha ido demasiado lejos.

La propuesta de ley está creando en el país norteamericano diversas controversias. Muchos médicos han alzado la voz y se preguntan si la **legislación sobre la eutanasia en el país** ha llegado demasiado lejos.

Las cifras son preocupantes: el primer año de la legalización de la eutanasia, se contabilizaron mil muertes. Pero este número ha ido creciendo cada año hasta alcanzar las 10.064 personas, **el 3,3 % de todos los decesos en el país**.

Y no parece suficiente para los legisladores canadienses, ya que la tercera reforma incluirá a enfermos mentales. En el año 2016 se creó el **Programa de Asistencia Médica para morir en Canadá (MAID)**, cuya función es

¹⁵⁸https://www.eldebate.com/sociedad/20230122/canada-idea-plan-personas-enfermedades-mentales-accedan-eutanasia_87670.html

acompañar y asesorar a las personas adultas con enfermedades terminales. En 2021 sufrió un cambio y ya podían asistir personas con afecciones físicas graves y crónicas, aunque no supusiesen un riesgo para su vida. Es, sin duda, un claro ejemplo de pendiente resbaladiza que va a más.

La muerte fácil

Esta modificación ha provocado una gran controversia. El fallo hizo que Canadá se uniera a países como Bélgica que permite la eutanasia en personas que **no tienen ningún tipo de enfermedad terminal**.

El Gobierno asegura que la ley «**protege a los canadienses vulnerables** y respeta la autonomía del paciente» pero lo cierto es que se permite que personas sin enfermedades mortales puedan solicitar la eutanasia, aunque en estos casos deberán ser evaluados por dos médicos independientes.

Fueron tales las críticas que recibió el Ejecutivo que decidió aplazar la decisión para permitir «estudios adicionales» a pesar de la oposición de la Asociación Canadiense de Salud Mental, que ha advertido que «no es posible» determinar si algún caso particular de enfermedad mental es incurable.



Activistas climáticos con Greta Thunberg a la cabeza en SuizaAFP

No son más que dóciles alumnos, rebeldes conformistas que repiten como loros las consignas lanzadas desde el poder

Jorge Soley, 21/01/2023

Es el último grito. Súper viral. Un bombazo en redes sociales, por no hablar de las miradas cómplices y las palmaditas en la espalda de tus colegas. Hay que **salvar el planeta** y para ello, nos quieren hacer creer, lo más eficaz es dar un golpe mediático que haga tomar conciencia a la humanidad de la gravedad del asunto.

Empezaron cortando carreteras (y exponiéndose a la ira de los conductores, aún poco concienciados) y pegándose con «superglue» en **concesionarios de coches**, pero cuando los de **Volkswagen** los dejaron allí, pegados junto a esas monstruosas aberraciones contaminantes durante 24 horas (sin comida, calefacción, ni poder ir al baño), los muchachos de Extinction Rebellion o Just Stop Oil cambiaron de estrategia y se lanzaron, con furor fanático, a lanzar botes de salsa de tomate a conocidos cuadros expuestos en venerables museos. Klimt,

¹⁵⁹https://www.eldebate.com/cultura/20230121/eoactivistas-conformismo-adeptos-secta-climatica_87693.html

Vermeer, Van Gogh o Monet forman ya parte de la prestigiosa lista de cuadros que han sufrido el ataque de estos ecoactivistas.

¿Qué hay detrás de estas acciones? Para muchos no son más que las **acciones frívolas de adolescentes enajenados**, un ataque a nuestra cultura y civilización. No tan rápido, advierte Emmet Penney desde la revista norteamericana *Compact Magazine*: «la aparente postura antiartística de estos activistas se alinea de hecho con los valores dominantes en las principales instituciones del arte y la cultura occidentales, que hace tiempo abrazaron los antaño escandalosos valores de la vanguardia, mercantilizada y desprovista ahora de cualquier horizonte utópico. El nihilismo sin futuro del mundo artístico de élite coincide en gran medida con el de Just Stop Oil».

De hecho, resulta muy significativa la selección de objetivos: nunca un ataque contra pinturas abstractas o conceptuales, sino siempre contra **reconocidas pinturas del mejor arte figurativo**, de esas que les gustan a tus padres. Como si fueran niños consentidos, los **ecoactivistas** atacan los cuadros preferidos de sus papis, como si quisieran espetarles: «mirad lo que me habéis obligado a hacer por culpa de vuestro estilo de vida poco sostenible».

En cualquier caso, aunque es poco probable que los ecoactivistas de la salsa de tomate lo hayan leído, lo cierto es que bien podrían haberse inspirado en lo que **Malevich** escribió en 1919, en plena guerra civil rusa, cuando las obras de arte de tantos museos se vieron amenazadas de destrucción: «La vida sabe lo que hace y si se esfuerza por destruir, no hay que interferir, ya que al obstaculizarla estamos bloqueando el camino a una nueva concepción de la vida que nace en nosotros». Así que apartaros si no queréis que os arrollemos.

¿Pero realmente son estos activistas heroicos combatientes, adalides de un nuevo futuro? Eso es lo que les gustaría hacernos creer... pero la realidad es que a duras penas consiguen disimular su mediocridad y conformismo. Es lo que señala el francés **Bertrand Alliot**, portavoz de Action Écologie, desde las páginas de *Le Figaro*: «Estos rebeldes de cartón piedra, estos «Jean Moulins» (célebre líder de la Resistencia francesa) de carnaval, nos los hemos merecido. No pasa un día sin que el diagnóstico de un apocalipsis ecológico sea repetido por todos los biempensantes: en las escuelas, las empresas, las universidades, las ONG y por supuesto por parte del gobierno... Por miedo, convicción, oportunismo o mimetismo, hacen grabar por todos sitios en letras doradas el gran anuncio de la llegada inminente de la catástrofe: en los libros de texto escolares, en los telediarios, en las portadas de las revistas. La ministra francesa de Transición Energética, **Agnès Panier-Runacher**, declaraba recientemente

«nuestro objetivo es salvar a los humanos que hay en el planeta»». Por ambición que no quede.

En realidad, los ecoactivistas no son más que dóciles alumnos, rebeldes conformistas que repiten como loros las consignas lanzadas desde el poder. Es el mismo **Alliot** quien recuerda que «la catástrofe está lejos de ser cierta y cada día son más numerosos los especialistas que cuestionan la hipótesis del apocalipsis climático. Björn Lomborg, Michael Shellenberger, Steven E. Koonin se encuentran entre esos **ecologistas «tranquilizadores»** de los que los biempensantes no hablan. Son ellos quienes denuncian el absurdo y la inutilidad de las políticas llevadas a cabo en nombre del clima y sus innumerables efectos perversos. Al mismo tiempo, señalan los recursos adaptativos de los que están dotadas las sociedades humanas. **Olivier Postel-Vinay**, digno descendiente de Emmanuel Leroy Ladurie, también lo recuerda en su último libro *Sapiens et le Climat*. Lejos de toda polémica, relata las peripecias del hombre ante el perpetuo cambio climático... En otras palabras, «la especie humana ya ha pasado por esto».

Pero los **ecoactivistas**, presos del pánico ante la inminente catástrofe, no están dispuestos a escuchar ninguna argumentación que se salga del marco del **apocalipsis climático**. El debate racional queda descartado ante lo que cada día se parece más a una secta apocalíptica. Es lo que denuncia el inglés Tom Slater, editor de *Spiked*: «su despreocupado desprecio por los detalles nos recuerda que a estas personas realmente no les importa nada el cambio climático. Están **histéricos con el cambio climático**. Son apocalípticos del cambio climático. No salen a las calles, carreteras y galerías de arte porque estén convencidos de una visión científica particular con respecto al medio ambiente y piensen que realmente se debería hacer algo al respecto. Están atrapados en una narrativa cargada de pesimismo que insiste en que literalmente miles de millones morirán en poco tiempo y que los veinteañeros de hoy no llegarán a viejos debido a nuestro maldito deseo de vivir una vida cómoda y libre».

Recordando las consignas agresivas y delirantes, el desprecio a los demás implícito en los cortes de carreteras, el **lanzamiento de salsa de tomate a grandes obras de arte**, Slater concluye: «todo se ha vuelto bastante visceral, iconoclasta, escatológico. En una palabra, todo se ha vuelto bastante espeluznante. Estos no son actos de manifestantes orientados al futuro, deseosos de dar forma y cambiar el mundo, sino de miembros de una secta convencidos de que el día del juicio final está ya aquí».

Quizás se entendería mejor esta delirante actitud si prestásemos atención a la *Advertencia a los jóvenes que se enfrentan a la aniquilación*, la enloquecida

diatriba escrita por **Roger Hallam**, cofundador de Extinción Rebelión y cerebro gris tras Just Stop Oil, donde explica que 6.000 millones de personas (de las aproximadamente 8.000 actuales) morirán en lo que queda de siglo por culpa del cambio climático y sus consecuencias.

Si realmente fuera verdad, habría que actuar sin contemplaciones. Así se entiende la mentalidad de los seguidores de esta **secta climática**, que creen a pie juntillas lo que estos peligrosos ecogurús proclaman. En palabras de Slater: «¿Por qué bloquear las carreteras? ¿Por qué fastidiar a la gente normal? ¿Por qué arriesgarse a dañar una obra de arte de valor incalculable? Todo comienza a tener un poco más de sentido cuando entiendes la cosmovisión sombría y extraña de los miembros de esta secta. Si realmente crees en este sinsentido, que estamos a las puertas del apocalipsis, entonces seguramente casi cualquier cosa que pueda despertar a las «ovejas» está justificada. E incluso si estos sectarios están condenados al fracaso, incluso si «todos estamos jodidos y todos vamos a morir», como le gusta decir a Hallam, bueno, «al menos lo habremos intentado».

Un médico afea su ética a los «expertos» que imponen la afirmación trans sin debate ni buena ciencia¹⁶⁰

Malos estudios, críticas ocultadas, amenazas de activistas... y menores muy dañados



Experto en cuidados crónicos y familiares, James Breen denuncia la mala ciencia de la medicina transgénero

19 enero 2023 10:06

El Dr. **James O. Breen** es médico de familia y miembro del cuerpo docente de formación médica de posgrado en Fort Myers, Florida. También pertenece a la Asociación Médica Católica de EEUU (sección Suroeste de Florida). En la revista ***Crisis Magazine***¹⁶¹ ha denunciado la interferencia de la ideología de género en la práctica médica en el país. Este es su análisis, que traducimos completo.

¹⁶⁰ <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/313808192/medico-afea-etica-expertos-trans-ideologia-mala-ciencia-medicina.html>

¹⁶¹ <https://www.crisismagazine.com/opinion/gender-ideology-breaches-the-gates-of-medicine>

Si te basaras exclusivamente en los medios de comunicación tradicionales para enterarte de las noticias, nunca sabrías que, recientemente, la Catholic Medical Association (CMA, [cathmed.org](https://www.cathmed.org/)¹⁶²), junto con otras **organizaciones médicas basadas en la fe y la razón**, publicó una carta abierta¹⁶³ a la American Medical Association, la American Academy of Pediatrics y otros defensores médicos de la "atención de afirmación de género" para menores que sufren disforia de género.

En la carta abierta, la CMA y sus coautores apelan al interés común de todos los profesionales médicos por **minimizar el sufrimiento** y mejorar la atención de estos niños y adolescentes mediante la **evaluación imparcial de las pruebas médicas** existentes sobre las causas y los tratamientos, señalando que "el **debate y el desacuerdo respetuosos** proporcionan una base para avanzar en la investigación científica".



James O. Breen es un médico especializado en cuidados crónicos de todas las edades, cuidados preventivos y cuidados con base familiar y comunitaria.

¹⁶² <https://www.cathmed.org/>

¹⁶³ <https://www.cathmed.org/cma-issues-joint-letter-to-ama-aap-cha-regarding-gender-affirming-medicine/>

De hecho, el desarrollo de hipótesis contrapuestas entre los miembros de la comunidad médica es el proceso mismo por el que se cuestionan y se validan o refutan los conceptos clínicos.

El hecho de que **no se haya permitido este debate abierto** sobre un tema tan controvertido **daña** el proceso científico, la **fiabilidad** de la comunidad médica y el bienestar del público.

En lugar de fomentar un espíritu de diálogo, el estamento médico ha ungido a **una pequeña camarilla de especialistas en la materia que emiten directrices** de tratamiento autorizadas sobre el cuidado del sexo de los menores basándose en su propia opinión experta, excluyendo los intentos de entablar un debate libre y abierto.

Del mismo modo que los medios de comunicación tradicionales no dan espacio a noticias como el contrapunto propuesto en la carta abierta de la CMA, los editores de las revistas más importantes -incluyendo *JAMA* y *New England Journal of Medicine*- **reprimen los puntos de vista que se desvían de las posturas de "afirmación del género"** que defienden en sus páginas.

Invito a los lectores que tengan dudas al respecto que **busquen en los índices de las principales revistas médicas** artículos que expresen un punto de vista divergente. Recomendando dedicar tiempo a este ejercicio, ya que las **opiniones divergentes** sobre la ideología de género en las publicaciones médicas son una *rara avis*.

De hecho, la incuestionable unanimidad existente entre los autores de las revistas en defensa de los supuestos beneficios que aportan la transición social, los bloqueadores de la pubertad, las hormonas transgénero y la cirugía de reasignación de sexo -basada en **estudios de observación de baja calidad**¹⁶⁴ y en la opinión de expertos- es poco habitual entre los académicos de la medicina, cuyo *modus operandi* suele exigir **un alto grado de rigor científico antes de emitir directrices** y recomendaciones sobre tratamientos clínicos.

Como ilustración del **débil estado de la ciencia a este respecto**, podemos tomar el representativo ejemplo de las pruebas utilizadas¹⁶⁵ para apoyar el uso de la supresión de la pubertad en adolescentes , que se basa en datos de encuestas derivadas de un conjunto de datos de 27.000 adultos transexuales **reclutados por organizaciones activistas**, comparando los resultados de salud mental autoinformados entre una cohorte de **tan solo 89**

¹⁶⁴ https://www.religionenlibertad.com/ciencia_y_fe/625081248/estudios-cambio-de-sexo-mala-ciencia-8-fallos-graves.html

¹⁶⁵ <https://publications.aap.org/pediatrics/article/145/2/e20191725/68259/Pubertal-Suppression-for-Transgender-Youth-and?autologincheck=redirected?nfToken=00000000-0000-0000-0000-000000000000>

pacientes que recibieron medicamentos bloqueadores de la pubertad en la adolescencia y los que no lo hicieron.

Los frágiles resultados derivados de estos estudios se utilizan para recomendar la supresión farmacológica de la pubertad con el fin de retrasar los cambios puberales en los adolescentes con disforia de género, como paso previo al inicio de la "terapia hormonal de afirmación del género", es decir, el uso de **hormonas cruzadas** para masculinizar a las mujeres biológicas y feminizar a los hombres biológicos.

La escasa calidad de las pruebas contrasta con la **rigurosa metodología** que subyace a los cambios más recientes de las directrices relativas al uso de **aspirina infantil**¹⁶⁶ para prevenir un primer infarto de miocardio en adultos de riesgo, que deriva su legitimidad, en parte, de una **revisión sistemática de ensayos** controlados de manera aleatoria en los que participaron más de 160.000 pacientes. Aunque los riesgos del uso diario de aspirina son bien conocidos -principalmente el aumento del riesgo de hemorragias-, no lo son los **peligros a largo plazo de los tratamientos hormonales** para la salud física y mental de las adolescentes.

Dado el potencial de efectos **irreversibles y duraderos** de los tratamientos hormonales -incluido el daño a la salud cardiovascular, la estatura, la densidad ósea y la capacidad reproductiva-, el afán de los expertos médicos por aprobar intervenciones agresivas que conllevan una alta probabilidad de lesiones graves es **desconcertante**. Al tiempo que hacen caso omiso de las preocupaciones sinceras sobre los riesgos de las intervenciones propuestas, los defensores de los autores-expertos de las directrices desestiman las críticas¹⁶⁷ a su metodología y conclusiones **como ataques políticamente motivados** contra los jóvenes vulnerables a los que dicen defender.

Uno de los rasgos distintivos del concepto de "medicina basada en la evidencia" es la voluntad de someter las propias afirmaciones a **cuestionamiento y debate**.

Los partidarios del método científico deben estar dispuestos a **aceptar con imparcialidad los resultados de las investigaciones** en curso en busca de la verdad; los científicos sinceros no temen defender sus hipótesis frente a un cuestionamiento legítimo. Al fin y al cabo, si los investigadores son rigurosos y se someten a los dictados de la ley natural revelados por la ciencia, **no deben temer el escrutinio** cuando conduce a un resultado distinto del que habían previsto.

¹⁶⁶ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2791399>

¹⁶⁷ https://medicine.yale.edu/lgbtqi/research/gender-affirming-care/florida-accessible_443048_284_55174_v3.pdf

En el caso de la atención clínica a los niños con disforia de género, las **autoritarias posturas** públicas adoptadas por los líderes de la comunidad médica y científica ocultan **un intenso activismo**¹⁶⁸ **bajo el barniz de la ciencia.**

Un indicio del partidismo de los autoproclamados expertos es su desinhibida **colaboración pública** con organizaciones activistas militantes en la creación y promoción de pronunciamientos supuestamente "basados en pruebas" para guiar a los médicos y a las familias de los niños con dificultades en la afirmación de la "identidad de género" asumida.

Es cierto que los grupos de activistas transgénero, como la Campaña de Derechos Humanos y la Asociación Mundial de Profesionales de la Salud Transgénero (WPATH sus siglas en inglés), son libres de defender cualquier punto de vista que deseen, e incluso de utilizar maniobras partidistas en la consecución de sus objetivos.

Sin embargo, a diferencia de estos actores políticos, **las organizaciones médicas profesionales tienen la obligación de sopesar las pruebas científicas** para concluir su validez, un servicio imparcial al público general.

Las **organizaciones activistas abiertamente partidistas se han apoderado de la dirección de las principales asociaciones médicas** profesionales para promover una agenda política y social, lo que las convierte en compañeros de cama incómodos y desagradables.

Esto es evidente cuando las sociedades médicas y los editores se lanzan de cabeza a la refriega en cuestiones sociales tan polémicas como esta, mostrando desprecio e incluso desdén por los médicos y el público en general que mantienen puntos de vista diferentes.

La **aceptación ciega de la ideología** se extiende a las **nuevas normas del lenguaje**¹⁶⁹, incluida la recitación de la novedosa idea de que el sexo de un niño se "asigna al nacer" en lugar de determinarse genéticamente en el momento de la fecundación. Del mismo modo, muchas publicaciones y artículos de revistas emplean ahora el **contorsionismo verbal para evitar palabras tan específicas del sexo como "mujeres"**¹⁷⁰ (léase, "personas con capacidad de embarazo").

Una de las mayores **frustraciones** entre quienes se oponen a la destrucción del orden natural promulgada por el movimiento del transgenerismo clínico es la

¹⁶⁸<https://hrc-prod-requests.s3-us-west-2.amazonaws.com/files/documents/SupportingCaringforTransChildren.pdf>

¹⁶⁹ <https://aapca3.org/showing-our-pride-as-an-lgbtq-ally/>

¹⁷⁰ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2209737>

naturaleza engañosa de su apelación a la ciencia para apoyar la afirmación infundada de que la fluidez de género hace posible que los niños se transmuten en niñas y viceversa, o incluso para descartar la noción misma de "niños" y "niñas" en favor de una forma de autoidentidad sexual incontestable e ilimitada. De hecho, este sistema de creencias es **científicamente indefendible**.

A la luz de la enorme cobertura que la prensa ha dado a la cuestión de la **ideología transgénero**, parece que **ningún contrapunto racional** persuadirá a los defensores de la "atención de afirmación del género" de que reconsideren su postura.

El carácter inamovible de las opiniones de los expertos estadounidenses sobre este tema -incluso cuando se están formando fisuras en el consenso internacional sobre las ventajas de este tipo de intervenciones médicas en menores, especialmente **en Europa**¹⁷¹- es el sello distintivo de una postura que **no está arraigada en la ciencia, sino en un sistema de creencias** que no puede conocerse por medios racionales o empíricos.

Los partidarios de la transexualidad no tienen ninguna respuesta científica plausible a quienes discrepan de su afirmación de que la sexualidad humana es fluida. Su inquebrantable creencia en la mutabilidad del sexo y el "género" humanos se aleja claramente de la **dicotomía de los sexos** tal y como se ha entendido a lo largo de los tiempos, las culturas y la geografía.

La **incapacidad de los ideólogos del género para basarse en verdades observables** subraya el hecho de que la práctica de la medicina se apoya en una base moral, además de científica, y exige de sus profesionales el ejercicio del juicio en cuanto a **lo que es mejor para el paciente**.

¹⁷¹<https://www.theguardian.com/society/2022/jul/28/nhs-closing-down-london-gender-identity-clinic-for-children>



La mascarilla puede ser una herramienta sanitaria más, pero en esta foto puede simbolizar la voluntad de ocultar intereses ideológicos y ganancias económicas en la medicina con ideología de género.

La dependencia de la dimensión moral de la ideología de género por parte de sus defensores en la profesión médica crea un **resquicio de esperanza** para quienes se oponen a la hipersexualización médica de los niños. Aunque aparentemente apela a un *corpus* de trabajo científico que no se ha resuelto como base para sus pronunciamientos, el estamento médico ya se ha remitido a la preeminencia del juicio moral en apoyo de sus afirmaciones sobre las "mejores prácticas" para tratar la disforia de género.

En su urgencia por promover intervenciones radicales e irreversibles en los niños y adolescentes afectados, los expertos en cuestiones de género han

afirmado *ex facto* que **sus motivos compasivos prevalecen sobre la necesidad de pruebas científicas** concluyentes que respalden sus afirmaciones.

Al priorizar la empática afirmación de los activistas transgénero sobre la falta de base científica para su postura, la AAP, la AMA y otros han declarado de hecho que su **imperativo moral** es más importante que las pruebas empíricas.

Y, sin embargo, la cuestión del imperativo moral en el tratamiento de los niños con disforia de género es mucho más profunda que la evitación de conflictos políticos. La falta de investigación sobre las causas del **rápido aumento** del número de jóvenes que se autoidentifican como "de género diverso" es quizá más reveladora que las prescripciones sobre la mejor forma de atenderlos. Ante la **tremenda carga de sufrimiento a la que se enfrentan estos jóvenes** desesperados y sus familias, la aparente omisión de la investigación sobre las causas y la prevención parece extrañamente poco característica de la medicina académica.

Gran parte del problema es que, **bajo el disfraz de la compasión**, el estamento médico -junto con los **ideólogos activistas**- sigue pintando la "**fluidez de género**" no solo como otra variante de la condición humana, sino como un objetivo aspiracional **que hay que celebrar**¹⁷².

Así, la **pregunta de cómo evitar el sufrimiento de los menores** afectados reduciendo el número de los que se adscriben a la nueva ideología de género ha sido declarada **una pregunta intolerante**.

Uno podría ser perdonado por concluir que la acusación de intolerancia es poco sincera cuando es hecha por los mismos científicos y **médicos que están en el negocio** de consignar a estos celebrados jóvenes a la medicalización de por vida y la dependencia de un suministro constante de hormonas, vigilancia de laboratorio, cirugías cosméticas y accesorios de vestuario con el fin de mantener la fachada de la fluidez de género.

Esto parece explicar por qué los expertos en medicina de género prefieren abogar por el **pago obligatorio por parte de los seguros** de las intervenciones ofrecidas en sus cada vez más numerosas clínicas de afirmación del género, en lugar de estudiar formas de **frenar la ola de desesperación y aislamiento** que asola a su creciente base de pacientes adolescentes.

Si la medicina implica el arte de entrelazar ciencia y moral, entonces la cuestión de fondo que debemos abordar con mayor urgencia para detener el contagio de la ideología de género es cómo **nuestra sociedad -y nuestra medicina- se ha**

¹⁷² <https://aapca3.org/showing-our-pride-as-an-lgbtq-ally/>

vuelto tan venenosa que ha permitido la **implantación de un impulso autodestructivo desenfrenado** en nuestra juventud.

Tal vez la carta de la CMA ha sido demasiado generosa al suponer la benevolencia de las asociaciones médicas que promueven la ideología de género.

Solo hay una forma de averiguarlo: **necesitamos un debate honesto** basado en la medicina moral y la **auténtica antropología humana** -no una escaramuza sobre los niveles de evidencia científica- para entender cómo el estamento médico permitió que la ideología de género les hiciera pasar de profesionales hipocráticos de confianza a activistas políticos interesados.

Nueva York comienza a distribuir píldoras abortivas gratuitas a quien quiera¹⁷³



Eric Adams, Alcalde broabortista de Nueva York. ©YouTube/Screenshot

CUATRO CLÍNICAS PÚBLICAS LAS OBSEQUIARÁN

Una clínica del barrio neoyorquino del Bronx ha empezado a administrar píldoras abortivas sin coste alguno y a disposición «de cualquiera».

22/01/23 LifeSiteNews/InfoCatólica

Una clínica del barrio neoyorquino del Bronx ha empezado a administrar píldoras abortivas sin coste alguno y a disposición «de cualquiera», independientemente de que sea de dentro o de fuera de la ciudad.

El alcalde de la ciudad, Eric Adams, anunció el martes que los fármacos utilizados para matar a los niños no nacidos en el vientre materno estarán disponibles en cuatro clínicas públicas de la ciudad a finales de año, en respuesta a la histórica anulación del caso Roe contra Wade, la sentencia del Tribunal Supremo de 1973 que sostenía falsamente que el aborto era un derecho constitucional.

¹⁷³ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=45475>

«Históricamente, no se ha dado prioridad a la salud de las mujeres», dijo el alcalde demócrata y afirmó que la anulación de Roe había «puesto en peligro la salud de las mujeres en todo el país». «Fue una decisión sobre el control de los cuerpos de las mujeres, sus elecciones y su libertad», dijo Adams.

En respuesta directa a la anulación de Roe, y señalando que esta semana se cumple el cincuenta aniversario de la aprobación de Roe, Adams anunció que a partir del 18 de enero «empezaremos a desplegar el aborto con medicamentos en las clínicas de salud sexual de nuestra ciudad».

Aunque la ciudad ya proporciona abortos con medicamentos en sus once hospitales públicos, señaló Adams, sin embargo «estamos ampliando el programa para llegar a más neoyorquinos», dijo.

«Ninguna otra ciudad del país, ni del mundo, tiene un departamento de salud pública que proporcione abortos con medicamentos», se jactó Adams. «Somos los primeros».

«Durante demasiado tiempo, la salud y la atención sanitaria se han centrado en los hombres... Si los hombres tuvieran la regla, la citología y la menopausia, tendrían vacaciones pagadas. Y si los hombres pudieran quedarse embarazados, no veríamos al Congreso intentando aprobar leyes que restringieran el aborto», afirmó el alcalde.

El departamento de sanidad de la ciudad financia la expansión de las píldoras abortivas con un fondo de 1,2 millones de dólares para «servicios de salud sexual». Ashwin Vasan, comisario del Departamento de Salud e Higiene Mental de la ciudad, declaró que las píldoras abortivas no sólo serán gratuitas en el punto de uso, sino que estarán «abiertas a cualquiera», una afirmación que introduce la cuestión de un límite de edad más bajo para la adquisición de los peligrosos fármacos.

El 3 de enero, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) flexibilizó sus directrices sobre el acceso a las píldoras abortivas mifepristona y misoprostol, permitiendo que los medicamentos se puedan comprar sin receta en las farmacias minoristas, siempre que esas farmacias «completen un Formulario de Acuerdo de Farmacia».

Aunque el fármaco sigue requiriendo receta, los profesionales médicos sólo tienen que certificarse a través del programa REMS «modificado» para prescribirlo, una cualificación que se ha simplificado. El Formulario de Acuerdo Farmacéutico no especifica ninguna supervisión médica, lo que significa que una mujer puede recibir una receta para la píldora abortiva de un

médico certificado por el REMS y recoger las píldoras en una farmacia local sin más supervisión.

Según datos del gobierno recogidos por el Instituto pro-vida Charlotte Lozier, entre 2002 y 2015 las visitas al hospital tras el uso de la píldora abortiva aumentaron más de un 500%, en comparación con un aumento del 315% en las visitas tras un aborto quirúrgico.

El pasado mes de noviembre, una coalición de médicos y grupos médicos provida presentaron una demanda en la que impugnaban la aprobación por parte de la FDA del régimen de aborto químico con dos fármacos, alegando los peligrosos riesgos presentes tanto para las madres como para sus bebés no nacidos.

En el año 2000, la FDA categorizó el embarazo como una «enfermedad» para la que las píldoras abortivas podían considerarse un remedio, lo que llevó a la aprobación inicial de su uso.

«El embarazo no es una enfermedad, y los fármacos abortivos químicos no aportan ningún beneficio terapéutico», argumentaron los abogados de los médicos. «Acaban con la vida de un bebé y plantean complicaciones graves y potencialmente mortales para la madre».

«La FDA nunca tuvo autoridad para aprobar la venta de estos peligrosos fármacos. Instamos al tribunal a que escuche a los médicos a los que representamos, que tratan de proteger a niñas y mujeres de los peligros documentados de los fármacos abortivos químicos», añadieron.

Debido a los peligros asociados a las sustancias químicas inductoras del aborto, 22 fiscales generales firmaron el 13 de enero una carta conjunta dirigida a la FDA en la que exigían que la agencia anulara su nueva decisión.

«La decisión de la FDA de abandonar las restricciones de sentido común sobre la prescripción y administración a distancia de fármacos abortivos es ilegal y peligrosa», afirma la carta. «En contravención directa de la práctica de larga data de la FDA y el mandato del Congreso, el retroceso de la FDA de importantes restricciones de seguridad ignora tanto la salud de las mujeres y los estatutos federales directos. Le instamos a que revoque su decisión».

La FDA ha comunicado que responderá directamente a los fiscales generales.

Tras la relajación de las normas de la FDA sobre las píldoras abortivas, las cadenas de farmacias CVS y Walgreens anunciaron que empezarían a almacenar y dispensar estos fármacos

100.000 estadounidenses provida marchan por la vida y celebran la anulación de Roe contra Wade¹⁷⁴



Un nuevo entusiasmo por salvar vidas llenó la Marcha por la Vida el viernes en Washington, D.C., donde una enorme multitud se reunió para celebrar el fin de Roe contra Wade.

COMPROMETIDOS EN LA DEFENSA DE LA VIDA HUMANA

21/01/23

(LifeNews/InfoCatólica) Un nuevo entusiasmo por salvar vidas llenó la Marcha por la Vida el viernes en Washington, D.C., donde una enorme multitud se reunió para celebrar el fin de Roe contra Wade.

Este mes de enero se cumplieron 50 años desde que el Tribunal Supremo de Estados Unidos dictó la sentencia Roe y obligó a los estados a legalizar la muerte de bebés no nacidos en abortos. En junio, sin embargo, el alto tribunal revocó su infame decisión y volvió a permitir a los estados proteger la vida de los bebés no nacidos.

Reflexionando sobre la histórica marcha de este año, Carol Tobias, presidenta de National Right to Life, dijo que el movimiento provida tiene nuevas y

¹⁷⁴ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=45467>

enormes oportunidades de proteger vidas humanas inocentes mediante la educación y la legislación.

«Mientras decenas de miles de personas marchan hoy para recordar a Roe y la pérdida de vidas desde 1973, elogiamos la labor de las personas provida que dedican su tiempo, energía y dinero a ayudar a las mujeres que se enfrentan a un embarazo inesperado. Estos esfuerzos han salvado millones de vidas y, tras el caso Bobbs, salvarán millones más», declaró Tobias.

Las investigaciones de su organización cifran en 64,4 millones el número de bebés no nacidos perdidos por el aborto bajo Roe.

Como cada año, personas de todo el país viajaron a Washington D.C. para asistir a la Marcha por la Vida, entre ellas Mike Miller, de Boston. Dijo a Associated Press que ha estado en al menos 15 marchas provida.

«Todavía queda mucho trabajo por hacer», dijo Miller. «Esto es sólo un paso y en el siguiente, la educación se convierte en lo más importante».

AP y otros observaron el entusiasmo de la multitud, entre la que había muchos estudiantes de secundaria y universitarios y familias con niños pequeños. También asistieron varios políticos, entre ellos la fiscal general de Mississippi, Lynn Fitch, cuya oficina dirigió el caso Dobbs contra Jackson que anuló Roe.

El líder de la mayoría de la Cámara de Representantes de EE.UU., Steve Scalise, que sobrevivió a un tiroteo hace varios años a manos de un izquierdista radical, celebró con la multitud, señalando cómo su estado natal de Luisiana y muchos otros protegen ahora a los bebés no nacidos del aborto.

«Vaya, obtuvimos una gran victoria hace sólo unos meses cuando se anuló Roe, pero como todos ustedes saben, eso es sólo el final de la primera fase de esta batalla», dijo Scalise, prometiendo luchar por la vida también en el Congreso de EE.UU., según NPR.

Dado que la cuestión del aborto vuelve a estar en manos de los votantes, la Marcha por la Vida cambió su recorrido este año. Anteriormente, los asistentes marchaban hasta el edificio del Tribunal Supremo de EE.UU.; pero este año, terminaron en el Capitolio de EE.UU., enviando el mensaje de que los líderes federales deberían restaurar las protecciones a los bebés en el vientre materno ahora que tienen el poder para hacerlo.

«La Marcha por la Vida seguirá marchando hasta que se acaben los derechos humanos del aborto», dijo Jeanne Mancini, presidenta de la Marcha por la Vida.

«Sabemos que en cada aborto se quita una vida y se hiere al menos una vida», añadió, según Yahoo News. «Y por eso seguiremos marchando, seguiremos

marchando hasta que el abuso de los derechos humanos que supone el aborto sea cosa del pasado. Marcharemos hasta que el aborto sea impensable».

Otros oradores fueron el ex entrenador de la NFL Tony Dungy y el actor de «The Chosen», Jonathan Roumie.

En la actualidad, 14 estados protegen a los bebés no nacidos limitando o prohibiendo el aborto, y se espera que otros más lo hagan este año. Los líderes provida estiman que estas leyes ya han salvado decenas de miles de vidas de bebés no nacidos.

El suicidio asistido corre el riesgo de convertir la profesión médica en «zona prohibida» para los católicos¹⁷⁵



Imagen referencial. Foto de archivo.

POR PRETENDER OBLIGARLES A VIOLAR SU CONCIENCIA

La Unión Católica ha advertido de que la introducción del suicidio asistido podría llevar a que la sanidad y la asistencia social se convirtieran en áreas «prohibidas» para los católicos y otras personas de fe.

21/01/23, **CatholicHerald/InfoCatólica**

La introducción del suicidio asistido podría convertir la profesión médica en una «zona prohibida» para los católicos, ha advertido la Unión Católica de Gran Bretaña.

Tras la decisión de la Comisión de Sanidad y Asistencia Social de la Cámara de los Comunes de abrir una investigación sobre el suicidio asistido a finales del año pasado, la Unión Católica realizó una encuesta en línea entre sus miembros y simpatizantes para conocer su opinión.

Los resultados de la encuesta, publicados el día 20 de enero del año en curso, revelan que el 88% de los encuestados piensa que la introducción del suicidio

¹⁷⁵ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=45469>

asistido dificultaría el acceso de los católicos y otras personas de fe a la profesión médica.

Los resultados también revelan la necesidad de ofrecer un mayor apoyo a las personas que se acercan al final de sus vidas, ya que sólo el 13% de los encuestados afirma que la oferta de cuidados paliativos en Inglaterra y Gales es suficiente.

Por otra parte, el 88% de los encuestados afirma que la ley no debería modificarse o debería hacerse más estricta para disuadir del suicidio asistido en Inglaterra y Gales. Sólo el 5% de los encuestados afirmó que la ley debería modificarse para que la búsqueda del suicidio asistido fuera legal en Inglaterra y Gales, mientras que sólo el 4% de los encuestados se mostró totalmente de acuerdo en que el suicidio asistido debería ser una prioridad para los parlamentarios.

Los comentarios se producen cuando la fase de consulta de una investigación parlamentaria sobre la posible introducción del suicidio asistido en Inglaterra y Gales llega a su fin.

La Unión Católica ha advertido de que la introducción del suicidio asistido podría llevar a que la sanidad y la asistencia social se convirtieran en áreas «prohibidas» para los católicos y otras personas de fe.

La vicepresidenta de la Unión Católica, Baronesa Hollins, comentó: «Los resultados de la encuesta de la Unión Católica son extremadamente preocupantes. Reflejan lo que muchos de los profesionales de la medicina hemos temido durante mucho tiempo: que el suicidio asistido podría llevar a que la sanidad y la asistencia social se convirtieran en áreas "prohibidas" para los católicos y otras personas de fe».

«Esto podría agravar aún más la escasez de personal existente en estas áreas y privar a la profesión médica de médicos y enfermeras con talento para el futuro», añadió Hollins, que es también catedrática de Psiquiatría de la Discapacidad de Aprendizaje en St George's, Universidad de Londres.

«El debate sobre el suicidio asistido debe centrarse en la mejor forma de atender a los enfermos terminales. Los cuidados paliativos de buena calidad son esenciales, y así se reconoció en la Ley de Salud y Cuidados de 2022. Hasta ahora, en demasiados lugares y en demasiadas ocasiones han faltado. Es evidente que existe un deseo generalizado, y un compromiso legal, de mejorar los cuidados paliativos. Por ahí es por donde tenemos que empezar. Me complace que la Unión Católica aborde este asunto en el Parlamento».

La Unión Católica utilizó los resultados de la encuesta como base de sus pruebas escritas para la investigación de la Comisión. Se espera que el Comité reciba testimonios orales antes de elaborar un informe y recomendaciones al Gobierno a finales de año.

La Comisión de Deontología del ICOMEM publica un nuevo documento de posicionamiento sobre la objeción de conciencia en la profesión médica¹⁷⁶

09 ene 2023



El informe pretende repasar y actualizar, desde la deontología, la comprensión de la objeción de conciencia en la profesión médica teniendo en cuenta los nuevos contextos a los que se enfrenta

La Comisión de Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM)¹⁷⁷ ha publicado un documento de posicionamiento sobre la objeción de conciencia en la profesión médica.

¹⁷⁶ <https://www.icomem.es/comunicacion/noticias/4085/La-Comision-de-Deontologia-del-ICOMEM-publica-un-nuevo-documento-de-posicionamiento-sobre-la-objecion-de-conciencia-en-la-profesion-medica>

¹⁷⁷ <https://www.icomem.es/seccion/com-deontologia>

El informe pretende repasar y actualizar, desde la deontología, la comprensión de la objeción de conciencia en la profesión médica teniendo en cuenta los nuevos contextos a los que se enfrenta. Las conclusiones expuestas en el documento son las siguientes:

1. La Ética Médica no es un ejercicio de creatividad de los profesionales sino una reflexión sobre la experiencia de atender a las necesidades de los pacientes. Una de sus típicas conclusiones es que hay cosas que los médicos no debemos hacer.
2. El reconocimiento de la objeción de conciencia se contempla como una condición necesaria para la correcta actuación del médico. La Deontología no la trata primariamente como un ejercicio de la libre opinión de los profesionales sino, más bien, como premisa que garantiza el marco adecuado para el cumplimiento de su deber.
3. Son contrarios a la necesaria colaboración entre la Administración y los profesionales cualquier forma de reglamentación que imponga formas de actuación contrarias a los deberes éticos y deontológicos que caracterizan su actuación.
4. No es posible objetar sin antes contribuir adecuadamente en la construcción de un ámbito sanitario en el que los derechos de todas las personas sean adecuadamente promovidos y, al mismo tiempo, no se puede pretender regular la actuación sanitaria sin antes escuchar, reconocer y apoyar el compromiso de los que son responsables de hacerla posible.
5. El reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia garantiza que se respete la primacía de los deberes que caracterizan a la profesión. El médico encuentra así también el amparo legal al imperativo de una conciencia que le ordena la omisión de cierto tipo de actos contrarios a sus obligaciones.
6. La objeción de conciencia debe ser apreciada como una auténtica contribución a la vida social y, en cualquier caso, como expresión de los derechos fundamentales en los que la propia democracia se sustenta, elementos constitutivos del Estado de Derecho.
7. Cualquier forma de restricción, limitación o regulación del ejercicio de la objeción de conciencia es contraria a su correcta valoración. Por ello, “De la objeción de conciencia no se puede derivar ningún tipo de perjuicio o ventaja para el médico que la invoca” (CD VI, Art 35.1).

8. Resulta preocupante la tendencia a un excesivo protagonismo de la Administración en la regulación del ejercicio de la objeción de conciencia, particularmente constatable en la creación de registros de objetores, teniendo además en cuenta su escasa utilidad en orden a organizar la atención sanitaria.
9. Aunque puedan describirse distintos criterios de calificación por su grado de participación, debe reconocerse siempre la primacía de la conciencia del médico a la hora de evaluar su repulsa a los actos que se van a realizar.
10. La excepcionalidad del ejercicio de la objeción de conciencia introduce al que objeta en deberes específicos entre los que destaca el de no abandonar al paciente en su proceso asistencial, especialmente en los casos de particular necesidad.
11. Los actos que el médico realiza no son automatismos ni procesos impersonales. La literatura científica recoge la particular contribución al “desgaste” de los profesionales que pueden producir experiencias morales potencialmente lesivas como las que violan valores morales o creencias profundamente arraigadas.
12. La objeción de conciencia es una respuesta apropiada, cargada de valor ético y social pero no exenta de dificultades. Es necesaria una colaboración intensa entre los distintos agentes involucrados en la protección de la salud para que se ponga adecuadamente en valor y sea de hecho posible el ejercicio de los deberes que caracterizan a la profesión médica y que mejor garantizan la atención adecuada a los pacientes.

Acceder al documento completo AQUÍ:

https://www.icomem.es/adjuntos/adjunto_4310.1672836071.pdf

Miembros de la Comisión de Deontología del ICOMEM

Presidente: Dr. Rafael Del Río Villegas

Vocales:

- Dr. Julio Albisúa Sánchez
- Dr. José Manuel Álvarez Avello
- Dr. Juan Antonio Andueza Lillo
- Dra. Raquel Barrero Alba
- Dr. Juan José Bestard Perelló

- Dra. Regina Cárdenas Santos
- Dr. Álvaro Gándara del Castillo
- Dr. Joaquín María Ojeda Ruiz de Luna
- Dr. Pedro Antonio Pacheco Martínez
- Dr. José Manuel Moreno Villares
- Dra. María Jesús del Yerro Álvarez
- Dra. Iciar Vegas Jáudenes

El primer ministro de Japón cree urgente apoyar la natalidad para que su país pueda sobrevivir¹⁷⁸



Fumio Kishida, primer ministro de Japón

EL AÑO PASADO NACIERON MENOS DE OCHOCIENTOS MIL NIÑOS

Fumio Kishida, primer ministro de Japón, ha fijado el aumento de la natalidad como prioridad de su gobierno. Si no se consigue, el país se verá abocado a un envejecimiento radical que amenazará su propia supervivencia.

23/01/23, **Asia news/InfoCatólica**

En la nueva sesión del parlamento japonés, que comenzó hoy, el primer ministro Kishida pronunció un discurso de apertura en el que delineó las prioridades del gobierno para el nuevo año. El protagonista indiscutible de su discurso fue el declive demográfico que azota al país desde hace décadas y que, en palabras de Kishida, **está empujando a Japón «al borde de no poder seguir cumpliendo con sus funciones sociales»**. **Elevar la natalidad** estará, por tanto, en el centro de la acción del Gobierno durante 2023.

¹⁷⁸ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=45483>

La crisis de la natalidad es un fenómeno bien conocido en Japón, que tiene su origen en un modelo socioeconómico ya anticuado. Sin embargo, la gravedad de la situación empeoró con el paso de los años y la **caída de la tasa de natalidad** del año pasado supuso una señal de alarma: por primera vez, **el número de recién nacidos cayó por debajo de la barrera psicológica de los 800.000**. Este es un umbral que según las estimaciones no debería haberse traspasado antes de 2030, lo que significa que **el envejecimiento del país avanza mucho más rápido de lo imaginado**.

Además, el pasado mes de diciembre un **comité de expertos** creado por el gobierno había publicado un **informe muy preocupante**, en el que se advierte que el tema de la natalidad **atañe a «la supervivencia misma de la nación»**.

Por eso, Kishida, hablando ante el parlamento, instó a los legisladores **a hacer un mayor esfuerzo**, utilizando incluso expresiones fuertes. Como aquella según la cual las políticas para facilitar la crianza de los niños son «la inversión más eficiente para el futuro». Para revertir la caída de la tasa de natalidad, **Kishida se comprometió a «crear una economía y una sociedad donde los niños sean lo primero»**.

Después de establecer la tan esperada Agencia de la Infancia y la Familia en abril, el gobierno tiene como objetivo duplicar el gasto en manutención infantil para 2023. Por lo tanto, hace unas semanas, Kishida nombró a Masanobu Ogura como ministro responsable de implementar estas políticas para que comience a estudiar un plan de acción. **El grupo de trabajo que deberá formular las nuevas propuestas** se reunió por primera vez este jueves, y en su inauguración Ogura recordó que estas son una prioridad máxima para Kishida.

En la conferencia de inicio del año, el primer ministro japonés anunció **tres áreas en las que se concentrarán las intervenciones**. La primera se refiere al **apoyo económico directo a las familias** con hijos a cargo; la segunda, al **fortalecimiento de los servicios de guardería**; por último, la tercera, refiere a la **reforma de los hábitos laborales** para permitir que los padres que trabajan tengan un mejor equilibrio entre la vida personal y profesional.

Las propuestas que elaborará el grupo de trabajo deberán presentarse antes de marzo para que puedan ser incluidas en el documento de política económica y fiscal que se publica todos los años en junio. Sin embargo, **aún no está claro cómo el gobierno planea financiar el incremento del gasto público**, que según los cálculos alcanzará los setenta y cinco mil millones de dólares.

Gimnasio de Canadá se niega a dar acceso a un transexual a la zona reservada solo para mujeres¹⁷⁹

EL ASPECTO DEL SOLICITANTE CIERTAMENTE NO AYUDA A QUE SE LE ADMITA



«Brigid» Klyne-Simpson, transexual con sobrepeso y aspecto muy masculino, ha decidido identificarse como mujer y solicitar la afiliación al gimnasio Bodyworks Fitness de Parksville, en la isla canadiense de Vancouver. El centro tiene dos gimnasios: uno sólo para mujeres y otro mixto. Klyne-Simpson, naturalmente, solicitó el ingreso en el gimnasio exclusivo para mujeres,

23/01/23

(LSN/InfoCatólica) Para defender sus derechos como *mujer*, Klyne-Simpson se plantea ahora **presentar una denuncia por violación de los derechos humanos** después de que un miembro del personal del gimnasio exclusivo para mujeres le pidiera que utilizara el gimnasio mixto.

Esta experiencia, dijo, le dejó «extremadamente desolado» y señaló que en el pasado se ha sentido extremadamente incómodo haciendo ejercicio cerca de «un

¹⁷⁹ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=45484>

montón de tíos muy cachas en el gimnasio de la universidad». Esto, dice Klyne-Smith, se debe a que es mujer: «No entendía por qué me sentía incómoda, porque entonces no sabía que era trans. Seguía pensando que era un chico. Encontrar un gimnasio para mujeres fue algo que me pareció muy emocionante, y ahora que lo sé, entiendo por qué me sentía *incómoda* en el otro sitio».

El propietario del gimnasio, Dale Nagra, declaró que Klyne-Simpson puede utilizar el gimnasio mixto, donde hay vestuarios de género neutro: «Queremos que [Klyne-Simpson] se sienta a gusto, pero **también tenemos que preocuparnos por las chicas jóvenes**, que este gimnasio está preparado para ellas y para las mujeres, y cómo se van a sentir sus padres si están allí y luego entra esta persona con voz masculina y grandote».

La incomodidad de Klyne-Simpson, señaló razonablemente, no debería ser la preocupación primordial: «Así que ahora se elige la comodidad del varón que se identifica como mujer... y luego cualquiera puede entrar diciendo: 'Vale, me identifico como mujer, y quiero poder entrar ahí'. Entonces, **¿elegimos la comodidad de la persona transexual**, que quizá no se sienta tan cómoda en el gimnasio mixto pero al menos es una alternativa, **o elegimos la comodidad de las chicas jóvenes** que trabajan allí y que quizá no se sientan cómodas?».

Polémica iniciativa en Massachusetts: reducir la condena a los presos que donen un riñón o parte del hígado¹⁸⁰



Un proyecto de ley de la Cámara de Representantes planteará reducciones de condena de entre 60 y 365 días a cambio de una donación de órganos

El Debate, 03/02/2023

Polémica en **Estados Unidos**. Un proyecto de ley de la Cámara de Representantes de **Massachusetts** plantea una reducción de condena de entre 60 y 365 días a cambio de que donen un riñón, una parte del hígado o una extracción de médula ósea.

El mencionado proyecto, patrocinado por legisladores demócratas, cuenta *El País*, se ha encontrado el rechazo frontal de los activistas de derechos humanos, que lo critican. Tampoco lo tienen claro en la red nacional de trasplantes de los **Estados Unidos**, que ven peligrosas este tipo de iniciativas.

Pero está por ver la respuesta de los más de 6.000 reclusos que a día de hoy pueblan las cárceles del Estado de **Massachusetts**.

Banco de pruebas

La donación de órganos procedentes de los presos ejecutados en aquellos Estados que aún aplican la pena de muerte fue descartada por ley.

¹⁸⁰ https://www.eldebate.com/sociedad/20230203/polemica-iniciativa-massachusetts-reducir-condena-presos-donen-rinon-parte-higado_91133.html

Por tanto, la iniciativa de **Massachussets** de intentar seducir a aquellos presos vivos que quieren abaratar sus condenas ha sido recibida como un banco de pruebas para el resto del país, pese a colisionar con dilemas no solo legales sino éticos.

En 2007, los legisladores de **Carolina del Sur** abordaron una propuesta parecida a la que hora está sobre la mesa. Ante las quejas de las voces en contra, este Estado apostó por un programa voluntario de donación de órganos y tejidos, pero siempre sin contraprestación.

Proponen un proyecto de ley en Francia para permitir el compostaje humano¹⁸¹



©Pixabay/Jokevanderleij8

APELAN A RAZONES ECOLÓGICAS

El 31 de enero, Elodie Jacquier-Laforge, Vicepresidenta de la Asamblea Nacional y diputada del MoDem por Isère, presentó un proyecto de ley destinado a poner en marcha un experimento para desarrollar el compostaje humano. Otros dos intentos anteriores de aprobar dicha práctica fueron rechazados.

7/02/23, **Gènéthique/InfoCatólica**

El objetivo de este proyecto de ley es iniciar un experimento para definir cuál podría ser el marco jurídico de esta «práctica». Establece que, seis meses después de que finalice el experimento, se presentará al Parlamento un informe de evaluación.

Según los firmantes, este método alternativo se inscribe en una perspectiva «ecológica».

¹⁸¹ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=45615>

En Francia, hoy en día sólo son posibles dos ritos funerarios: el entierro o la incineración, señalan los eurodiputados. En ambos casos, el ataúd es obligatorio. Ambas opciones son extremadamente contaminantes, afirman. «La cremación emite casi el 3% de las emisiones anuales de CO₂ de un ciudadano, el entierro cuatro veces más. Requieren un ataúd, así como la conservación del cadáver con productos contaminantes, como el formol. Además del proceso, la posición post mortem de los cuerpos enterrados también plantea dudas, dicen.

Según sus defensores, el proceso de «*humusación*, o compostaje humano, parece ser un nuevo método funerario para preservar el medio ambiente».

Los eurodiputados explican el proceso: «Este proceso (...) consiste en envolver el cuerpo del difunto en un sudario biodegradable y colocarlo después sobre un lecho natural de plantas. Cubierto, volteado y vigilado, el cuerpo se transforma con el tiempo de forma natural en humus, con la ayuda de microorganismos presentes en nuestro entorno. El proceso de descomposición dura varios meses, sin olores y sin efectos secundarios para los alrededores, al final de los cuales la familia y los amigos pueden recuperar el humus».

En Bélgica se está discutiendo una ley similar, y la práctica ya está legalizada en seis estados norteamericanos, siendo California el último en sumarse.

En Francia, un senador planteó su legalización en octubre de 2016. En el 2022 hizo lo mismo la diputada Elodie Jacquier-Laforge. Ambas propuestas fueron rechazadas.

En 2014, la ciudad de Niort creó un cementerio denominado «natural», diseñado para reducir al máximo su huella ecológica. De acuerdo con una carta de uso, el cuerpo y las cenizas se depositan en el suelo, en un ataúd o urna de materiales biodegradables. Además, el fallecido no recibe más cuidados de conservación, salvo en contadas ocasiones.

Respeto del cuerpo

Nuestra relación con el cuerpo post mortem debe reflexionarse «en el respeto del derecho de cada individuo a disponer libremente de su cuerpo», concluyen los firmantes de la propuesta, invocando una vez más este argumento, utilizado también en los debates sobre el aborto y la eutanasia o suicidio asistido. Sin embargo, la legislación francesa establece que el cadáver es indisponible. Es inviolable y debe respetarse.

El negocio detrás del aborto que el Gobierno quiere ocultar¹⁸²



Ilustración Lu Tolstova

La cultura de la muerte constituye el cuarto mayor negocio del mundo por detrás del tráfico de armas, de las drogas y de la prostitución

María Fernández, Madrid 06/02/2023

El pasado mes de diciembre el Congreso aprobó la **reforma de la ley del aborto**. Se trata de una ley que permite terminar con su embarazo a menores de 16 y 17 años sin consentimiento paterno, señala con el dedo a todos los facultativos que no quieran llevar a cabo esta acción y, sobre todo, es un gran negocio

El aborto constituye un **actividad multimillonario**¹⁸³. Prueba de ello es que en la mayoría de los hospitales públicos los ginecólogos son objetores de conciencia. Un ginecólogo sabe «mejor que nadie» la vida humana intrauterina que lleva la mujer y su desarrollo embrionario, porque es el médico quien se encarga de cuidar esa vida, explica Álvaro Ortega, presidente de la Fundación +Vida.

Alrededor del aterrador mundo del aborto, hay desarrollado una **gran industria privada**. De hecho, la sanidad pública en muchos casos «tiene que remitir a la

¹⁸² https://www.eldebate.com/sociedad/20230206/negocio-detras-aborto-gobierno-quiere-ocultar_90980.html

¹⁸³ Ibid.

privada para llevar a cabo los abortos». Al negocio del aborto de las clínicas quirúrgicas hay que sumarle otro tipo de aborto y de monetización que se constituyen dentro de lo que es la cultura de la muerte y es la **fecundación *in vitro***.

La fecundación *in vitro* es «la creación artificial de vida humana», donde también se producen abortos. Ellos lo denominan como «el descarte de embriones»: se rechazan embriones dentro de lo que es una regulación *in vitro*, pero realmente «lo que se están produciendo son abortos». Esta práctica supone **una vía más de negocio dentro del aborto**. Es decir, «de la industria de la cultura de la muerte».

Si se suma el negocio del aborto y de la fecundación *in vitro*, el negocio de la «cultura de la muerte» se sitúa en **el cuarto puesto de los mayores negocios del mundo**. Por detrás del tráfico de armas, de las drogas y de la prostitución.

No existen solo estos dos negocios. A esto hay que sumarle las ideas de Irene Montero. Dentro de esta industria existe también el de la farmacología, es decir, las **píldoras postcoitales abortivas**. La ley de Montero, financia públicamente tanto los anticonceptivos hormonales como la píldora del día después.

Un parto, 150 euros

El Ministerio de Montero sabe muy bien lo que hace. Mientras que un **parto natural** en el hospital cuesta entre 150 y 200 euros, los abortos suponen una gran cuantía económica. Por tanto, aquellos cuya actividad es lucrativa, indudablemente se decantan por el aborto y por «fomentar cada vez más este negocio».

Siguiendo en la misma línea si nos referimos al coste de la fecundación *in vitro*, por **ciclo en total la mujer se gasta 10.000 euros** si sumas lo que es la hiperestimulación ovárica, la punción ovárica, la transferencia embrionaria o la medicación que tiene que tomar la mujer.

PRECIOS DE UN ABORTO

- Aborto de hasta 12 semanas con anestesia local: 345 €
- Aborto de hasta 12 semanas con anestesia general: 440 €
- Aborto con intervención de 13 a 14 semanas: 475 €
- Aborto con intervención de 15 a 16 semanas: 595 €
- Aborto con intervención de hasta 17 semanas: 625 €

- Aborto con intervención de hasta 18 semanas: 840 €
- Aborto con intervención de hasta 19 semanas: 990 €
- Aborto con intervención de hasta 20 semanas: 1.470 €
- Aborto con intervención de 21 a 22 semanas: 1.655 €

En España, según los últimos datos, **se han producido 88.000 abortos**. Esto significa que, de media, aproximadamente 241 personas deciden acabar con la vida de sus hijos cada día.



«Tu hijo está en el cielo. Cántale la canción de cuna que no le pudiste cantar»GTRES

«Tu hijo está en el cielo. Cántale la canción de cuna que no le pudiste cantar. Ahí se encuentra un camino de reconciliación de la mamá con el hijo. Para Dios vale: es el perdón de Dios» señaló el Papa Francisco a una madre

08/02/2023

El Papa Francisco ha reiterado una y otra vez su contundente condena del aborto y, a la vez, su **profunda ternura** hacia las madres que han tomado esa decisión.

Indefensión

«Entre esos débiles, que la Iglesia quiere cuidar con predilección, están también los niños por nacer, que son los más **indefensos e inocentes** de todos, a quienes hoy se les quiere negar su dignidad humana en orden a hacer con ellos lo que se quiera, quitándoles la vida y promoviendo legislaciones para que nadie pueda impedirlo». (Asociación Ciencia y Vida. 30 de mayo de 2015).

¹⁸⁴ https://www.eldebate.com/religion/iglesia/20230208/palabras-mas-contundentes-papa-francisco-contra-aborto_92158.html

No es progresista

«Quiero ser completamente honesto al respecto. Éste no es un asunto sujeto a supuestas reformas o «modernizaciones». No es **progresista** pretender resolver los problemas eliminando una vida humana».

¿Cómo puede ser terapéutico, civilizado, o simplemente humano un acto que suprime la vida inocente? Papa Francisco

Sicarios

«Pero, ¿cómo puede ser terapéutico, civilizado, o simplemente humano un acto que suprime la vida inocente e indefensa en su florecimiento? Yo os pregunto: ¿Es justo «quitar de en medio» una vida humana para resolver un problema? ¿Es justo contratar a un sicario para resolver un problema? No se puede, no es justo «quitar de en medio» a un ser humano, aunque sea pequeño, para resolver un problema. Es como contratar a un sicario para resolver un problema».

Puedo y debo afirmar que no existe ningún pecado que la misericordia de Dios no pueda alcanzar y destruirPapa Francisco

Acompañamiento

“Hemos hecho poco para acompañar adecuadamente a las mujeres que se encuentran en situaciones muy duras, donde el aborto se les presenta como una rápida solución a sus profundas angustias, particularmente cuando la vida que crece en ellas ha surgido como producto de una violación o en un contexto de extrema pobreza. ¿Quién puede dejar de comprender esas situaciones de tanto dolor?” (*Evangelii Gaudium*).

Misericordia

«Que el aborto es un pecado, porque pone fin a una vida humana inocente. Con la misma fuerza, sin embargo, puedo y debo afirmar que no existe ningún pecado que la misericordia de Dios no pueda alcanzar y destruir, allí donde encuentra un **corazón arrepentido** que pide reconciliarse con el Padre». (*Misera et misericordia.*)

Volver a caminar tras 12 años de tetraplejia¹⁸⁵

Investigadores suizos consiguen un hito científico al devolver la movilidad a este paciente a través de un «puente digital» entre su cerebro y la médula

A. NIETO, 24.05.2023

No es ciencia ficción. Tampoco se trata del argumento de una película futurista. Hablamos de un hito científico absoluto que marcará un antes y un después en las enfermedades neurológicas. Gert-Jan Oskam, un neerlandés de 40 que perdió la movilidad de sus piernas y brazos hace 12 años como consecuencia de un accidente de bici, **ha conseguido volver a caminar a través de un control voluntario de la capacidad motora**. Sus extremidades responden a las órdenes directas de su sistema nervioso **a través de la inteligencia artificial y dos implantes** (uno cerebral y otro medular) en el paciente.

Se trata de una novedosa tecnología que, según explican sus responsables, un equipo de investigadores suizos y franceses, está basada en un dispositivo, llamado interfaz cerebro-columna vertebral, que está inspirado en un trabajo anterior de Grégoire Courtine, neurocientífico del Instituto Federal Suizo de Tecnología en Lausana, y sus colegas. Según recoge la revista «Nature», en 2018 demostraron que cuando se combina con un entrenamiento intensivo, «la tecnología que estimula la parte inferior de la columna con impulsos eléctricos puede ayudar a las personas con lesiones en la médula espinal a volver a caminar».

Oskam, según detalla esta publicación, fue uno de los participantes en ese ensayo, pero después de tres años, sus mejoras se estancaron. Ahora, este nuevo sistema **utiliza el implante espinal que este paciente neerlandés ya tienen instalado y lo combina con otros dos** implantes en forma de disco que han sido insertados en su cráneo para que dos rejillas de 64 electrodos descansen contra la membrana que cubre el cerebro.

De este modo, cuando este hombre piensa en caminar, «los implantes de cráneo detectan actividad eléctrica en la corteza, la capa externa del cerebro. Esta señal es transmitida y decodificada de forma inalámbrica por una computadora que Oskam usa en una mochila, que a continuación transmite la información al generador de pulso espinal».

¹⁸⁵https://www.larazon.es/ciencia/paraplejico-vuelve-caminar-gracias-puente-digital-cerebro-medula_20230524646e2d4a277db7000175739e.html

«El dispositivo anterior era más una estimulación preprogramada que generaba movimientos de pasos robóticos. El actual es completamente diferente, porque Gert-Jan tiene control total sobre el parámetro de estimulación, lo que significa que puede detenerse, caminar, subir escaleras», apunta el neurocientífico Grégoire Courtine en declaraciones recogidas por «Nature».

«Hace cuatro años ni siquiera soñaba con algo así», explicó el paciente a Efe. Ante la pregunta de lo más complejo del proceso desde su punto de vista, señaló que «fue el tener que pensar en movimiento natural tras 10 años sin intentarlo». «La estimulación antes me controlaba a mí y ahora soy yo el que controla la estimulación con mi pensamiento. Cuando decido dar un paso, la simulación se activará tan pronto como lo piense», apuntaba el paciente de «Nature». «La semana pasada, había algo que tenía que pintar y no había nadie para ayudarme. Así que tomé el andador y la pintura, y lo hice yo mismo mientras estaba de pie», añadió.

Después de ser operado para recibir estos implantes, a Gert-Jan se le pidió, durante una fase que requirió meses de entrenamiento, que se imaginara moviendo sus piernas: al hacerlo, su cerebro emitía estímulos que, mediante una serie de algoritmos, eran convertidos en datos que más tarde llegarían al implante de su médula espinal y serían convertidos en movimiento.

Según recoge Efe, al principio, entrenó sus movimientos sobre un avatar, una versión digital y en pantalla de sí mismo que empezó a mover con sus pensamientos, y finalmente el sistema se llevó a su propia médula espinal. «En pocos minutos ya podía mover el avatar, así que decidimos probar a ver si podía levantarse, y cuando dio sus primeros pasos casi llorábamos al ver que había sido tan rápido», recordó en declaraciones a esta agencia la neurocirujana Jocelyne Bloch, otra de las principales responsables del proyecto.

Tras este éxito de la ciencia, **el equipo de Courtine ya está reclutando a tres personas para ver si un dispositivo similar puede restaurar los movimientos del brazo.** Tal ha sido el impacto en la comunidad científica que los investigadores no han escatimado en halagos hacia sus compañeros. La revista «Nature» recogió varios testimonios en este sentido. Así Bruce Harland, neurocientífico de la Universidad de Auckland en Nueva Zelanda, apuntó que esta mejora continua en la función espinal «es una gran noticia para cualquier persona con una lesión en la médula espinal, porque incluso si se trata de una crónica abre la posibilidad de curación».

«Ciertamente es un gran salto hacia la función mejorada de las personas con lesiones en la médula espinal», confesó la neurocientífica Anna Leonard de la Universidad de Adelaida en Australia. «Todavía hay espacio para que otras

intervenciones, como las células madre, mejoren aún más los resultados». En cuanto a los riesgos de esta tecnología Jocelyne Bloch, la neurocirujana del Instituto Federal Suizo de Tecnología que implantó el dispositivo, subraya que «siempre hay un poco de riesgo de infecciones o riesgo de hemorragia, pero son tan pequeños que vale la pena el riesgo». Si no, que se lo pregunten a Oskam.

La alarmante predicción de la OMS sobre la llegada de una nueva pandemia más mortífera que la Covid¹⁸⁶

El organismo sanitarios de Naciones Unidas insiste en la necesidad de estar preparados: "No podemos dar largas al asunto"

H. DE MIGUEL, 24.05.2023

Tan solo unas semanas después de que la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**¹⁸⁷ decretase el fin de la emergencia internacional por la Covid-19, el organismo sanitarios de Naciones Unidas ha avisado de una nueva amenaza a la salud. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director la OMS, ha alertado de **"otro patógeno emergente con un potencial aún más mortal"** e **instó a la comunidad internacional a "prepararse" ante las nuevas pandemias.**

Durante su discurso de apertura de la 76ª Asamblea Mundial de la Salud, ha instado a los países a no demorar más la aprobación del tratado internacional para tomar las medidas preventivas para evitar que haya un colapso mundial. "No podemos dar largas al asunto. Si no hacemos los cambios necesarios, ¿quién los hará? Y si no los hacemos ahora, ¿cuándo? **Cuando la próxima pandemia llame a la puerta, y lo hará, debemos estar preparados para responder de forma decisiva, colectiva y equitativa**", ha defendido Tedros durante su intervención.

Según la OMS, aunque las pandemias están lejos de ser la única amenaza que encara la humanidad, **"sigue existiendo la amenaza de que aparezca otro patógeno con un potencial aún más mortífero"**, por lo que ha instado a los líderes mundiales a diseñar una estrategia frente a estos desafíos. Además, ha alertado de que pese a que ya acabado la emergencia internacional por la Covid-19, aún existe la amenaza de que **"aparezca otra variante que provoque nuevas oleadas de enfermedad y muerte"**.

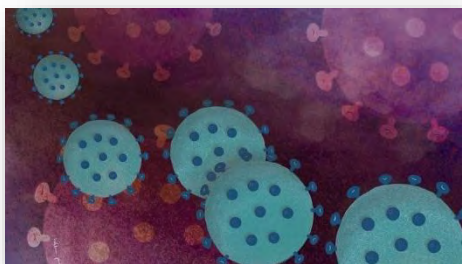


Ilustración de los virus SARS-CoV-2, responsables de la enfermedad COVID-19
HELENA PINHEIRO, IMM
HELENA PINHEIRO, IMM

¹⁸⁶ https://www.larazon.es/sociedad/alarmante-prediccion-oms-llegada-nueva-pandemia-mas-mortifera-que-covid_20230524646dc4af910a1b0001d8c4c7.html

¹⁸⁷ <https://www.larazon.es/temas/oms-1>

Tedros también ha hecho hincapié en el "alto coste para la salud mental" de la pandemia. "Muchos de nuestros propios empleados, como muchos trabajadores de la salud en todo el mundo, han experimentado estrés y agotamiento severos", ya que "la pandemia nos ha enfrentado a desafíos sin precedentes", afirmó.

"Necesitamos un compromiso generacional de que **no volveremos al viejo ciclo de pánico y negligencia que dejó vulnerable a nuestro mundo**, sino que avanzaremos con un compromiso compartido para hacer frente a amenazas compartidas con una respuesta compartida. Por eso decimos que la pandemia es un compromiso generacional: un compromiso de esta generación es importante porque esta generación experimentó lo terrible que puede ser un pequeño virus", ha concluido el director general de la OMS.

El Tribunal de Estrasburgo da la razón a Italia a la hora de prohibir registrar los nacimientos de vientres de alquiler¹⁸⁸



INDICA QUE LA ADOPCIÓN ES UNA ALTERNATIVA VIABLE

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos en Estrasburgo ha respaldado la decisión de Italia de no registrar los certificados de nacimiento de niños nacidos en el extranjero a través de gestación subrogada. El tribunal indica que la adopción es la alternativa viable para las parejas que no puedan tener hijos de forma natural.

23/06/23, **Agencias/InfoCatólica**

El tribunal ha declarado no admisibles los recursos presentados por parejas homosexuales y heterosexuales contra Italia en relación con este tema.

Según el tribunal el deseo de dichas parejas «de ver reconocido un vínculo entre los niños y sus futuros padres no ha chocado con una imposibilidad general y absoluta, ya que tenían a su disposición la opción de la adopción y no la utilizaron».

¹⁸⁸ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=46789>

Padua ya ha dado el primer paso para vetar que los niños tengan dos madres en Italia al declararar que un certificado de nacimiento que citaba a dos madres era ilegítimo. La Fiscalía ha instado a un tribunal a rectificar la situación del niño anulando el nombre de una de las mujeres.

El pasado lunes llegó al Parlamento italiano el proyecto de ley para hacer de la gestación subrogada un «delito universal», es decir, cualquier italiano será juzgado en Italia, aunque la madre que se ofrece como vientre de alquiler viva fuera del país. El proyecto está abalado por Hermanos de Italia, Liga y Forza Italia, lo cual hace casi seguro que será aprobado.

Los médicos católicos de EEUU, contra el cambio de sexo: no es buena ciencia y daña a la persona¹⁸⁹



No es ético mutilar órganos sanos del cuerpo, el cambio de sexo daña al paciente

12 septiembre 2023 13:40

La **Asociación Médica Católica¹⁹⁰ de Estados Unidos** (CMA, por sus siglas en inglés) ha difundido un nuevo informe señalando que **Estados Unidos continúa realizando mutilaciones y bloqueos de pubertad que dañan a menores**, sin evidencia médica de que aporten beneficios, mientras que **Gran Bretaña, Suecia, Finlandia, Francia y Dinamarca ya han prohibido el uso de bloqueadores de la pubertad** en niños, considerando que dañan al menor sin beneficio comprobable.

Los médicos católicos de EEUU enumeran los **daños a la salud del hormonamiento a menores**: "Las hormonas cruzadas se asocian con

¹⁸⁹ https://www.religionenlibertad.com/ciencia_y_fe/228473879/informe-medicos-catolicos-eeuu-contracambio-sexo-no-buena-ciencia-dana-persona.html

¹⁹⁰ <https://www.cathmed.org/>

peligrosos riesgos para la salud. La administración de estrógenos a chicos los pone en riesgo de desarrollar tromboembolismo, lípidos elevados, hipertensión, menos tolerancia a la glucosa, enfermedades cardiovasculares, obesidad y cáncer de pecho. Las chicas a las que dan grandes dosis de testosterona se arriesgan a desarrollar lípidos elevados, resistencia a la insulina, enfermedades cardiovasculares, obesidad, policitemia y efectos desconocidos en los tejidos del pecho, del endometrio y de los ovarios (American College of Pediatricians, 2018). Niños y niñas prepúberes que reciben hormonas bloqueadoras de la pubertad seguidas de hormonas cruzadas se arriesgan a una esterilidad permanente".

¿Cambio de sexo o suicidio? Una falsedad sin base científica

"No tiene apoyo científico la afirmación de que los niños con confusión sexual se suicidarán si no se les afirma [en el cambio de género] y se les pone en camino a la reasignación de sexo", proclama con convicción la asociación médica.

De hecho, afirman citando un análisis (Robbins & Broyles) que **"los datos muestran que a la larga, la transición puede exacerbar los problemas psicológicos que podrían llevar al suicidio"**.

También citan el estudio sueco de 2011 de Dhejne *et al*, que **siguió durante 30 años a 324 adultos que cambiaron de sexo:** sus datos de mortalidad, suicidios, intentos de suicidio, hospitalización psiquiátrica y enfermedades cardiovasculares son muy superiores a la población media (grupo de control). **Nada muestra que el cambio de sexo mejorara su salud ni bienestar, más bien lo contrario.**

Escuchar a los detransicionadores y víctimas

Los médicos católicos recuerdan que **cada vez son más los "[detransicionadores](#)"**, los arrepentidos que han dejado las prácticas médicas del cambio de sexo.

Los arrepentidos, a menudo muy dañados, **"aseguran que fueron empujados hacia el cambio de sexo cuando eran más vulnerables e inmaduros,** sin informarles de las consecuencias. Algunos empiezan procedimientos judiciales contra los médicos y organizaciones médicas que les practicaron esas intervenciones".

Como médicos, recuerdan que **la mutilación que provoca el cambio de sexo no se justifica según la buena ética médica:** no son órganos que amenacen la salud, que estén enfermos, que no funcionen... "El efecto de la mutilación es

una función cosmética, si es que cumple alguna", denuncian, a la vez que destruye una capacidad natural, la reproducción.

Los médicos católicos piden **que médicos y familias eviten enviar a los menores a las "clínicas de género"**, donde serán **"rápidamente reclutados** en el proceso de reasignación, a menudo con poca supervisión de su salud mental".



Miembros de la Asociación Médica Católica de EEUU en una marcha en las calles de Washington; la asociación está acostumbrada a participar en el debate público social y sanitario con voz clara y valiente.

"Es un experimento enorme, no regulado"

Todo el movimiento de cambio de sexo, denuncian, incumple la **primera norma de la buena ética médica que dice: "Ante todo, no dañar"**.

"El movimiento de reasignación de sexo es **un experimento enorme, no regulado**, basado en estudios con alto nivel de abandono, en estudios sin control de azar y **sin estudios a largo plazo que cubran más de 5 años**, con intervenciones que son estructural y funcionalmente mutiladoras y tienen consecuencias irreversibles y a largo plazo", declara la asociación médica.

Los médicos católicos recuerdan también las enseñanzas del Catecismo Católico sobre la complementariedad de los dos sexos y la denuncia de los obispos norteamericanos contra la idea de que tenemos derechos ilimitados sobre nuestros cuerpos, incluso para dañarlos o mutilarlos, como si fueran cosas disponibles y manipulables.

Mensaje a las familias y a las asociaciones médicas

A los padres, la asociación les pide "unirse y trabajar juntos para defender tratamientos efectivos y apropiados que afirmen la verdad sobre la integridad de la persona humana como una unidad sagrada de cuerpo y alma".

A las asociaciones médicas que promueven la "reasignación de sexo de niños con disforia de género" los médicos católicos **les piden que cambien su decisión**, y que consideren los daños profundos, físicos y psicológicos, a largo plazo que esperan a esos niños a medida que crezcan.

"La disforia de género es un desorden psiquiátrico que debería ser tratada por un especialista en salud mental con la cooperación de padres amorosos", insisten. La reasignación de género a menores "no es éticamente permisible y debería abandonarse".

Reafirmandose en su declaración de 2021, los médicos católicos defienden el derecho de los profesionales sanitarios a **defender el mejor interés del paciente sin ser presionados por políticas** que amenacen su ejercicio de la medicina y **sin coacciones** contra su juicio médico y moral.

La **Asociación Médica Católica de EEUU nació en 1932** al federarse distintas asociaciones médicas locales y regionales. Como muchas otras asociaciones médicas católicas, forma parte de la **FIAMC**¹⁹¹ (Federación Internacional de Asociaciones Médicas Católicas), en la que hay asociaciones de Argentina, Honduras, Paraguay, México, Perú, Puerto Rico... Estas **asociaciones pueden aportar una voz sanitaria y cristiana clara en el debate social** y bioético. Portugal tiene una asociación de médicos católicos desde hace más de un siglo, pero España no tiene una asociación de médicos católicos.

La declaración The Ideology of Gender Harms Children puede leerse en inglés *aquí en Cathmed.org*: <https://www.cathmed.org/resources/the-ideology-of-gender-harms-children/>

¹⁹¹ <https://www.fiamc.org/regions/latin-america/>

Tribunal Constitucional: solo el personal sanitario, y no las empresas del sector, puede ser objeto contra la eutanasia¹⁹²



UN HOSPITAL CATÓLICO NO PODRÍA OPONERSE SI UNO DE SUS MÉDICOS LA PRACTICA

El pleno del Tribunal Constitucional ha reafirmado su respaldo a la ley de eutanasia, esta vez al rechazar la impugnación presentada por el Partido Popular (PP). En su resolución, el tribunal aclara quiénes pueden alegar objeción de conciencia al ayudar a una muerte digna. Establece que solo el personal sanitario puede hacerlo y no las entidades jurídicas (empresas), como proponía el partido liderado por Alberto Núñez Feijóo.

13/09/23 **Agencias/InfoCatólica.**

Tanto el PP como Vox presentaron recursos que coincidían en impugnaciones de carácter general. Ambos argumentaban que había un defecto formal en la elaboración y aprobación parlamentaria de la ley, ya que partía de una proposición de ley orgánica del grupo mayoritario que respalda al Gobierno.

¹⁹² <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=47451>

Según los recurrentes, esto constituía un fraude de ley para evitar la emisión de informes por parte del Consejo de Estado, el Consejo General del Poder Judicial, el Consejo Fiscal y el Comité de Bioética, así como para restringir el debate parlamentario. La sentencia considera que estas quejas son inconsistentes y reitera que dichos informes no son necesarios para ninguno de los aspectos regulados por la ley de eutanasia.

La segunda impugnación de carácter general sostenía que el sistema de garantías establecido por la ley era incompatible e insuficiente desde la perspectiva del derecho fundamental a la vida. La sentencia publicada este miércoles coincide con una dictada anteriormente¹⁹³ al afirmar que **la eutanasia o la asistencia para morir se basan en ciertos valores, principios y derechos fundamentales consagrados en la Constitución.**

Además, señala que el derecho a la vida, aunque no garantiza el derecho a la propia muerte como una cuestión de voluntad o libertad, tampoco obliga a una persona a mantenerse con vida contra su voluntad. Por último, la sentencia destaca que el fundamento constitucional de la eutanasia implica que **esta no se limite, como proponían los recurrentes, a los casos de pacientes terminales.**

La sentencia resuelve, desestimándolas, dos quejas nuevas relacionadas con la objeción de conciencia de las entidades jurídicas y el uso del proceso preferente y sumario para proteger la eutanasia, que solo estaban presentes en el recurso del PP. En lo que respecta a la objeción de conciencia de las entidades jurídicas y de acuerdo con la configuración constitucional de este derecho, la sentencia sostiene que **solo las acciones de los profesionales sanitarios, independientemente de su categoría profesional, en la ejecución efectiva de esta prestación pueden ser exoneradas del deber legal de garantizar el derecho a la asistencia para morir**, según lo establecido por la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE).

La sentencia señala que solo en estas intervenciones específicas pueden surgir conflictos basados en convicciones personales, ideológicas o morales que justifiquen la objeción de conciencia por parte del profesional de la salud ante una acción que, en términos generales, es un requisito legal. Sin embargo, **extender la objeción de conciencia a un ámbito institucional, como proponían los recurrentes, no solo carecería de fundamento constitucional, sino que también podría poner en peligro la efectividad de la atención médica en sí.**

¹⁹³ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=45998>

¿Cuándo empieza a tener alma un embrión humano?¹⁹⁴



Embrión humano de nueve semanas

«No hay sobre este punto una tradición unánime, y los autores están todavía divididos». Para unos, esta infusión acontecería en el primer instante; «para otros, podría ser anterior a la anidación», según el documento de Doctrina de la Fe, *La Declaración sobre el Aborto Provocado*

El Debate, 14/09/2023

El magisterio de la Iglesia no ha cerrado nunca y de un modo definitivo el momento exacto en que se crea el alma (se infunde) en el embrión humano. De hecho, sigue siendo una cuestión abierta al debate.

En cualquier caso, en *La Declaración sobre el Aborto Provocado*, publicada en 1974 por Doctrina de la Fe se expone lo siguiente:

«Esta declaración deja expresamente a un lado la cuestión del momento de la infusión del alma espiritual. No hay sobre este punto una tradición unánime, y los autores están todavía divididos». Para unos, esta infusión acontecería en el primer instante; «para otros, podría ser anterior a la anidación. No corresponde a la ciencia dilucidarlas, pues la existencia de un alma inmortal no entra dentro de su campo. Se trata de una discusión filosófica de la que nuestra razón moral es independiente».

¹⁹⁴ https://www.eldebate.com/religion/iglesia/20230914/tienen-alma-embriones-humanos_139497.html

A partir de este misterio, la Iglesia insiste en que el embrión humano debe ser tratado como si ya tuviera un alma; como una persona desde el momento de la concepción.

La creación del alma en cada hombre es una cuestión que ha sido siempre analizada desde los albores de la teología moral. El pensamiento sobre la animación inmediata del alma empezó a ganar fuerza a partir del siglo XVII. **San Agustín**, por ejemplo, cambia de parecer a lo largo de toda su obra.

Santo Tomás, por su parte, sostenía que la animación humana no sucedía en el primer instante sino en un momento independiente del inicio de la vida. El Aquinate afirmaba que el desarrollo material del embrión lo hacía «apto» para recibir de Dios el alma inmortal.

Las discusiones en torno al misterioso momento continúan a día de hoy en diversos ámbitos, debido a los nuevos conocimientos en embriología y, por tanto, a las nuevas preguntas que suscita el conocimiento científico en el campo médico.

Hay que reconocer que el momento preciso en que **el alma es creada en el embrión es asunto de Dios**. Esta declaración moral se ciñe, más bien, a los datos científicos que se tienen sobre el inicio de la vida y su desarrollo empírico como ser humano que nace, crece y se extingue.

Hablamos del alma

Para la Iglesia, **los embriones humanos son ya seres que son humanos**. Son seres completos llamados a madurar a lo largo del tiempo. Su destrucción durante su desarrollo impide al embrión integrarse completamente al mundo de la especie humana. El embrión humano no es un tejido biológico cualquiera: representa el santuario de alguien que ha sido creado para ser y existir como una persona en el mundo.

Por eso, todo embrión humano es único y sagrado, y no debe ser manipulado como un instrumento o una materia inerte con otros fines médicos o farmacéuticos.

El alma que Dios crea **para cada ser humano es el principio por el cual esa persona puede llegar al destino al que ha sido llamado**: Dios mismo, que llama y alienta la vida desde el principio hasta la eternidad. La persona humana, por lo tanto, aun en su forma más incipiente como un ser humano, aun cuando no sabemos el instante exacto en que se infunde el alma en la carne, debe ser siempre protegida de manera absoluta e incondicional.

¿Qué ocurre en las primeras ocho semanas de vida?¹⁹⁵



EcografíaPixabay

El corazón comienza a latir en el día 22 y al final de la octava semana ya están formados todos los órganos

13/12/2022

Un llanto anuncia la llegada al mundo de una nueva vida. «En realidad la vida de ese bebé ha comenzado mucho antes», afirma **Begoña Olartecoechea**, profesora clínica asociada de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Navarra. Concretamente, nueve meses antes.

«Nuestro trabajo [como ginecólogos] nos permite ir viendo esa evolución hasta el momento del parto», continúa la doctora. ¿Cuándo da comienzo el desarrollo del ser humano? «En el momento de la fecundación», afirma **Mar Cuadrado**, directora del departamento de Patología, Anatomía y Fisiología de la Universidad de Navarra. En el instante en que se unen el espermatozoide y el ovocito, se forma una única célula que se denomina cigoto.

«El cigoto marca el inicio de un nuevo ser, un ser único e irrepetible que es distinto a cualquier otro», ahonda la doctora Cuadrado. Aunque no se vea a

¹⁹⁵ https://www.eldebate.com/familia/20221213/que-ocurre-primeras-ocho-semanas-vida_79048.html

simple vista, en esta primera célula ya se almacena toda la información genética de ese individuo: si es un niño o una niña, el color de sus ojos, de su pelo...

Donde todo comienza. ¿Qué ocurre en las primeras ocho semanas de vida?

<https://www.youtube.com/watch?v=YW0xWfnsez4>

El cigoto, con los días, va dividiéndose «para convertirse en lo que denominamos embrión, que después será un feto, un bebé, un niño, un adolescente...», explica Cuadrado. Un desarrollo, según la doctora, que continuará a lo largo de toda su vida.

Es en las primeras ocho semanas cuando tiene lugar el llamado desarrollo embrionario. En solo dos meses, se han formado todos los tejidos, todas las estructuras de su cuerpo, según explica **Elisa Mengual**, profesora del mismo departamento que Cuadrado.

El día 22 comienza a latir el corazón. «Es el encargado de repartir oxígeno y alimento por todo el embrión para que pueda seguir creciendo», ahonda la profesora. En la cuarta semana, es también cuando se ve ya el tubo neural – germen del futuro sistema nervioso–, las extremidades y han empezado a desarrollarse los órganos en el interior del embrión: el tubo digestivo, el sistema respiratorio, el nefrourinario...

«Al final de la octava semana de vida embrionaria se percibe perfectamente la forma, con su cabecita, sus pabellones auriculares que se están desarrollando. A partir de ese momento, va aumentando de tamaño, de peso y maduración», afirma Olartecoechea, quien aclara también que en ese momento ya están todos los órganos formados.



ESPECIAL SOBRE LA LEY ESPAÑOLA DE SUICIDIO ASISTIDO Y EUTANASIA

Luís Ignacio Amorós
Blog Mater et Magistra
Infocatolica.com

Edición electrónica preparada por P. Fernando Fabó, LC
Facultad de Bioética Universidad Anáhuac. Campus México.
29 DICIEMBRE 2023

Breves reflexiones sobre la eutanasia y sus legislaciones¹⁹⁶

Luis I. Amorós, el 22.12.23

Las personas no “tenemos” derechos, ni existen los derechos inherentes, puesto que **los derechos surgen de la relación entre personas**. En todo caso, “ejercemos” derechos. Acción y no posesión.

La vida y la muerte son hechos, no derechos. Así, todos hemos de morir un día u otro, de modo que **no existe el “derecho a morir”**. Cuando hablamos del “derecho a vivir”, en realidad estamos hablando del **derecho a no ser matados por otros**, y por tanto, cuando hablamos del “derecho a morir” lo que expresamos es el **derecho a que otros nos den muerte a nuestra petición**.

Efectivamente, **ninguna ley nos impide darnos muerte a nosotros mismos** (en realidad, escoger la hora de nuestra muerte, puesto que no somos inmortales). En la práctica podemos ser nuestros propios asesinos. Pero el hecho de quitarse la vida no puede ser considerado un derecho.

Nosotros no nos hemos creado, sino que **hemos sido creados por otros** (una de las consignas nihilistas más conocidas es la de reprochar a los padres habernos traído al mundo “sin nuestro consentimiento”); así pues, la vida no nos pertenece en sentido posesivo. **No somos “propietarios” de nuestra vida**, ni la hemos fabricado ni la hemos comprado. Nacemos y morimos sin nuestra decisión.

Pero, además, **la vida es la fuente, y antecede, a todo derecho y toda posesión**. Renunciar a la vida es renunciar a todo lo demás. Más aún, si no estuviésemos vivos, no podríamos tener la voluntad ni tomar la decisión de morir en un momento determinado. Una paradoja interesante.

Sin vida, no hay voluntad ni hay derechos.

Volvamos al inicio: nada nos impide acabar con nuestra vida a voluntad. La perpetración del mal llamado “derecho a morir” lo que establece es la **capacidad del sujeto de exigir a otros que pongan fin a su vida, la participación de terceros**. Es decir, instaura un “**derecho a ser matado**”.

Dado que arrebatar (injustamente) la vida a otros es un delito grave contra persona (un crimen) en cualquier legislación, el “**derecho a ser matado**” **colisiona gravemente con el ya citado “derecho a no ser matado”**, de un modo que es difícilmente resoluble.

¹⁹⁶<https://www.infocatolica.com/blog/matermagistra.php/2312221039-breves-reflexiones-sobre-la-e#more44980>

En los códigos legales que lo permiten, siempre es la **autoridad judicial quien lo determina**, y en base al riesgo grave para la sociedad de la existencia o vida del sujeto. Hoy en día no existe apenas apoyo en la filosofía del derecho a la privación de vida como punición necesaria.

La resolución de esa contradicción se establece por la **voluntad firme y expresada del sujeto que solicita ser matado**. Es esa voluntad la que crea la excepción. Argumento lógico y esperable en una filosofía de honda raíz voluntarista, como es la liberal.

En el contexto filosófico actual, crecientemente estatista, en realidad el “derecho a ser matado” lo que establece es la **obligación del legislador, y del aparato estatal que le acompaña y aplica sus disposiciones**, a *garantizar* que un funcionario pondrá fin a la vida del sujeto a su solicitud.

Naturalmente, hablamos de la **eutanasia**, término equívoco donde los haya, y más en el actual contexto legislativo. Equívoco porque **la buena muerte no es equiparable a la muerte voluntaria**; estaríamos aquí ante una valoración positiva de un acto (quitar la vida antes de su fin natural) cuya **catalogación moral, por principio, es negativa**. Equívoco porque en las disposiciones legales actuales (incluyendo la española), el **acortamiento de la agonía (que es el sentido originario del término eutanasia)** no es ni el único ni el principal de los motivos para solicitar la propia muerte.

La clave para lograr los fines de la legislación eutanásica es el llamado “**documento de voluntades anticipadas**”. Sobre el papel, resuelve un obstáculo: conocer la voluntad del sujeto cuando este no la puede expresar... y cuando según otros se halla en una situación en la que podría solicitar que se le diese muerte. Es decir, en una situación en la que un tercero autorizado cree que aquel que no puede expresar su voluntad, solicitaría su propia muerte.

En los modelos oficiales diversos que circulan para ese **documento de voluntades anticipadas** (una por cada sistema sanitario español, pero muy parecidos casi todos) se enumeran una larga serie de **patologías graves o crónicas**, sin hacer referencia expresa a que vayan a producir la muerte del sujeto de forma irreversible en un plazo breve (vuelvo a insistir: ese era el sentido original de eutanasia). El firmante da carta legal a una disposición de la voluntad antecedente: es decir, **en uno de estos casos, y si yo no puedo expresar mi voluntad, deseo que se ponga fin a mi vida**. Que se me dé muerte.

Un apoderado, o incluso el médico que le atiende en determinadas circunstancias, podría ejecutar esa “voluntad antecedente” de ser matado.

Se **equipara legalmente a un testamento** (se le llama “testamento vital”), en el que uno dispone sus bienes a su muerte. Pero los bienes testamentarios son propiedad del sujeto que testa y su vida, como ya vimos, no. Por otra parte, **es la muerte la que da efecto al testamento, y no al revés**. El documento de voluntades anticipadas no está en relación con disposición de bienes, sino más bien con la **legalización del suicidio**, o más bien del homicidio.

Dichos documentos **no permiten**, sin embargo, que el sujeto solicite, en plena autonomía de su voluntad, que **se le prolongue la vida más allá de lo médicamente razonable**. La *Lex Artis* médica impera sobre la voluntad cuando se trata de prolongar inútilmente la vida, pero **no cuando se trata de acortarla**, aunque no haya criterio médico alguno que lo justifique. Por lo visto la sacrosanta autonomía de la voluntad carece de fuerza cuando se trata de hacer más gasto sanitario, pero es imperativo moral cuando se trata de disminuirlo.

Acerca de la **ley española de eutanasia de 2021** ya escribí una serie de cuatro extensos artículos¹⁹⁷ a los que remito al lector interesado. En pocas palabras, la ley está orientada a **garantizar el auxilio del sistema sanitario en el suicidio de quién considere que su patología diagnosticada le causa un sufrimiento intolerable**. Esto es, es una disposición legal encaminada a garantizar la autonomía de la voluntad en la determinación del momento del final de la vida propia. Lo que en lenguaje posmodernista se llama “**empoderamiento**” del sujeto.

En 2021 se ejecutaron setenta y cinco eutanasias activas, y en 2022, doscientas noventa y cinco, según datos proporcionados a partir de cifras oficiales por **Derecho a Morir Dignamente**, la **multinacional de la eutanasia activa y la muerte de personas**, asesora confesa de cuatro de los grupos parlamentarios que pergeñaron y votaron esa ley, e inconfesa de los demás que la aprobaron, e **interlocutora habitual para hablar del tema**(y por tanto, principal creadora de opinión)para todos los medios progresistas en España, que en estos asuntos son la inmensa mayoría. **La mayor parte eran personas que no estaban en agonía, ni siquiera con una muerte cercana, sino padecían de enfermedades neurodegenerativas** y similares, es decir con una autonomía y capacidades disminuidas. O sea, **unos discapacitados**. **La eutanasia española sirve principalmente para facilitar el suicidio de minusválidos** Los datos de 2023 aún no ha sido hechos públicos, pero sin duda (ahí están los ejemplos del aborto, el divorcio y el repudio), irán a más. Que es **el objetivo docente de toda ley**, la de promover una conducta en aquellos a los que está sujeta.

¹⁹⁷ <https://www.infocatolica.com/blog/matermagistra.php/2103020914-la-ley-espanola-de-suicidio-a>

Puede compararse con la **ley de derechos y garantías de las personas al final de su vida**¹⁹⁸, promulgada por las cortes de Castilla y León en septiembre del mismo año de 2021. El planteamiento de la misma es diametralmente opuesto, **centrado en aliviar el sufrimiento** con las medidas terapéuticas disponibles, sin excluir medidas enérgicas analgésicas o sedativas en caso de dolor intenso o en la agonía, siempre que su fin no sea específicamente acabar con la vida del paciente. En otras palabras, **una legislación que pone el foco en los cuidados paliativos, y no en la facilitación del suicidio**. Una normativa centrada en la dignidad y calidad de vida, y no en el culto a la muerte como escape de una vida penosa. Quizá por eso Castilla y León es una de las regiones españolas con menor solicitud de eutanasias, pese a la media muy envejecida de su población. **Cuando se asiste, que es la vocación de la medicina**, en vez de ofrecer la dulce muerte, resulta que las personas **optan por vivir**.

Como se dice hoy en día en los espectáculos deportivos cuando un contendiente se sobrepone a un resultado adverso “**sí se puede**”. Se puede **legislar de un modo coherente con el respeto a la dignidad y a la vida**, y a la vez preocupado por aliviar el sufrimiento, sea físico, psicológico o espiritual.

La noción de que la eutanasia es imprescindible y su retraso un atentado a la libertad y los derechos personales, **es falaz e impuesta** por aquellos que desean la muerte de los enfermos crónicos y los ancianos deteriorados, y por motivos bien espúreos.

Este otro tipo de leyes, que **buscan sinceramente el Bien Común**, son las admisibles en una sociedad que quiere seguir la moral cristiana y los mandamientos de Dios, aquellos que, por la caridad, nos indican **auxiliar a quien padece y confortar al que sufre**, frente a la muerte provocada, que violenta el quinto mandamiento, propia de quien sirve a la Bestia.

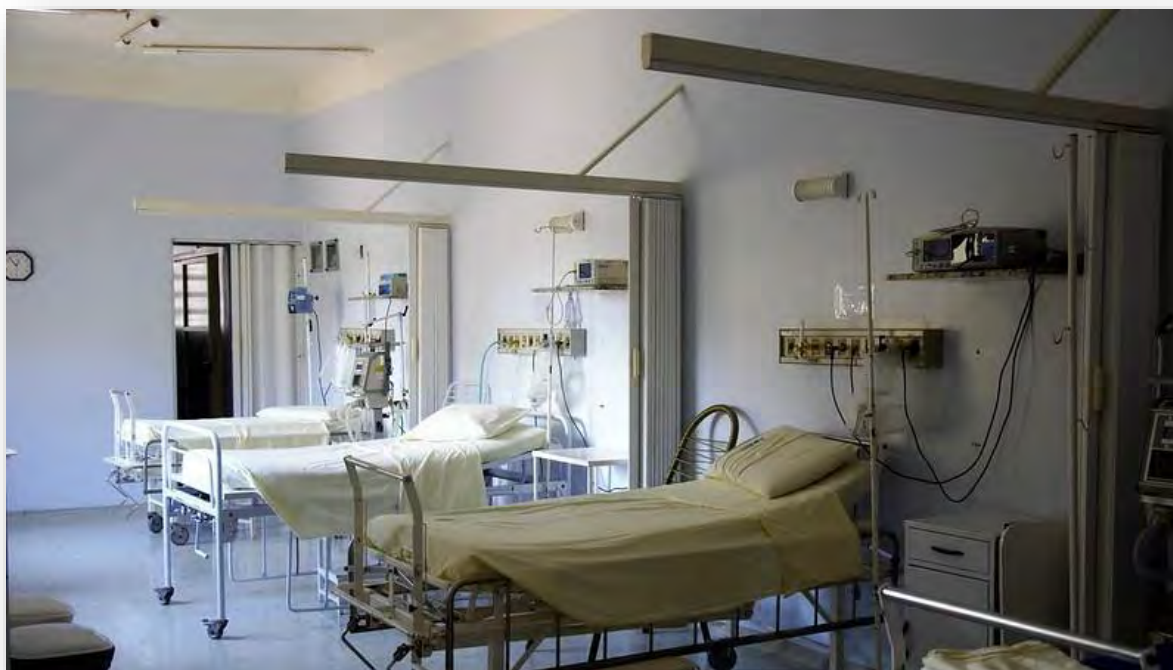
Humanamente hablando, esta batalla está perdida, porque casi todos los poderes materiales en nuestro mundo occidental, tanto en Europa como en América, están a favor de promover y alentar la eutanasia y el suicidio asistido. Pero los cristianos estamos ya acostumbrados (y más aún desde hace unas décadas) a poner una **mirada sobrenatural y trascendental** a toda la batalla de la moral social y la cultura. Por tanto, combatimos y debemos **seguir combatiendo contra la destrucción de la vida y la familia**.

Porque estamos en la verdad, y porque defendemos lo bueno.

¹⁹⁸ <https://sirdoc.ccy1.es/Biblioteca/Dosieres/DL189DerechosFinVida/Index.html>

Nuestro Reino no es de este mundo.

La ley española de suicidio asistido y eutanasia (I). El proyecto de ley¹⁹⁹



Luis I. Amorós, el 2.03.21

Introducción

Desde el comienzo mismo de esta bitácora, he dedicado un buen número de artículos a diversos aspectos de la **eutanasia**²⁰⁰, incluyendo los relativos a la legislación, sobre todo española. Si algún amable y paciente lector desea echar un vistazo al último que escribí sobre el tema el año 2019²⁰¹, verá que trato sobre la **ley de cuidados al final de la vida y documento de voluntades anticipadas en la Comunidad Valenciana** (*LLEI 16/2018, de 28 de juny, de la Generalitat, de drets i garanties de la dignitat de la persona en el procés d'atenció al final de la vida. [2018/6394]*”), similar por cierto al de otras regiones de España. En él ya concluyo que las legislaciones autonómicas llevan ya un tiempo **estableciendo *de facto* documentos oficiales que invitan a solicitar la**

¹⁹⁹ <https://www.infocatolica.com/blog/matermagistra.php/2103020914-la-ley-espanola-de-suicidio-a>

²⁰⁰ <https://www.infocatolica.com/blog/matermagistra.php/eutanasia/>

²⁰¹ <https://www.infocatolica.com/blog/matermagistra.php/1908011022-romanones-y-la-eutanasia-lega>

eutanasia activa, amparados en las normas ya existentes. Este proyecto de ley aprobado por el parlamento español únicamente unificaría o regularizaría todo el *maremagnum* legislativo eutanásico²⁰² ya existente.

La cantidad de documentación a consultar, resumir, ordenar y valorar es tan ingente, que he dividido el texto en varios artículos numerados, que se irán publicando fraccionados (D.m) los próximos días.

EL PROYECTO DE LEY DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA DE JULIO DE 2019

Los principios en la exposición de motivos del proyecto de ley de 2019

El **proyecto de ley orgánica para la regulación de la eutanasia**²⁰³, presentada por el grupo parlamentario socialista (PSOE, socialdemócratas y liberal-progresistas) por su portavoz Rafael Simancas en el congreso de los diputados español el 30 de julio de 2019, pretende, según su propia exposición de motivos *“dar respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia”*.

Cabe sensatamente dudar de que semejante demanda no provenga en realidad de los **grupos de pensamiento eugenésista promocionados por los medios** de comunicación de masas (el propio proyecto de ley reconoce que los “debates se avivan periódicamente a raíz de casos personales que conmueven a la opinión pública”)

En una entrevista en 2016 en el programa “Salvados”²⁰⁴, el doctor **Marcos Gómez Sancho**, director de la unidad de medicina paliativa del hospital universitario de Gran Canaria, autor de 30 libros sobre los cuidados paliativos y el proceso de final de la vida, y con más de 25.000 pacientes atendidos en 30 años de experiencia, dice explícitamente: *“cuando atiendes por primera vez a muchos pacientes, te dicen que para estar así prefieren morir. Cuando les has aplicado los cuidados adecuados, sólo han persistido en la petición 3 o 4 en toda mi carrera”*.

Según el proyecto de ley, la eutanasia *“se define como **acto deliberado de dar fin a la vida de una persona**, producido por voluntad expresa de la propia*

²⁰² <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=38864>

²⁰³ https://www.congreso.es/public_oficiales/L13/CONG/BOCG/B/BOCG-13-B-64-1.PDF

²⁰⁴ https://www.lasexta.com/programas/salvados/mejores-momentos/marcos-gomez-matar-a-un-ser-humano-por-orden-del-estado-es-la-mayor-indecencia-que-se-puede-contemplar_20161023580d10f80cf24962cc026e8e.html

persona y con el objeto de evitar un sufrimiento”. Pero la eutanasia siempre se ha definido como el **acto de adelantar una muerte inminente para evitar sufrimiento**. El proyecto de ley modifica esa definición para equipararla con la de *homicidio compasivo* (si no hay consentimiento expreso) o con suicidio asistido.

Esta definición pivota sobre dos ejes fundamentales: la **voluntad expresa de la persona** (lo de expresa ya veremos que entre comillas) **como motor** del acto- siguiendo coherentemente el principio liberal de la autonomía radical de la voluntad- y el **sufrimiento como motivo**. Como es sabido el término sufrimiento es inmensurable y totalmente subjetivo: ante eventos similares, hay personas que sufren mucho, otras poco, y otras apenas. Por tanto, nada significa “sufrimiento” como concepto objetivo, y por tanto legible. Naturalmente, este segundo principio está pensado para aplicar la eutanasia cuando el primero (la voluntad expresa) no se pueda verificar.

En su articulado literal *“Se busca, en cambio, legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de enfermedad grave e incurable, o de una enfermedad grave, crónica e invalidante, padeciendo un sufrimiento insostenible que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que denominamos un contexto eutanásico”*.

El proyecto de ley excluye cuidadosa y expresamente los conceptos tradicionales de **eutanasia pasiva** (no administrar o interrumpir los tratamientos tendentes a prolongar la vida conforme a *lex artis*), para poder incluir en ellos tratamientos simples (por ejemplo, para afecciones comunes y fácilmente curables) o cuidados básicos de hidratación y alimentación, y de **eutanasia activa indirecta**, que la ley define como el empleo de terapias que pueden tener como efecto secundario un acortamiento de la vida. En el proceso de final de la vida, el Magisterio católico (dentro de la licitud moral del llamado **doble efecto**, uno bueno principal buscado y uno malo indeseado) ya ha dejado bien claro que ese empleo **es lícito cuando la intención primera no sea el acortamiento de la vida**, y la dosis empleada sea la mínima necesaria para lograr el efecto bueno. Los detalles que comento, y que el texto pasa por alto en sus definiciones, tienen no poca importancia, como se vio en el caso de la paciente en coma Ramona Estévez²⁰⁵, **asesinada por medio de una falsa “eutanasia pasiva”**, en la que se le dejó morir de hambre y de sed, además de

²⁰⁵<https://www.infocatolica.com/blog/matermagistra.php/1109120645-morir-indignamente-en-espana#more13665>

que no estaba en estado de agonía, ni mostraba síntomas de sufrimiento objetivable alguno.

La práctica médica evidencia que **cuanto mejores y difundidos son los Cuidados Paliativos (CP), menor es la demanda de eutanasia, pudiéndose decir que ambas son casi antónimas**. En la exposición de motivos no se cita para nada esta circunstancia, y en todo el texto de la ley los CP solo se citan una vez y de pasada.

Fundamentos constitucional de la ley

El proyecto afirma asentarse

sobre la compatibilidad de unos principios esenciales que son basamento de los derechos de las personas, y que son así recogidos en la Constitución Española. Son, de un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, bienes constitucionalmente protegidos como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad. Hacer compatibles estos derechos y principios constitucionales es necesario y posible, para lo que se requiere una legislación respetuosa con todos ellos.

Más adelante enumera esos artículos de la Constitución española (CE), que vamos a repasar y comentar uno por uno:

Valor superior de la libertad. Artículo 1:

*1.España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico **la libertad**, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.*

Probablemente este artículo sirve como justificación para dar preeminencia a **autonomía de la voluntad (principio que cita el preámbulo entre los otros, pero no se halla presente en la CE)** sobre el derecho a la vida del artículo 15.

Derecho a la integridad física y moral de la persona; Artículo 15:

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.

Es llamativo que se acoja la exposición de motivos a este artículo sobre la integridad física y moral de la persona humana, **omitiendo que este artículo está orientado en primer lugar a defender el derecho a la vida** (derecho que se cita en la introducción, pero no en el articulado que se supone respalda la ley

de eutanasia), como valor supremo: **si no hay vida, no existen derecho alguno a defender.**

Por otra parte, el artículo constitucional interpreta como preservación de la integridad física y moral, la defensa frente a torturas o malos tratos. ¿Son los cuidados paliativos una tortura o un trato inhumano o degradante, que se presentan como alternativa a la eutanasia? La pregunta no está en absoluto de más, como veremos más adelante.

Derecho a la dignidad humana; Artículo 10:

*1. La **dignidad de la persona**, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.*

La interpretación de este artículo se hará, según la CE, de acuerdo a la declaración Internacional de Derechos Humanos y los tratados internacionales. Naturalmente, la pregunta, como siempre es **¿quién y cómo se cuantifica la “dignidad” de un acto terapéutico, diagnóstico o de soporte?** Por otra parte, el término “libre desarrollo de la personalidad” es lo suficientemente vago como para que se pueda asimilar a autonomía o autodeterminación de la voluntad, justificando que este derecho sobrepuje a todos los demás. De esta combinación surgirá, como tendremos ocasión de ver, el principio de que **es el paciente quien decide lo digno que es un medio terapéutico para él**, independientemente del criterio médico, y, en si mismo, **convirtiendo la dignidad en algo tan subjetivo que no se puede legislar razonablemente sobre ella** más que sobre el sufrimiento.

El argumento de la ley con respecto a los artículos 10 y 15 de la CE es que *“cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad e integridad, como es la que define el contexto eutanásico antes descrito [sufrimiento insoportable y autonomía de la voluntad], **el bien de la vida puede decaer a favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida.**”* Es decir, que cuando el sujeto de derechos considera que para defender su integridad física y moral y su dignidad debe acabar con su vida, el Estado está obligado a *“proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica”*. Así pues, el fundamento de la ley se basa en una **contraposición entre el derecho a la vida y los derechos a la integridad física y moral y a la dignidad**, que obliga al estado a regular para proporcionar seguridad jurídica. **Cabe destacar que el redactor de la Constitución jamás se planteó que la defensa de dichos**

derechos pudiese entrar en contradicción entre sí, al punto de que el artículo 15 está redactado de modo que se hilan sin solución de continuidad el derecho a la vida y a la integridad. El legislador actual ha de hacer una contradicción de principios con el espíritu del articulado constitucional para poder justificar una injerencia legislativa que parezca “poner paz” entre dos derechos que colisionan entre sí en ciertas soluciones.

Libertad ideológica y de conciencia. Artículo 16:

1. Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley. 2. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias.

Por este artículo se supone que se protege la conciencia de aquel que pide la eutanasia de cualquier coacción externa, sea ideológica o religiosa. No obstante, el artículo se extiende con cierta prolijidad sobre los fundamentos y límites de dicha libertad, y **en ninguno de ellos se cita la posible colisión con un derecho, aún más fundamental, como la vida.**

Derecho a la intimidad. Se cita en el artículo 18.1:

Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

Este artículo importa simplemente a la garantía del derecho a la privacidad, sin afectar al núcleo de la ley.

Tras repasar todos los fundamentos constitucionales que la ley presenta, vemos que la autonomía de la voluntad (que el texto equipara implícitamente a la libertad) es la base sobre la que se sustenta toda la argumentación: **es la voluntad del sujeto la que decide** cuando su situación vital atenta contra su dignidad, derecho a la propia imagen, integridad física y moral, o la intimidad, de tal modo que su propia vida, el supremo derecho, se opone al respeto al resto de sus derechos. **Este atentado contra todos esos derechos sería lo que la ley entendería como “sufrimiento”**, puesto que los artículos constitucionales así citados **en ningún momento citan tal término expresamente**. El juicio de eliminar el derecho supremo- la vida- que merece protección, bajo excusa de colisionar con los otros derechos, queda así al albur del sujeto que solicita la muerte, ya veremos en qué circunstancias.

En conclusión, todos los fundamentos constitucionales a los que apela el proyecto de ley de eutanasia **no justifican de ningún modo el “derecho al suicidio”**. En ningún lugar de la constitución se especifica que el derecho a la vida quede supeditado al criterio del ciudadano sobre las condiciones de

dignidad o integridad del mismo. **El suicidio es un hecho (triste), no un derecho**, y los códigos penales de todas las legislaciones han girado en torno al castigo o no, y en qué grado de severidad, de las conductas tendentes a cooperar o inducirlo, no a regularlo a modo de derecho.

Es muy significativo que el proyecto no cite el **artículo 43 de la constitución española**, que reza

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto

pese a que en el preámbulo se cita expresamente que la ley está orientada a regular la eutanasia en “*situación de enfermedad grave e incurable, o de una enfermedad grave, crónica e invalidante, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que [el paciente] considere aceptables*”. Dado que, tratándose de eutanasia, **el sufrimiento provendría de un problema de salud, y el derecho al cuidado y promoción de la salud sí está protegido explícitamente por la CE**, esta ausencia es clamorosamente expresiva. Es lo que se llama **un silencio atronador**.

A nuestro legislador, lo que le interesa de esta ley no es la salud del ciudadano, sino su voluntad de que se acabe con su vida.

—

Objetivos declarados de la ley

Para vestir de virtud al proyecto de ley, se excusa su necesidad para **evitar las lagunas legales** que dejaría una mera despenalización de la eutanasia en base a la no existencia de “conducta egoísta” en quien la propina, que podría incurrir en un error de juicio al efectuarla, dejando desprotegido del derecho a la vida. Frente a esto estarían los códigos legales que “*han regulado los supuestos en que la eutanasia es una práctica legalmente aceptable, siempre que sean observados concretos requisitos y garantías*”, que serían en esa circunstancia los “*éticamente responsables*”. La ley emplea así la **falacia de presentar dos males como inevitables, y optar por el menor** como elección virtuosa. Como suele suceder en estos casos, de la opción buena (eliminar la condición de sufrimiento del paciente) no hay noticias.

Para esta regulación se apoya en la Doctrina del Tribunal europeo de derechos humanos, sentencia 14/05/2013 que afirma que no es aceptable que un país que ha despenalizado conductas eutanásicas no tenga elaborado y promulgado un

régimen legal específico, precisando las modalidades de práctica de tales conductas eutanásicas. **Pero el TEDH no afirma *per se* la bondad de la eutanasia**, sino simplemente la necesidad de regularla si se permite. Es una sentencia leguleya, no ética.

En ese afán garantista se envuelve la propuesta de ley para regular el homicidio por compasión o el suicidio asistido:

“la presente ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole”.

Como se puede ver, el principal objetivo del regulador es **evitar toda coacción externa a la libertad** de elección del paciente para que se le dé muerte. En realidad, pedir que se adelante la propia muerte es una perversión tan inética como solicitar que se alargue la vida por cualquier método cuando esta ya no puede prolongarse más. Pero no verán a ningún partido ni movimiento **pidiendo que se legalice el encarnizamiento terapéutico** siempre que el interesado este “libre de coacciones externas”. Naturalmente que no, porque **el fin último de esta ley, como de tantas otras de la ingeniería social eugenésista no es proteger la libertad del individuo, sino eliminar a los seres humanos no rentables** (y débiles).

La propuesta de ley distingue entre **eutanasia activa** (un profesional sanitario pone fin a la vida de un paciente de manera deliberada y a petición de este en el *contexto eutanásico*) y **finalización de la vida por el propio paciente** (precisando la colaboración intencionada de un profesional sanitario que asesora o facilita los medios necesarios empleando sus conocimientos).

La ley se propone regular una valoración cualificada del *contexto eutanásico* delimitado, con arreglo a estos parámetros:

1. condiciones que afectan a la salud física y mental de la persona.
2. Posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento
3. Convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal.

Para ello, establece dos categorías de garantías:

-Garantías **con respecto a la persona** de la decisión de poner fin a su vida:

1. absoluta libertad
2. autonomía

3. conocimiento
4. Protección de presiones de toda índole de entorno social, económico o familiar desfavorable.
5. Protección de decisiones apresuradas.

-Garantías **con respecto al ejecutor** (sí, emplea esa palabra explícitamente, no es epíteto de mi cosecha):

1. seguridad jurídica
2. respeto a la libertad de conciencia.

Esta garantía se ejerce por medio de una valoración cualificada y externa tanto a la persona solicitante como a la ejecutora (profesional sanitario).

En resumen, el proyecto de ley se propone nada menos que introducir en “*nuestro ordenamiento jurídico un **nuevo derecho individual como es la eutanasia***”. Un nuevo derecho, que ni recoge la CE ni se pretende que lo haga (exigiría un debate por expertos en derecho constitucional que a los proponentes de la Ley no interesa incluir en el procedimiento), y que, como veremos, se ha de regular porque **proporcionarse la muerte, en el contexto eutanásico, precisa, necesariamente, de la cooperación de un tercero**. Y es en esa necesidad por la que actúa la legislación, y por la que **el estado, secundariamente, entrará a garantizar... y a decidir**, en torno a la muerte de las personas.

Finaliza el preámbulo con la larga y prolija descripción de lo que entiende por eutanasia:

actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios.

Esto más o menos es la definición clásica de la **eutanasia activa**, aunque la inclusión de la petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, en realidad nos lleva al terreno del **suicidio asistido**, pues en la definición clásica (y más completa, a mi juicio), **la mayor parte de las eutanasias eran avoluntarias**, es decir, el afectado no podía expresar su voluntad, y sus representantes y el equipo médico que le atendía tomaban la decisión.

Articulado de la ley: preámbulos y definiciones

El objeto de la ley es, pues, según el artículo 1, *“regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse”*, **estableciendo un derecho no constitucional, el de solicitar ayuda para morir, o sea, el suicidio asistido**, y su regulación. Nótese como ya no consta en esta definición ningún criterio relativo a enfermedades graves, o a sufrimiento. En pocos párrafos, el proyecto de ley pasa de hablar de eutanasia en personas con una muerte más o menos cercana y sufrimiento a, si invocásemos únicamente este artículo, el del objeto de la ley, presentarlo simplemente como auxilio legal al suicidio.

En el artículo 3, el de las definiciones, sí se vuelve al asunto de las enfermedades graves, crónicas e invalidantes, o incurables. Son definiciones un tanto farragosas, que incluyen muchos parámetros de inclusión como enfermedad grave, tanto para el concepto de “invalidante”: *“limitaciones sobre su autonomía física, capacidad de expresión y relación, que asocien un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad [a la luz de los conocimientos médicos actuales, pero no lo cita explícitamente] que persistan en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable”*, como en la “incurable”: *“alteración del estado de salud por accidente o enfermedad, producidos independientemente de la voluntad del sujeto [¿excluye intento de suicidio? ¿se puede considerar como tal los derivados de las adicciones?] que asocia sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable con pronóstico de vida limitada en contexto de fragilidad progresiva”*.

Como se ve, las definiciones se superponen (la incurabilidad en realidad se cita en ambas), y mezclan conceptos, en lo que parece una conciliación entre el principio rector guía de la ley, la **autonomía del paciente para poner fin a su vida y que se le ayude a ello**, y los límites que parecen haber agregado los asesores médicos, para dotar de cierto continente de problema de salud al nefasto axioma “suicidista”.

Al menos, en el apartado 3.f se contempla **el derecho a la objeción de conciencia del profesional sanitario**, reconocida en toda su deontología y protegida por las leyes, que hubiese sido muy difícil eliminar sin más en este proyecto de ley. Sospecho que cuando hayan pasado unos años y se haya normalizado la práctica, ya se inducirá a sostener la intolerancia hacia la objeción de conciencia (como se está limitando en el aborto). También en el apartado 3.g se define la ayuda a morir tanto en la administración directa del

compuesto letal por un profesional sanitario (ojo, **en este punto no se especifica que sea un médico**), como proporcionándola al propio paciente para que se la administre él mismo (teóricamente, pues no se estipula control de sustancias peligrosas en la ley).

Quiero llamar la atención hacia el apartado 3.g, el último del artículo en el que define la “*Situación de incapacidad de hecho: situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficiente para gobernar su vida de forma autónoma*”. Es decir, la **pérdida de autonomía. Ojo, no precisa necesariamente resolución judicial de incapacitación.**

O sea, que como hemos visto antes, todos los criterios sobre enfermedad, sufrimiento, incurabilidad... se habían subordinado a la autonomía del paciente. Pero, de pronto, aparece contemplada una posibilidad, y es que el paciente carezca de esa autonomía... a juicio del legislador. Teóricamente, si la insoportabilidad del sufrimiento, o la decisión de poner fin a la vida están bajo el imperio absoluto de la voluntad del paciente, cuando esta no se puede ejercer, toda lo contemplado en esta ley (la ayuda a la muerte) debería quedar en suspenso hasta que esa voluntad se pudiera ejercer. Como veremos, **esa autonomía de decisión va a ser transferida a terceros** (aunque se quiera vestir de autonomía de la voluntad antecedente).

El exaltado principio de “**quiero morirme porque sufro mucho**” va a ser convertido cuando la situación lo requiera en “**esta persona quiere morirse porque sufre mucho**”.

Articulado de la ley: ejecución de la eutanasia

En el proceso de solicitar la “prestación” (léase inyección letal), es donde la propuesta de ley enumera toda **una serie de garantismos** a partir del artículo 4 destinados a tranquilizar conciencias escrupulosas: que la decisión se registre por escrito, de tome forma totalmente autónoma, realizada tras conocer de forma adecuada los hechos más relevantes de su “proceso médico” (habrá que entender que se refiere a su enfermedad grave incurable o incapacitante a la que se alude en el artículo 3), los diferentes tratamientos y alternativas, incluyendo la posibilidad de acceder a cuidados paliativos (art 5.1.b). Este punto es **perverso**, puesto que **los cuidados paliativos no son “una opción”, sino que forman parte de la obligación de todo profesional médico, simplemente son los únicos cuando la opción de curar ya no es médicamente posible** con los conocimientos científicos disponibles. Presentarlo como una alternativa no es de recibo deontológicamente. Quizá sea muy coherente con el pensamiento eugenésico, pero no con la ética médica.

De igual modo, se requiere **una diferencia de 15 días entre dos solicitudes firmes de la eutanasia** (pudiendo revocarla o solicitar su aplazamiento, artículo 6.3), aunque si el médico que atiende su caso considera que la muerte o la pérdida de capacidad decisoria puede ser anterior, **se puede acortar el plazo**. Uno se pregunta **qué prisa habría por matar si el paciente se va a morir ya**, pero uno se hace preguntas poco comunes hoy en día.

Por último, se define qué es el *contexto eutanásico*, y las condiciones para solicitar la muerte provocada: “sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una enfermedad grave, crónica e invalidante”. Si el *contexto eutanásico* se da en un paciente con incapacidad permanente, y este ha firmado un documento de voluntades anticipadas en tal sentido (este documento es el estandar que presentan las autonomías en España, como ya expliqué en el artículo relativo al mismo²⁰⁶), **se omite la valoración autónoma del grado de sufrimiento que le provoca la enfermedad, y se sobreentiende que el paciente va a solicitar la muerte en todos los casos**, aplicándose la eutanasia por el médico encargado de su caso (artículo 5.2) o a solicitud de otra persona mayor de edad acompañando documento de voluntad anticipada oficial o manuscrito (artículo 6.4). Asimismo, el artículo 6.1 permite que otro mayor de edad, en presencia de un personal sanitario (no necesariamente médico, ojo), pueda firmar la solicitud de eutanasia por el interesado, si este no está en condiciones físicas de hacerlo, haciéndolo constar.

Como se ve, **la ley procura retirar cualquier obstáculo a la aplicación de la eutanasia**, hasta el punto de que en la práctica, **debe ser el paciente el que especifique que no se le quiere aplicar en caso de que pierda la capacidad de expresarse**, puesto que en caso contrario, de no haber manifestado nada, queda al albur no sólo del médico que le atiende, sino de cualquiera que pueda arrogarse su representación (aunque no la tenga expresamente) por medio de la presentación de una voluntad anticipada, incluso no oficial, del mismo. **Todas las disposiciones tienden a que se le aplique el homicidio si se halla en un “contexto eutanásico”**.

Hay otras disposiciones **teóricamente garantistas** (artículo 8): plazo de 24 horas para que el paciente se lo piense, “proceso deliberativo” en el que el médico responsable debate con el paciente las opciones, y se las presenta oralmente y por escrito, comunicación al equipo de enfermería de la decisión del paciente, informe de un médico consultor externo antes de 10 días que confirme que el paciente se halla en un *contexto eutanásico*, poner en conocimiento lo decidido a la presidencia de la comisión de control de turno, la

²⁰⁶ <https://www.infocatolica.com/blog/matermagistra.php/1908011022-romanones-y-la-eutanasia-lega>

cual designará dos miembros de la misma para que decidan en un plazo de siete días lo pertinente de la petición (artículo 10)... no obstante, todos esos controles ya no son necesarios si el paciente sufre riesgo de incapacidad o muerte previsiblemente próximas (artículo 8.4). Una vez más, **la puerta gatera que las legislaciones eugenésicas dejan abierta** para colar la eutanasia libre (como el cuarto supuesto de la antigua ley del aborto).

En cualquier caso, el artículo 9 recuerda que, en caso de incapacidad del paciente, se aplicará lo dispuesto en el testamento vital si el interesado lo hizo. Como hemos visto ya, **el modelo estándar de dichas voluntades anticipadas es marcadamente eutanásico**. Nuevamente, facilidades todas para aplicar la eutanasia en caso de duda.

El proyecto se asegura que la eutanasia esté incluida en la **cartera de servicios del Sistema nacional de salud y se financie con cargo al presupuesto público** (artículos 13 y 14). Así, el artículo 7 garantiza al reclamante que, si el médico que le atiende no desea aplicarle la eutanasia, debe informarle de que puede reclamar, así como que se le debe proporcionar a él o a su representante (formal o tácito) una respuesta en el plazo de 15 días

Por cierto, que en el artículo 11, dedicado a la realización efectiva del homicidio, en su apartado 3 se determina que, si el paciente pide autoadministrarse en su domicilio el preparado letal, el equipo médico se lo proporcionará, y “mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento”, sin especificar más. Habrá que ver el reglamento de la ley, pero **este apartado en ningún momento exige que la sustancia mortal sea controlada por facultativos hasta el mismo momento en que se la tome el suicida**. O sea, que esté podría tener en la nevera de su casa un veneno que podría administrar a otra persona sin control... demencial.

La **objeción de conciencia de los profesionales sanitarios** a propinar la muerte por compasión se regula en el artículo 16, deberá declararse anticipadamente, y constará un registro de aquellos que se nieguen a propinar la eutanasia (este último punto siempre me ha parecido de dudosa legalidad, aunque se excuse en poder prestar el “servicio” adecuadamente al solicitante).

—

Resumen de las objeciones principales al proyecto de ley

- la ley elimina el concepto de eutanasia pasiva (o sea, **no proporcionar los cuidados paliativos a un moribundo**), dando a entender que dicha actitud forma parte de la “praxis aceptada” en medicina, y que aquí de lo que se trata es de regular la eutanasia activa (matar al moribundo). Esto es **radicalmente**

falso, los cuidados paliativos, que incluyen la atención básica de soporte y tratamientos sencillos en los pacientes incurables, forman parte de la práctica médica ética. Y lo contrario (la eutanasia pasiva) es inético.

- la ley omite la **muerte próxima** como condición indispensable para considerar el homicidio por compasión (lo que se entendía clásicamente como eutanasia), y establece unas **condiciones de enfermedad grave, crónica, invalidante, además de la mortal** (aunque no necesariamente a corto plazo) en lo que llama “**contexto eutanásico**” como razones suficientes para aplicarlo. Estas condiciones son imprecisas y quedan a criterio del médico que atiende al paciente, asesorado por otro externo.

- El proyecto de ley se basa en tres grandes presupuestos: **la voluntad del paciente, y el sufrimiento insoportable en el marco de una serie de padecimientos físicos llamados “contexto eutanásico”**. Como hemos comentado, la valoración de esta última la realiza el médico, pero **lo insoportable del sufrimiento recae exclusivamente sobre la voluntad del paciente**. De hecho, los bienes recogidos en todos los artículos de la constitución española (CE) que invoca como relacionados a este proyecto (vida, libertad, dignidad, intimidad, etcétera) quedan a **valoración de la autonomía de la voluntad**. Pero **ese es el único bien a proteger que no aparece por ninguna parte**, y de hecho, no existe en la CE. Y resulta mucho más significativo porque, precisamente, **la autonomía de la voluntad es la clave de todo el proyecto de ley**. Es decir, que el fundamento de la regulación de la solicitud de eutanasia no está recogido por la constitución española, y por ello esta ley podría ser impugnada de inconstitucionalidad. A su vez, aquello que la constitución refiere sobre la salud, que debería ser fundamental en esta ley, es omitido del proyecto.

- El artículo 1 estipula que el objetivo es “regular la prestación del derecho a solicitar ayuda para morir en los términos y condiciones que la ley establece”. Llama la atención que esas condiciones (como el célebre y vago *contexto eutanásico*) aunque se desarrollan en los siguientes artículos, **no constan explícitamente en el objetivo de la ley, por lo que una ley posterior podría modificarlos, sin alterar el objetivo principal de esta**, que es “prestar la ayuda para morir”.

- Los valores recogidos en los artículos de la Constitución sobre los que la ley excusa su legitimidad (derecho al honor, a la libertad, a la intimidad, a la dignidad, etcétera) quedan supeditados en su valoración, finalmente, por **la autonomía de la voluntad del sujeto** que solicita la eutanasia. **Dicho principio no está recogido en la constitución española**, por lo que cabalmente **se puede**

impugnar esta ley de anticonstitucional en su espíritu. Por contra, el **derecho a la salud** (sí recogido en la CE) y cuya puesta en cuestión sí efectúa el proyecto de ley, no se cita.

- La legislación **se entromete** (como no podía ser de otra manera) **en la relación entre médico y paciente**, que debe estar regulada por el código deontológico propio de las profesiones sanitarias, y a la cual el proyecto de ley fuerza a unos pasos reglamentados burocráticos y con plazos preestablecidos, de forma invasiva y yo diría que abusiva. Los garantismos jurídicos de una muerte provocada no pueden estipularse preventivamente en algo tan delicado como el diálogo fluido entre enfermo y su terapeuta profesional, mucho menos en situaciones de gravedad, cronicidad, mortalidad cercana y estrés de todo tipo. **La legislación está obsesionada por garantizar al suicida que no se verá privado de la posibilidad de ser ayudado en su propia muerte**, en vez de profundizar en las causas de ese deseo y las posibilidades que existen para ayudar, mejorar, paliar y cuidar a ese enfermo.

- La necesidad de regular la participación de un tercero en la muerte del que lo solicita, es la puerta por la que **el estado interviene en ese proceso de forma omnímoda**. La ley, aunque se vista de garantista, con varios artículos dedicados a regularizar abrumadoramente los procesos burocráticos, **en realidad facilita el homicidio compasivo cuanto le es posible**. Primero porque permite que un representante (incluso aunque no esté autorizado formalmente) pueda solicitar la eutanasia al paciente que no puede expresar su voluntad si presenta cualquier documento que acredite que con anterioridad lo había solicitado (sin contemplar la posibilidad de que hubiese cambiado de opinión). Segundo porque manda que los documentos de voluntades anticipadas (marcadamente eutanásicos actualmente) sean considerados como la voluntad real de un paciente que no se puede expresar, incluso contra la opinión de su familia. Tercero porque en caso de que el facultativo que le atiende considere que hay un riesgo próximo de pérdida de capacidad decisoria o muerte, puede saltarse todos los trámites.

- El proyecto de ley **permite la entrega al paciente solicitante de un principio letal para que se lo administre en casa, sin especificar el control del mismo** que deben realizar el facultativo prescriptor o las autoridades sanitarias. Simplemente se alude a una vaga “tarea de observación y apoyo del paciente hasta el momento de su fallecimiento”. Es de suponer que el control de dicha sustancia mortífera queda al desarrollo del reglamento de la ley, pero que el texto original pase por alto un aspecto tan fundamental como el control de sustancias letales **es una omisión gravísima**.

- La impresión general es que el documento ha sido **redactado básicamente por juristas**, con cierto asesoramiento médico, pero poco profundo, como se aprecia en la vaguedad de las condiciones que conforman el “contexto eutanásico” (los documentos de voluntades anticipadas autonómicas son mucho más explícitos), dejando su valoración a criterio de cada médico que atienda el caso del solicitante de eutanasia. **No hay ningún tipo de debate o razonamiento ético** (no digamos moral), detrás de este proyecto de ley: sencillamente **se da por sentada la validez del homicidio por compasión**, y la única limitación del legislador es que se cumpla escrupulosamente la voluntad del sujeto del “derecho”. Como única expresión de la legitimidad del acto se esgrimen razones de una pobreza intelectual sonrojante del estilo “hay un debate en la sociedad” o “casos en los medios de comunicación que conmueven a la opinión pública”. La muerte del pensamiento llevada a papel del BOE. Y para excusar tal indigencia intelectual, se citan debates igualmente insustanciales en otros países “de nuestro entorno” (por cierto, que no sabemos en este tipo de proposiciones legales cuál es ese entorno y porqué razón lo es).

La ley española de suicidio asistido y eutanasia (II). El informe del CBE²⁰⁷

Luis I. Amorós, el 6.03.21 a las 9:48 AM



EL INFORME DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA DE MARZO DE 2020

— Consideraciones preliminares

El 4 de marzo de 2020, el **Comité de Bioética de España (CBE)** decidió, en sesión plenaria y de manera unánime, publicar un informe valorando tanto el proyecto de ley del grupo socialista, como la situación general de la eutanasia en España, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 78.1 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica, y que dictamina que su función será “Emitir informes, propuestas y recomendaciones sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud que el Comité considere relevantes”. El informe fue redactado, y se aprobó su publicación también por unanimidad²⁰⁸ el 30 de septiembre de 2020.

En la introducción (razones y fines) donde justifica la elaboración del informe, el CBE alude a lo ocurrido en otros países europeos, donde los comités de bioética han jugado un papel importante en el debate sobre la despenalización (o no) de la eutanasia o el *derecho* a la asistencia al suicidio, dando indirectamente un **toque de atención al proyecto de ley del grupo del gobierno**, que citando asimismo a los “países del entorno” para abordar la cuestión, **no seguía su ejemplo e ignoraba a entidades y organismos**

²⁰⁷ <https://www.infocatolica.com/blog/maternalmagistra.php/2103060948-la-ley-espanola-de-suicidio-a>

²⁰⁸ http://www.comitedebioetica.es/documentacion/#doc_final_vida

adecuados, como sería, evidentemente el CBE, que además es instituto oficial creado y regulado por ley con ese fin. El CBE incluye, para sus argumentaciones, citas de documentos recientes de observatorios públicos de bioética de países de nuestro entorno, como el Comité Consultatif National d’Ethique de Francia, el Comitato Nazionale per la Bioetica de Italia, el Deutscher Ethikrat de Alemania, la Bioethikkommission de Austria o el Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida de Portugal.

De igual modo, no está conforme con la que hemos visto es la principal guía del proyecto de ley, la autonomía de la voluntad del interesado, con estas palabras: “si algo nos ha traído esta pandemia **no es tanto la proclamación reiterada de la autonomía individual, sino, antes al contrario, la necesidad y la urgencia de implementar una verdadera sociedad del cuidado que se haga cargo de la vulnerabilidad de la condición humana** [...] desde otra reivindicación mucho más humana, que nos abra a la reciprocidad, solidaridad e inclusión”. Así, el CBE incorpora un punto de vista que el proyecto de ley ni se plantea: que el ser humano puede ver su libertad de elección condicionada, no meramente por coacción externa o simple ignorancia, como da por sentado el proyecto de ley, sino también por sus miedos y necesidades.

—

Derecho a la vida y derecho a la autonomía

El informe del CBE pone sobre la mesa de discusión el gran debate: **la difícilísima conciliación entre dos principios bioéticos como son la protección de la vida y la autonomía de la voluntad del paciente, cuando está última entra en contradicción con la primera**. El informe pretende distinguir entre las opciones morales que podríamos llamar secundarias o accesorias (que llama a respetar, pero no se deben imponer) de aquellas exigencias de justicia que deben, necesariamente, informar la vida social y las normas de ella emanadas.

El informe fundamenta la discusión en “**la protección de la vida, el respeto de los valores individuales, la solidaridad y la compasión**”, con lo cual ya nos adentramos en el terreno de la discusión ética legítima, completamente ausente del frío proyecto de ley del grupo socialista. Asimismo, pone en guardia sobre los casos concretos, que, si bien son un aliciente a no olvidar la importancia de la cuestión, pueden entorpecer el debate racional sobre un asunto muy complejo con reacciones meramente emocionales.

Con respecto a la compasión (que define como simpatía por el sufrimiento ajeno, y da por supuesto que incitaría a auxiliar al que pide la muerte), aunque sentimiento humano y respetable (incluso virtuoso, a criterio del CBE),

desaconseja usarlo como guía ética principal: las consecuencias del homicidio por compasión pueden afectar a otras personas en la actualidad o en el futuro. Considerar la compasión como el principal determinante ético y legal sería peligroso y jurídicamente inseguro. Porque, y esto lo añado yo, **la compasión, siendo virtuosa, reposa sobre un juicio completamente subjetivo, y no es posible construir una norma moral común (y por ende, una ley común) sobre un sumatorio de impresiones subjetivas.** O, por decirlo en lenguaje teológico, todos los hombres estamos dañados por el pecado original, y cada razón individual puede errar el juicio, por muy buena que sea su intención.

El criterio moral por el que se guía el CBE para aconsejar a la norma legal se resume en esta frase: *“No se llega a una sociedad justa por garantizar solo la libertad de elección, por transformar los deseos, por plausibles que puedan socialmente ser, en derechos, cuando, sobre todo, afectan a terceros. **Hay que avanzar hacia la calidad moral de la autonomía.** En palabras de Edmund Pellegrino, los fines no son lo bueno, el bien, porque nosotros lo deseamos, sino que los deseamos porque ellos son el bien, lo bueno.”*

—

De la prohibición a matar al “derecho” a ser matado

Asimismo, se señala el problema de **confundir lo personalmente lícito con un derecho** (es decir, algo razonablemente exigible a la sociedad). O sea, nuevamente, mezclar el deseo subjetivo con las razones objetivas para merecer algo. Asimismo, un derecho personal determina también la conducta de otros, cuyas razones subjetivas no son menos respetables. Esta filosofía genera **innumerables conflictos por las continuas colisiones entre los personales deseos subjetivos de cada ciudadano**, que la legislación debe continuamente regular y actualizar, hasta alcanzar un volumen mastodóntico de regulaciones, sin olvidar que, como árbitro y supremo garante, finalmente **el estado va adquiriendo una monumental influencia en la regulación de las normas sociales y, secundariamente, morales.** Y, por ende, un poder social desmesurado, basado en la (aparente) incapacidad social para alcanzar consensos morales (o seguir normas superiores).

En este caso concreto, además, se da la **radical transformación de una hipotética excepción del deber moral y legal de no matar, a que el homicidio asistido se convierta en un deber legal** y una prestación del sistema sanitario. El CBE llama la atención hacia el hecho de que la prestación pública del auxilio al suicidio pone legalmente en manos del estado, no velar por la salud de las personas, sino su propia vida, extremo que había quedado desterrado con la

eliminación de la pena de muerte del código penal (añado yo que en realidad esto ya se acabó con la legalización del aborto).

El Informe del CBE recuerda la **regulación actual de la eutanasia y el auxilio al suicidio**, contemplada en el artículo 143.4 del Código Penal que dispone que

El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

Esta reducción, concordando con criterios de voluntariedad expresa del que muere, y circunstancia de enfermedad grave o insufrible (que recuerda al “contexto eutanásico” del proyecto de ley) rebaja la pena por homicidio de entre 10-15 años (o más en algunas circunstancias) del artículo 138, a 6 meses a 6 años máximo en estas circunstancias, **lo cual el CBE considera “benévolo”**, ya que, como es sabido, toda pena inferior a 2 años, si no media antecedente penal, no precisa ingreso en prisión (que es lo que ocurre en la mayoría de casos mediáticos, y cuando se pueden demostrar fehacientemente las circunstancias concurrentes). Así, el homicidio por compasión y la asistencia al suicidio, aunque legalmente se sigan considerando delito, en la práctica punitiva están total o parcialmente despenalizados. Para el Informe, el Código penal no pretende prohibir un acto concreto de eutanasia, sino su práctica institucionalizada. Nuestra legislación, así, **mantendría incólume el principio de la ilegitimidad de matar, sin dejar por ello de ser tolerante con algunas excepciones concretas.**

En sus propios términos, mantener este principio de no matar en la legislación tiene un valor simbólico fundamental, y “*si se despenalizara, ello reflejaría un cambio de actitudes ante estas conductas y el sentido de precaución y gravedad actual se irían perdiendo naturalmente entre la ciudadanía y la profesión sanitaria. La prohibición de matar que se expresa en la prohibición de la eutanasia y/o auxilio al suicidio constituye un componente de la confianza que cada uno de nosotros puede depositar en la sociedad y, por lo tanto, es muy importante para nuestra fe colectiva en la sociedad*”. Este apunte fundamental en moral social es pasado completamente por alto por el proyecto de ley.

Más aún, esta pérdida del sentido de gravedad provoca “*el temor que por tratar con compasión los pocos casos que se nos presentan se abriera un camino que devalúe el valor ético y legal de la vida humana. El problema radica en*

el temor que produce la eutanasia en manos del Estado y de determinados mecanismos objetivos de poder”. Lo que el CBE expresa delicadamente, es el riesgo de que unos pocos casos concretos (muy pocos cuando se hacen las cosas bien con los cuidados paliativos, si hacemos caso al doctor Gómez Sancho, como veíamos al principio) puedan ser **la excusa para que el poder coercitivo del estado tenga en sus manos la decisión de vida o muerte de personas con problemas graves de salud**. Ese es exactamente el verdadero trasfondo de todo este asunto, el fin que se busca y la excusa que se emplea. No de otro modo se emplearon algunos casos dramáticos de madres violadas o cuya finalización de embarazo podía poner en riesgo su salud para **justificar el actual derecho a asesinar al propio hijo y el empleo el feticidio como método anticonceptivo** (no digamos nada de si el bebé viene con taras genéticas, en cuyo caso se fuerza a las madres de modo indirecto pero muy eficaz, empleando el miedo como instrumento, para que acaben con su vida antes de que nazca). El propio CBE así lo reconoce, cuando admite que la irreversibilidad de arrebatar una vida humana *“abre un camino que luego es difícil de parar y dicho argumento que se denomina de la pendiente resbaladiza es importante porque en ética la prudencia es la virtud que intenta prever las consecuencias y evitar decisiones de las que nos podamos arrepentir después.”*

El Informe se hace eco de la Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos de 2002, que afirma que *“puede haber personas que acepten éticamente la eutanasia en determinadas circunstancias extremas y estén a la vez en contra de su legalización, por razones de carácter prudencial, en atención al posible o, más aún, previsible balance de consecuencias que las repercusiones negativas de esa ley que la proclamara, pudieran tener. No como excepción tasada a la regla general de protección a la vida, sino como verdadero derecho y prestación del sistema público de salud”*. La sociedad científica más directamente relacionada con los moribundos, los previsibles solicitadores de la eutanasia advertían hace 18 años sobre el riesgo de que pasara exactamente lo que ha pasado.

Más cercanamente, el Grupo de trabajo “Atención médica al final de la vida”, de la misma Sociedad elaboró en abril de 2015, el documento “Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones”, que el CBE sigue como guía para la nomenclatura científica de los aspectos relacionados con la eutanasia.

Según este documento, la **eutanasia** se define como *“provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ésta, y en un contexto médico”*, y el **suicidio asistido** (o ayuda al suicidio) como *“la ayuda médica para la realización de un suicidio,*

ante la solicitud de una persona enferma, proporcionándole los fármacos necesarios para que ella misma se los administre”.

EL CBE no obstante, llama la atención sobre el hecho de que **no existe diferencia sustancial entre ambos conceptos**. El suicidio, que por propia definición etimológica (según traducción latina) precisa darse muerte a uno mismo, **deja de serlo estrictamente cuando la intervención de un tercero se hace necesaria**. En ese sentido, hay en el informe del CBE un debate terminológico acerca de hasta qué punto proporcionar una sustancia letal a alguien (en principio incapacitado para obtenerla por su cuenta) para que él decida si la consume y cuando, rebasaría o no el concepto de suicidio.

Las condiciones indispensables para que se pueda hablar de estos dos conceptos son *“petición expresa y reiterada, aplicación por profesional sanitario, enfermedad irreversible/avanzada y vivencia de sufrimiento experimentada como inaceptable”*.

Como hemos visto al analizar el proyecto de ley, **la petición expresa y reiterada es recogida, pero con excepciones**: si el médico considera que el paciente va a perder la capacidad de emitir juicios o a morir en breve plazo, una sola petición basta; de igual modo, si se plantea la cuestión cuando el paciente ya no puede decidir, cualquier declaración eutanásica previa (sea en documento privado o público de voluntades anticipadas) es tomada como su voluntad actual.

Asimismo, **la enfermedad provocadora** en el proyecto de ley del grupo socialista **no adquiere tintes irreversibles o avanzados**, puesto que casi cualquier enfermedad grave es motivo para solicitarlo, incluso aunque el pronóstico de años de vida sea aún elevado (por ejemplo, las demencias o los accidentes tromboembólicos con secuelas, como se ve en los documentos de voluntades anticipadas autonómicos).

—

Terminología de conceptos importantes en eutanasia

Entre la terminología a definir, el informe del CBE desmenuza con precisión conceptos importantes que el proyecto de ley obvia casi completamente.

A) Así, se define la **“Enfermedad incurable avanzada”** como aquella de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o medio plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas.

B) La “**situación de agonía**” es la que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, con deterioro físico y pronóstico de vida en horas o pocos días.

C) La “**sedación paliativa**” es la disminución deliberada de la consciencia de la persona enferma, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios. **La sedación paliativa continua profunda no es equivalente a la eutanasia**, aunque se puedan emplear fármacos análogos, porque la primera es una acción destinada a aliviar el sufrimiento, mientras que el objeto de la segunda es provocar la muerte. Por tanto, la diferencia reside en la intención de aliviar o la intención de poner fin a la vida.

El CBE se hace eco también del dictamen del francés Comité Consultatif National d’Ethique, que en su Opinión núm. 122 de 30 de junio de 2013, sobre este asunto, recomienda continuar prohibiendo a los médicos “inducir la muerte deliberadamente”, ya que tal prohibición **protege a las personas al final de sus vidas, sobre todo a las más vulnerables**.

Asimismo, el informe recuerda que “el reconocimiento constitucional del derecho a la vida en el art. 15 CE constituye la proclamación de que la vida misma es precisamente el presupuesto elemental e indispensable de todo derecho [...] la vida no constituye en nuestro ordenamiento constitucional un mero derecho, sino un valor o principio, que antecede a la propia constitución”. O por decirlo de otro modo, **la vida no es un derecho, sino la generadora de todos los derechos**, y su reconocimiento la base de la justicia (como recogen todos los códigos basados en los derechos). Así, quien desea quitarse la vida, está de modo indirecto proclamando su renuncia a cualquier derecho.

Jurídicamente hablando, además, el derecho a la vida pertenece al grupo de **derechos inalienables** según el derecho constitucional, es decir, que su titular no puede renunciar a ellos, como son la libertad, la dignidad o la educación. El sujeto de derechos puede dejar de ejercerlos (en este caso, dejarse morir o incluso matarse), pero **no puede renunciar formalmente a ese derecho**, ni puede exigir de terceros que lo conculquen (es decir, solicitar la ayuda al suicidio).

Contra este derecho natural e inalienable se alza (como tantas veces en la cultura posmoderna) la autonomía de la voluntad, en este caso enmarcada en la llamada **autodeterminación del individuo**: si en el plan de vida libremente elegido de un sujeto se incluye poner fin a la misma antes de su fin natural, impedirselo sería violentar su libertad de elección. Enmarcar esta decisión en

un contexto de enfermedad objetivamente grave nos lleva de lleno a la discusión sobre la eutanasia y el auxilio al suicidio.

La **dignidad**, en este caso, ya no es el **valor inherente que toda persona merece por el hecho de serlo**, o su reconocimiento, sino que estaría vinculada a la **satisfacción de la autoimagen** de cada persona, principalmente en términos de autonomía y/o calidad de vida.

Este razonamiento nos lleva a una vía peligrosa: que **la dignidad (y por tanto el valor inherente) de cada persona no es un presupuesto incontestable de cada ser humano**, sino que puede variar según momentos y personas.

De aquí llegamos a una inferencia lógica: si el valor inherente de una persona es variable para ella misma, también puede serlo para un tercero. Por tanto, **la dignidad del ser humano no es un valor absoluto ni constante**. Se trata, finalmente, de un principio de la **ética subjetivista**, que niega la existencia de valores objetivos universales. Aunque escandalice escucharlo, este principio es el que justificó ideologías como el racismo o instituciones como la esclavitud (considerar a un ser humano como un objeto susceptible de propiedad).

Los impulsores del proyecto de ley nacional de la eutanasia la acotan como una excepción al principio general del valor inherente de la vida, **limitada a la voluntad autónoma del propio sujeto** (entendida como libertad), y únicamente en el vago “contexto eutanásico”. **La autonomía volitiva se erige así en un valor superior al de la vida**, aspecto que en absoluto está contemplado en la CE.

La autodeterminación del sujeto (“seréis como dioses”) es el señuelo atractivo al orgullo humano que sirve para **introducir en la legislación el principio de la variabilidad del valor de la vida humana**. Ese riesgo es más agudo cuando el sujeto tiene impedida o limitada la expresión de su voluntad. Los males provocados no se pueden volver a meter en esta caja de Pandora. El razonamiento llegará a sus últimas consecuencias: otros decidirán el valor de nuestra vida por nosotros, y finalmente el estado garantizará que no se haga injusticia en esa valoración, asumiéndola él. Si la pena de muerte propinada por la potestad judicial era el castigo máximo por el crimen mayor, **la muerte provocada por el estado será en este nuevo supuesto no un castigo, sino por nuestro propio bien**. Más aún, se procurará que el sujeto cuya vida sea considerada de poco valor, solicite él mismo su muerte.

Esto no es ciencia-ficción: nuevamente hay que recordar el aborto provocado legal, y aceptado socialmente (sobre todo en el caso del aborto eugenésico) donde **el valor de la dignidad de la vida del no nato lo decide su madre**.

En el caso de la eutanasia legal en España, servirá un documento legal firmado en un momento anterior donde no se presentaban las condiciones actuales, o incluso una voluntad redactada en privado y presentado por un representante. Siempre, naturalmente, que sea en sentido eutanásico. El siguiente paso será que la decisión sobre el valor de la vida del enfermo la tome un comité de “expertos” (expertos en medicina, no en filosofía del derecho).

El CBE llama la atención sobre dos extremos que resultan obviamente discutibles

—

¿Derecho a morir o derecho a ser auxiliado para acabar con el sufrimiento?

En primer lugar, si queda en manos del sujeto decidir la dignidad o no de su vida y poder reclamar al estado (en eso consiste el “derecho a morir”) el auxilio necesario para acabar con ella, esa potestad permanece en todo momento, y no puede quedar reducida a la enfermedad o el sufrimiento, pues **esa limitación supone en sí mismo no respetar la misma autodeterminación que el proyecto de ley invoca**. Por tanto, **dichoderecho subsistiría en cualquier circunstancia**, y el “contexto eutanásico” pasa a ser una anécdota, o incluso una intolerable coacción de un derecho. **El sujeto podría exigir ayuda del estado para morir en cualquier momento**, y no únicamente bajo ciertas circunstancias, y el único límite tolerable sería el de que dicha petición no dañase a otros.

El informe señala lo que considera la **confusión** de términos (a mi juicio en absoluto un error, sino perfectamente intencionada) en el debate sobre la eutanasia, entre **el derecho a obtener ayuda para morir en sentido lato, y el derecho a que el estado alivie el sufrimiento de una enfermedad grave cuando el sujeto considera que la única forma de hacerlo es dejar de vivir**. En el segundo caso el punto central no es la autodeterminación del morir, sino el sufrimiento insoportable. En esta circunstancia, si el paciente se convenciera de que su sufrimiento puede ser aliviado de otra manera, no habría solicitud de asistencia a la muerte.

Más explícitamente: **el deseo de la muerte surge de unas circunstancias concretas**, no aislado del entorno vital (recordemos que el instinto de supervivencia es el más fuerte). El primer reto del derecho, pues, debería ser **modificar esas circunstancias**, lo cual no se plantea ni en la mentalidad eutanásica ni en este proyecto de ley. No se cumple el principio de necesidad de dicha medida, porque **la iniciativa legislativa da por supuesto que se ha hecho lo posible por aliviar el sufrimiento por otros medios, y eso no es así de ningún modo**.

En cambio, el proyecto de ley se alinea con la primera definición: **el sujeto elige vivir o morir, y el estado le auxilia a cualquiera de ellas**. Ese es, exactamente, el mismo principio que subyace en la filosofía del aborto libre (en este caso, sobre la vida de un tercero al que se ha desposeído de personalidad), y que la ley española recoge parcialmente desde 2005; explícitamente hasta la semana 14, y a partir de ahí bajo acreditación de algún motivo (por laxa o fácilmente falseable que sea) para el aborto. En este caso, el sufrimiento o el “contexto eutanásico” son superfluos: **es el sujeto quien ha de hacer esa valoración en conciencia**, y el estado únicamente debe establecer los mecanismos que garanticen la libertad externa de dicha decisión, y ayudarle. **Toda otra cortapisa legal va en contra de la autodeterminación del individuo**. Y esa contradicción interna la señala el informe también en otras legislaciones europeas que han regulado la eutanasia, comenzando por la pionera, la de los Países Bajos, donde unos años después de legalizada la eutanasia, se ha planteado abiertamente el acceso a la misma de personas que no sufran patologías graves o terminales.

En resumen, si el motivo que suscita la legislación y la intervención de la potestad es **regular una eventual forma de aliviar el sufrimiento**, o lo es **regular una autodeterminación radical de la propia vida**. El proyecto de ley no entra a debatir el fondo de esta cuestión, apostando por la segunda opción con matices y limitaciones de tipo procedimental.

Pero si realmente lo que estamos tratando es de la primera opción, no cabe hablar de eutanasia (si realmente consideramos a la vida un valor) hasta haber agotado todos los medios para aliviar ese sufrimiento. Dentro del “contexto eutanásico” nos referiremos a los cuidados paliativos plenos, tanto en el paciente moribundo como en el crónico grave.

Como acertadamente sintetiza el informe: *“la mera voluntad de la persona no es la condición necesaria y suficiente para legitimar las elecciones. Si la justificación para solicitar la muerte depende de la condición existencial específica del paciente, en la medida en que sea posible eliminar las condiciones de sufrimiento, la solicitud se consideraría injustificada”*.

En aquellas situaciones en las que pese a unos cuidados paliativos correctos persiste la petición de auxilio a la muerte, cabría hablar de excepción negativa a la regla general. El CBE considera que la **atenuante privilegiada de homicidio compasivo** que ya contempla el Código Penal sería suficiente. En otras palabras, que no sería ni necesario ni conveniente la confección de una ley sobre la eutanasia.

—
La lesión al concepto de dignidad humana que acarrea la eutanasia

En segundo lugar, el CBE observa que **el concepto de dignidad humana es ontológicamente intrínseco al ser humano**, independientemente de las circunstancias, y ligado profundamente a la igualdad esencial de todos los seres humanos. En el caso concreto del enfermo, y mucho más aún en el del enfermo desvalido y vulnerable (como es el de los que caen dentro del “contexto eutanásico”), cobra más importancia **el respeto a su dignidad como persona, en la misma proporción en que disminuye su poder para reivindicarla**.

El propio TC consagra este principio en su sentencia 57/1994 con estas palabras:

*“la regla del art. 10.1 CE, proyectada sobre los derechos individuales, implica que **la dignidad ha de permanecer inalterada cualquiera que sea la situación en que la persona se encuentre, constituyendo, en consecuencia, un minimum invulnerable que todo estatuto jurídico debe asegurar**”.*

Este principio social, la defensa por el grupo de los más vulnerables, es uno de los que distingue a la civilización de la barbarie. De hecho, **la defensa del vulnerable es un bien social superior a la autonomía volitiva del vigoroso**. Y yo añado: si la ideología imperante sobrepone la capacidad de acción de la voluntad del sujeto a su propia dignidad intrínseca, el producto inevitable es la disgregación social, y la ley del más fuerte. Poner límites (como el de la dignidad de todo ser humano) a la autonomía individual no solo está justificado, sino que es **indispensable para construir una sociedad fuerte y justa**.

El CBE considera, de hecho, que la situación de vulnerabilidad del enfermo grave o terminal hace presumir racionalmente que **la renuncia a sus derechos (incluyendo el de la vida) está realizada por una voluntad no enteramente libre, sino coaccionada** internamente por su propio desvalimiento.

Colateralmente, el informe reflexiona sobre la **absurda contradicción** de que la Ley imponga a los servidores públicos (entre ellos a los sanitarios) intentar disuadir a un suicida en el intento de darse muerte, mientras el nuevo proyecto impone a esos mismos sanitarios, en unos casos concretos, cooperar a dicho suicidio. Como consecuencia, afirma que *“al introducir la eutanasia, conceptos jurídicos fundamentales pasan a ser distintos de cómo se han descrito en la tradición más inmediata”*. El derecho penal ha de reescribirse en algunas de sus partes más sólidas para dar cabida a este “derecho a que me ayuden a morir”.

La modificación legislativa tiene detrás una filosofía de la existencia que, a juicio del CBE, **enfrenta el valor concreto y objetivo de la vida frente al**

valor abstracto y subjetivo de una vida plena. Aunque el CBE explícitamente aparta del debate una visión moral teológica (de hecho cita las “*tradiciones morales*” como algo que parece “*condenado a ser derribado*”), no puede cerrar los ojos ante el hecho de que la aceptación social y legal de la eutanasia, consagra un derecho subjetivo y una obligación del estado que **va en contra de toda la normativa que defiende la vida**, aunque esa no sea su aparente intención.

—

El análisis de los conceptos de autonomía de la voluntad y valor de la vida humana

El CBE critica con contundencia el concepto de autodeterminación abstracta que postula el movimiento proeutanasia: “*la autonomía no puede ser absoluta porque se construye y se desarrolla en la comunidad de otros seres humanos que también obran y deciden en consecuencia. Esta formulación de la autonomía humana es la que ha dado lugar al término de “autonomía relacional” propuesto por la Bioética moderna*”. **La autonomía de la voluntad, pues, nunca puede ser absoluta, del mismo modo que el individualismo pleno no existe**, puesto que nacemos, nos criamos y nos desarrollamos en sociedad, y creamos vínculos con otras personas, que van más allá de lo meramente transaccional (hay múltiples relaciones de obligación o deuda impagable, de afinidad irracional, o de amor). **Legislar sobre un abstracto meramente especulativo es, pues, un error de base.**

Sin olvidar que la autonomía absoluta sencillamente es inaplicable: **para lograr su objetivo, quien solicita ser auxiliado para morir precisa el concurso de otras voluntades.** Tanto la del profesional sanitario que ha de emplear sus conocimientos médicos para provocar la muerte (lo cual violenta su deontología profesional), como la del estado, que ha de disponer los medios necesarios para esa “ejecución” voluntaria. Ambas condicionan inevitablemente la decisión.

Por otra parte, **es el principio de utilidad** el que se emplea para la justificación de la petición de auxilio a la muerte propia: **una vida valiosa (útil) es aquella que se vive con placer (“calidad”)**, mientras que una que se vive con dolor (sufrimiento en su sentido más amplio) tiene menos valor. Según este eje de coordenadas, pueden existir situaciones en las que **una vida con un intenso sufrimiento sin horizonte de mejoría pierde todo su valor.** Se vuelve inútil y por tanto sería éticamente aceptable acabar con ella. Nótese que **la lógica del principio de utilidad no sólo es válida cuando se lo aplica un sujeto a sí mismo, sino igualmente cuando se aplica a los demás.** Naturalmente, **la teoría utilitarista no admite el valor intrínseco de la vida humana**, ya que el

valor varía en función del parámetro “calidad”, pudiendo oscilar entre un valor pleno hasta nulo.

Pero, como dice el Informe, *“puesto que los principios de autodeterminación y utilidad tienden a ser incompatibles entre sí, no sirven para sostener una regulación estable de la eutanasia, en la que las dos condiciones se integran para atender únicamente los supuestos en los que concurran ambos requisitos, pero sí para transformar la concepción tradicional acerca de la muerte de la inmensa mayoría de las sociedades y culturas”*. Es decir, **el CBE reconoce la utilidad de las legislaciones sobre la eutanasia como herramienta para la modificación del pensamiento dominante y secundariamente la moral social y su norma.**

Y plantea con gran lucidez cuál es el problema fundamental de esta cuestión: *“De ser un acontecimiento que afecta a todos y cada uno de los seres humanos, pasa a convertirse en una decisión, que aparentemente adopta el sujeto pero que, en realidad, lleva a cabo el Estado, actuando tanto en el plano normativo como en el administrativo. Por un lado, el poder legislativo define las condiciones que deben concurrir para que el deseo de la persona de que se acabe con su vida se convierta en un derecho. Por otro, corresponde a la administración sanitaria evaluar elementos tan subjetivos como la libertad de quien hace la demanda eutanásica, o el carácter insoportable del sufrimiento que padece, sin los cuales no procede la eutanasia”*.

Como ya he comentado en este y otros artículos, la ciencia médica puede medir parámetros más o menos objetivos como la temperatura, la presión arterial, la reactividad a estímulos o la capacidad respiratoria. Y tiene escalas para intentar objetivar otros no directamente medibles, como el dolor, la incapacidad funcional o el deterioro cognitivo. **Lo que no puede hacer la medicina es evaluar conceptos totalmente subjetivos y que pertenecen al universo de las sensaciones, como el sufrimiento o la “calidad” de vida.** Ni siquiera la psicología podría plantear herramientas de valoración suficientemente fiables sobre estos aspectos.

—

Las dos posturas morales incompatibles: la vida como fundamento o la vida como propiedad

El informe también hace hincapié sobre la inconsistencia del argumento de la libertad (una legislación que no imponga a unos la visión sobre el valor de la vida o la elección de morir de otros), con estas clarividentes palabras: *“Tanto si se opta por impedir como por obligar a que el Estado dé muerte a las personas cuando lo solicitan bajo determinadas condiciones, se está imponiendo al*

conjunto de los ciudadanos una determinada concepción moral acerca de la muerte”.

En su página 27 el CBE se hace eco de **dos posturas morales contradictorias en la comprensión de la vida:**

1) Aquella que considera la vida **el primer bien, sin el cual no existen los demás**, ni generan derecho, por lo que amerita una protección completa durante todas las etapas de la vida. La muerte es acontecimiento.

2) Aquella que considera la vida un **mero soporte biológico de la existencia sobre la cual cada uno ejerce su pleno dominio**, y de la cual dispone como de cualquier otro de sus bienes (incluyendo el momento de su finalización). La muerte es decisión.

Entre las dos posiciones hay que tomar partido: **o bien la ley protege ante todo la vida, o bien protege ante todo la autonomía del individuo**. No cabe término medio.

El problema que el Informe (y muchísima más gente, entre la que me incluyo) advierte en una legislación que pretenda conciliar la postura “vitalista” como algo genérico, pero admitiendo la postura “autonomista” como excepción a quién la quiera ejercer, es que **los cuidados genéricos a todas las personas en situación vulnerable (paliativos en el caso de los terminales) no se ofrecen del mismo modo a quién los necesite si la Ley los considera incondicionales que si incluye como alternativa la posibilidad de darse muerte**. Si se iguala el cuidado a todo ser humano con la finalización anticipada de su vida, no se puede afirmar que se considera que la dignidad de todo hombre subyace en toda situación: **en la práctica, se está equiparando la situación de dependencia de cuidados (pérdida en algún grado de la autonomía o de la calidad de vida) con la no-existencia**.

Hay además un efecto práctico más que previsible con la legalización de la eutanasia: cuando los fondos dedicados a la atención sanitaria se vean comprometidos, es inevitable que **el recorte de prestaciones venga por aquellos cuyo “valor de vida” socialmente considerado sea casi similar a la muerte, es decir, los más vulnerables** (criterio de rentabilidad). El utilitarismo impone su visión sobre los diversos grados de dignidad humana. Nuevamente el ejemplo de lo que se ha estado viendo en los Países Bajos²⁰⁹ (donde, efectivamente, los cuidados paliativos se han deteriorado de modo evidente desde que existe la eutanasia legal), vienen a apoyar lo que no es profecía agorera, sino mera previsión.

²⁰⁹ <https://www.infocatolica.com/blog/delapsis.php/1501130717-650-bebes-fueron-ordenados-ej>

Naturalmente, una vez el pensamiento utilitarista se ha implantado en la sociedad, la tendencia a considerar que aquellos enfermos graves que no pueden manifestar su voluntad desearían acabar con su vida (a fin de cuentas, el pensamiento dominante) acabaría **legalizando la eutanasia avoluntaria**, concluyendo con el tiempo en que se coaccionaría a los sufrientes pero aún capaces para que solicitaran su muerte, por el bien social (su vida ya no es útil, por qué insistir en que se gasten recursos en su cuidado), llegando así a la **eutanasia involuntaria legal**. El utilitarismo triunfaría plenamente, tras haber empleado a la seductora filosofía de la autonomía de la voluntad como ariete para derribar la puerta que protege la esencialidad del valor de la vida humana. Y daría paso a un **transhumanismo** de tipo negativo, es decir, a la **eugenesia social y legal**.

El CBE, de hecho, se atreve a recordar que la dignidad de los más vulnerables y sufrientes, los enfermos graves entre ellos, lleva a la **ley del más débil**, por la cual una sociedad civilizada despliega recursos para cuidar a sus miembros más frágiles. Frente a ello se alza la **ley del más fuerte**, la ley salvaje de la barbarie que, no obstante, ha fascinado a no pocos filósofos hijos del darwinismo social, desde Nietzsche en adelante, que predicaban la eugenesia social no sólo en su vertiente de fortalecer a los existentes, sino también de eliminar a los débiles. Por su bien (para evitar su sufrimiento físico y psíquico), además, lo cual no deja de ser un razonamiento diabólico.

Por contra, la civilización construye una sociedad en la cual todos somos conscientes de que **nos necesitamos unos a otros**, de un modo u otro, en un momento u otro. Y yo añado que **la familia en la que nos criamos y que es célula social básica, nos enseña el amor** de los padres hacia los hijos, con su cuidado y protección hasta que se valen por sí mismos, del mismo modo que el amor de los hijos hacia los padres, a los que cuidan y protegen cuando ya no se valen por sí mismos hasta su muerte. En este proceso tan natural al ser humano y su medio social, no se pone en cuestión cuál es la “cantidad de valor” o de “calidad” de la vida de sus miembros: **se trata al otro como uno desea ser tratado**.

Por ello en los estudios sobre el paciente grave o terminal se pone de manifiesto que es mucho más sencillo que **el sujeto pida su muerte cuando ha perdido los apoyos sociales** (familiares, laborales o de otro tipo), que cuando los conserva. La “muerte social”, el sentirse aislado y no reconocido, es quizá la primera de las causas de solicitud de la eutanasia, por encima del miedo a males futuros, el dolor o la incapacidad física. Y ello asimismo pone en cuestión la realidad de esa “autonomía de la voluntad” que tanto depende de su inserción adecuada en un marco relacional y comunitario.

—

La influencia de la legalización de la eutanasia sobre la profesión sanitaria y la relación médico-paciente

No debemos olvidar tampoco a un actor fundamental sobre el que pocas veces se pone el foco: **el personal médico responsable del paciente**, y sobre el que la ley va a cargar una responsabilidad ingente, la de garantizar que se cumplen los requisitos del “contexto eutanásico”, sin dotarle de protocolos médicos o legales adecuados. Si no se pone remedio a ello, fácilmente **se convertirá en objeto de denuncias por obstaculizar el “ejercicio de un derecho”**, dando paso indefectiblemente (como nos enseñan experiencias previas) a la **práctica de una medicina defensiva**, es decir, de una mala medicina. Igualmente el derecho a la objeción de conciencia recibe apenas un párrafo en todo el proyecto de ley, correspondiente a la escasa importancia que le da el legislador, y necesitará posterior desarrollo reglamentario.

Por otra parte, dotar del poder de matar al sanitario que, por su propia idiosincrasia, es el primero que combate contra la muerte, supone una **violación de la propia vocación profesional** (no olvidemos la tajante prohibición del juramento hipocrático). El riesgo evidente, como señala el CBE, es que

“se trata de un cambio en el comportamiento médico aceptable que una vez legalizado será enseñado como adecuado y será practicado como necesario (...) la posibilidad de que el médico llegue a cometer un homicidio como un acto médico transforma totalmente la relación médico paciente. Esto afecta a la Medicina como arte de una forma más profunda que una transformación de las necesidades del sistema sanitario. Si la ética limita poderes, con la eutanasia el profesional de la Medicina adquiere un nuevo poder, aunque sea no buscado. Posee un poder de muerte sobre el paciente (...). El cambio que se produce es el homicidio intencional por parte del médico como una obligación jurídica que trascenderá a la lex artis”.

El Informe se hace eco asimismo de la postura más reciente (2017) de la Asociación Médica Mundial a este respecto *“La Asociación Médica Mundial reafirma su fuerte convicción de que la eutanasia está en conflicto con los principios éticos fundamentales de la práctica médica, y la Asociación Médica Mundial alienta firmemente a todas las asociaciones médicas nacionales y a los médicos a abstenerse de participar en la eutanasia, incluso si la ley nacional lo permite o despenaliza en ciertas circunstancias”.*

Más aún, la Organización Médica Colegial incluye en el capítulo VII de su código deontológico (artículo 38.5) que *“el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente ni siquiera en caso de*

petición expresa por parte de éste”, y ha reiterado en varias ocasiones su petición de la promulgación de una **Ley General de Cuidados** que garantice de forma integral, no solo los cuidados paliativos y la atención al final de la vida, sino la mejor asistencia a aquellas personas que padecen una grave enfermedad orgánica o psíquica causante de gran incapacidad. Como dice el dicho popular, “poner los caballos delante del carro”. Esa ley no ha sido propuesta anteriormente por ningún partido político, pese a que se trata de una demanda de una potente organización social y profesional.

—

El riesgo de eutanasia avoluntaria en los más frágiles

Añádase, como ya comentábamos, que con la legalización de la eutanasia, **el paciente podrá siempre tener la duda** de si la atención y recomendaciones de su médico al respecto de la solicitud de auxilio a la muerte están guiadas únicamente por su intención de curación y cuidado, o podría verse influida por otros condicionantes, como la capacidad del sistema sanitario para sostener ciertos soportes vitales, o incluso la frustración personal del facultativo por no poder mejorar la situación de su paciente. **La ilegalidad de la eutanasia sería un factor de seguridad** en la relación médico-paciente. Su legalización, la introducción de un factor de sospecha o dedesconfianza. Como dice el informe del CBE “*una ley de eutanasia va a incorporar una inercia previsible, especialmente en tiempos de escasez de recursos*”, y más aún (véanse páginas 40 a 48), en los colectivos llamados vulnerables o frágiles: **niños, ancianos, discapacitados, pobres y enfermos mentales**. Recordemos la ley del más fuerte frente y la ley del más frágil, que es la verdaderamente ética desde el punto de vista humano. La justicia social reclamaría proteger al más débil, y el riesgo radica en que una ley de eutanasia como la propuesta por el grupo socialista del congreso español haga que **las personas vulnerables se sientan obligadas, por efecto de las presiones, reales o imaginarias, a solicitar una muerte prematura** por “responsabilidad social”, en nombre del utilitarismo.

En pocas palabras, **que el sufrimiento (o cansancio) que se trata de aliviar no sea el del discapacitado o enfermo mental, sino el de sus cuidadores y los pagadores** de dichos cuidados.

—

El sufrimiento

El Informe pormenoriza otros conceptos relacionados. De entre ellos nos detendremos un momento en el sufrimiento, que tanta importancia tiene en el proyecto de ley sobre eutanasia. El CBE lo define como “*un complejo estado*

*afectivo, cognitivo y negativo, que abarca tres características: la **sensación que tiene la persona de sentirse amenazada en su integridad**, el sentimiento de impotencia para hacerle frente, y el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontar dicha amenaza*”, y lo distingue de su origen emocional, la **angustia**, que como toda emoción es irracional, aguda e intensa.

Cuando ese sentimiento es muy persistente en el tiempo, y se racionaliza en extremo, se vuelca normalmente en la **duda existencial**, esto es, el “sentido de la vida” y los límites de la propia condición, entendidos como “*carencia, déficit, contingencia, pequeñez, fragilidad y, a la par, como frontera, precipicio, condición de posibilidad de salto transcendental más allá de lo conocido y controlado*”. La incapacidad de dar un sentido al sufrimiento, o en palabras de Viktor Frankl, “cumplir el sentido más profundo, que es el de aceptar el sufrimiento”, está detrás del **vacío existencial**, y con frecuencia en la petición de auxilio para morir.

Es algo conocido en la medicina y la psiquiatría, que las **necesidades espirituales y emocionales forman parte de la demanda de la persona enferma** no menos que las expectativas de curación o los cuidados físicos. Si nos centramos en el paciente con enfermedad irreversible o terminal, es inevitable que se genere una profunda **crisis existencial** (sentido de la existencia propia y finalidad de la misma, trascendencia del ser humano o del alma, recapitulación de objetivos y valores de la propia vida), acompañada de **necesidades emocionales especiales**: afirmación de la propia identidad, necesidad de saberse valorado, sentido de arraigo y pertenencia (estar con los suyos, visitar algún lugar especial para él, sentirse aceptado y escuchado por los que le rodean, etcétera), recibir cariño, “cerrar” temas pendientes, tanto materiales (testamentos o herencias) como afectivos (viejas enemistades o personas con las que se perdió el trato hace mucho), y por supuesto, despedirse de las personas significativas en su vida. Todos estos extremos deben estar en la agenda de los cuidadores, sean profesionales sanitarios o no, para procurarlos directamente, o al menos facilitarlos.

Las soluciones rápidas y drásticas (y la eutanasia lo es), tienden a minusvalorar estos extremos, por la existencia de una **medida radical que “acaba” con las preocupaciones** del moribundo o enfermo grave crónico. Más aún, con frecuencia estas iniciativas pueden partir de los cuidadores del enfermo, abrumados por una responsabilidad para la que nadie prepara y que nadie valora. El CBE se hace eco de una máxima de Levine que resumiría bien cuál es la actitud éticamente correcta “*cuando tu miedo toca el dolor del otro, se*

convierte en lástima; cuando tu amor toca el dolor del otro, se convierte en compasión”.

Es importante, asimismo, remarcar que **el sufrimiento, como ente subjetivo e interior, puede ser desencadenado por muchos motivos**. La atención médica únicamente estará indicada cuando el sufrimiento provenga de una enfermedad, o su intensidad pueda causarla (es el fenómeno llamado **somatización**, y que puede provocar depresión o anorexia, entre otros). El “contexto eutanásico” de la ley pretende enmarcar esa intervención sanitaria dentro de unos parámetros más o menos objetivables, pero finalmente, **el facultativo podrá asesorar sobre problemas de salud, mas no sobre la angustia que vive el sujeto** (igualmente el psiquiatra puede valorar las afecciones psicológicas, no su “insoportabilidad” vital). Cuando estamos hablando además de una legislación que pretende regular los términos de un homicidio por compasión, o un auxilio al suicidio, es evidente que estamos **transgrediendo los límites de lo razonable**.

Por otra parte, el CBE señala otras **limitaciones secundarias**, debidas a la pura experiencia práctica: la posible **inexperiencia** en el manejo de situaciones extremas o de formación bioética del equipo médico que atiende al paciente, la **claudicación terapéutica precoz** ante el impacto emocional elevado expresado por el paciente o su familia ante el sufrimiento, o la propia **filosofía personal del médico**, que puede ir desde la convicción de que debe atender los deseos del paciente sin demora ni crítica (una complacencia que es el extremo opuesto e igual de equivocado que el paternalismo) hasta la creencia de que el sufrimiento no es un aspecto médico, y por tanto, no es competencia suya. Por no hablar de un problema que sobrevuela siempre toda actuación médica, y del que no se habla en los debates sobre la eutanasia: **el desaliento del propio médico ante el fracaso terapéutico**, que se traduce en una inducción (normalmente inconsciente) al paciente a que tome la “vía rápida” para acabar con el sufrimiento (con el sufrimiento del facultativo, en este caso).

Hablamos de seres humanos, e infinidad de condicionantes humanos pueden influir.

En resumen, **el sufrimiento es un problema existencial, filosófico y ético**, y por tanto, resulta inadecuado y contraproducente emplear al médico como perito para valorar su intensidad o suficiencia para justificar el homicidio del que sufre. En cierto modo, descargar sobre el facultativo esa responsabilidad es un modo con el que **el legislador, el paciente que sufre y la sociedad se quitan de encima un debate y una decisión incómodos**, vistiéndola de ropajes científicos, que no son tales.

Los medios para practicar la eutanasia pueden ser médicos; las razones, no.

Hay una **carencia de análisis social responsable sobre el sufrimiento y el sentido de la existencia** cuya resolución se escamotea con una pátina de cientismo. Todos los actores implicados insisten mucho en descartar una moral social cristiana que daba respuesta a esas cuestiones, como algo periclitado o superado, pero en lugar de plantear una alternativa, **se abandona al sufriente a su suerte y recursos propios** (so capa de libertad), permitiendo una salida fácil de inyección letal con apariencia de acto médico.

—

Efectos sociales de la legalización de la eutanasia

El CBE termina con unas reflexiones acerca de la situación social en la que se desarrolla esta legislación sobre la eutanasia: una población envejecida (en Europa en general y en España en particular), y cada vez más sola y menos valorada (en una sociedad economicista, evidentemente los ancianos son los más improductivos): *“existe el peligro de que la despenalización de la ayuda al morir cree un hipotético deber sobre los enfermos terminales que les lleve a verse en la obligación moral frente a la familia y la propia sociedad de acabar cuanto antes con su situación”*. De la eutanasia como derecho de la autonomía de la voluntad a **la eutanasia como deber moral de los enfermos graves (sobre todo) o terminales a “no ser una carga”** hay apenas un pequeño paso. Un sentimiento humano que todos tenemos por deferencia a los demás (o por comprensible miedo), que termina siendo manipulado para **justificar la falta de cuidados debidos** a la dignidad (esto sí es la dignidad) de todo ser humano, y **el homicidio por motivos de eficiencia sanitaria**. De la supuesta libertad a la coacción social sin abandonar el mismo sendero.

Naturalmente, aceptada la eutanasia (como se aceptó el aborto) resulta imposible defender la dignidad por igual de toda vida humana: la **teoría de la desigualdad vital** de diversas personas o en diferentes momentos ya se ha asentado en el *ethos* social. El **utilitarismo** como norma. O más bien, añadido yo, **el darwinismo social**, pues no me cabe duda que aquellos más fuertes, más ricos o con mejor apoyo familiar, no se verán abocados a “pedir la muerte”, de igual modo que los poderosos obtienen terapéuticas u órganos para trasplante vedados a los demás.

Por supuesto, esto no hará sino incrementar la **idealización de la juventud como representación de la salud y vigor, y la ancianidad como símbolo de la enfermedad y la inutilidad**. El desvalor se extenderá de casos concretos a grupos enteros: ancianos, enfermos, discapacitados. Los más vulnerables.

Y es que en el debate bioético sobre la eutanasia, la asistencia adecuada a pacientes graves o agónicos no versa sólo sobre el valor de la vida, la importancia del sufrimiento subjetivo o los límites de la autonomía volitiva, sino también tiene una importantísima vertiente comunitaria: como afirma el Informe, ***“no es razonable debatir los pros y los contras del suicidio asistido sin tener en cuenta la situación social en la que las personas gravemente enfermas reciben asistencia médica”***. Y es que, en el mundo real de la asistencia sanitaria (lejos de los debates abstractos), la accesibilidad a atención sanitaria o social es un elemento clave en la petición de eutanasia por los pacientes: **cuando no todos los sujetos tienen las mismas posibilidades de tratamiento paliativo y apoyo social, entonces hablar de eutanasia es poner de manifiesto una desigualdad, y un fallo grave de la justicia social**. Y eso está pasando, y pasará, en aquellos lugares donde la eutanasia está despenalizada o legalizada, pero las unidades de cuidados paliativos o atención domiciliaria no están adecuadamente dotadas.

En esta realidad, escuchar a pensadores y dirigentes políticos que se consideran a sí mismos socialistas o partidarios del progreso, **favorecer la eliminación de los que probablemente están insuficientemente atendidos en sus necesidades de salud más perentorias**, y en su momento anímico más frágil, so capa de defender la libertad, resulta contradictorio y difícilmente entendible.

El Comité (véase páginas 10 y 11 del informe) **apuesta muy decididamente por primar las alternativas clínicas de cuidado**, no meramente biológico, sino también el de angustia existencial (que entra dentro del campo de la psiquiatría y, sobre todo, de la espiritualidad, sea esta considerada como algo religioso, o no), antes de regular las posibles excepciones a la pena por homicidio cuando es un caso compasivo, aunque no descarte este último extremo. O por decirlo en lenguaje popular, poner los caballos delante del carro, y no al revés.

El CBE se propone *“hallar el modo de respetar las pretensiones de quien ante una situación de gran sufrimiento pide que se acabe con su vida sin minimizar la gravedad moral del hecho de acelerar la muerte y preservar la noción de la vida como algo digno de reverencia y no como objeto de elección”*, buscando un punto intermedio entre el respeto a la sacralidad de la vida y el empleo de la muerte como forma de escapar del sufrimiento. Asimismo se apunta algo evidente: que **la sociedad tiende a equiparar legalidad y moralidad** (y así debería ser), y se pueda producir la situación futura de que muchos enfermos crónicos o graves consideren un acto de bondad hacia la sociedad permitir que se ponga fin a su vida. Y, secundariamente, que sea la propia sociedad la que así lo considere.

Conclusiones del Informe del CBE

*“De los argumentos expuestos a lo largo del informe se concluye **la falta de justificación, no solo ética y legal, sino también sanitaria y social, para crear un derecho a la eutanasia y/o auxilio al suicidio**. Igualmente, se concluye que todas las personas tienen derecho a no sufrir dolor, menos aún en las fases de mayor vulnerabilidad, como son las de determinadas enfermedades crónicas o en final de la vida”.*

El CBE, ante el acúmulo de condicionantes éticos que desaconsejan la legalización de la eutanasia, y a imitación de la legislación británica o las recomendaciones de algunos miembros del comité de bioética austriaco, opta por **encarecer el desarrollo de cuidados paliativos** universales y especializados, y también por establecer protocolos judiciales en los que, tras una exhaustiva investigación que probase la petición reiterada y sostenida de auxilio para la muerte de la víctima, y la ausencia de intereses espurios en el acusado, la cooperación al suicidio tuviese un atenuante que le equiparase a algo cercano a la despenalización legal. Considera que **mantener la prohibición de quitar la vida en los códigos penales, sin excepción reglamentada, es la única forma de mantener la defensa del derecho a la vida**.

El Informe del CBE es un documento detallado, incluso prolijo (74 páginas), que aborda prácticamente todos los puntos de vista que pueden importar al tema de la eutanasia. Aunque claramente se posiciona de parte de la **ética principalista** (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia), incluye las opiniones tanto propias como opuestas. Es un aporte profundo y bioético, que abre numerosos frentes de discusión, y ofrece materiales y referencias para debatirlos. Desde el punto de vista bioético, que es clave en este asunto, **la diferencia entre este completísimo informe y la pobre, parcial e incompleta argumentación de la ley es abismal**.

Un documento valioso, en mi opinión, independientemente de que se compartan sus conclusiones. **No creo que haya en nuestro país otro de similar envergadura. Pero este documento ha sido completamente ignorado por las autoridades políticas del gobierno español o el grupo parlamentario socialista que impulsó esta ley.**

El CBE se creó en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, específicamente con la tarea de asesorar al Ministerio de Sanidad, al que está adscrito, emitir informes, propuestas y recomendaciones para los poderes públicos de ámbito estatal y autonómico sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud.

Pues bien, este órgano, creado específicamente con este fin, **ni fue consultado ni, cuando ha tomado la iniciativa de elaborar por su cuenta un completo informe, este ha sido considerado de ningún modo.** El proyecto de ley impulsado por los grupos parlamentarios que sustentan al actual gobierno, hace caso omiso de las recomendaciones del informe del CBE, el órgano oficial y autorizado para su asesoramiento. Ni siquiera para refutarlas. Una vez más se demuestra que los impulsores de la cultura de la muerte, pese a haber logrado vestirse de democráticos, omiten las más elementales reglas de la construcción de una buena y documentada legislación. Por supuesto, **tampoco se ha tomado en consideración el reglamento deontológico vigente de la Organización Médica Colegial, que en su artículo 38.5 prohíbe explícitamente ayudar a morir a un paciente.**

En sus conclusiones, los miembros del comité afirman que *“la eutanasia y/o auxilio al suicidio no son signos de progreso sino un retroceso de la civilización, ya que en un contexto en que el valor de la vida humana con frecuencia se condiciona a criterios de utilidad social, interés económico, responsabilidades familiares y cargas o gasto público, la legalización de la muerte temprana agregaría un nuevo conjunto de problemas (...) La protección integral y compasiva de la vida nos lleva a proponer la **protocolización, en el contexto de la buena praxis médica, del recurso a la sedación paliativa** frente a casos específicos de sufrimiento existencial refractario. Ello, junto a la **efectiva universalización de los cuidados paliativos** y la mejora de las medidas y recursos de apoyo sociosanitario, con especial referencia al apoyo a la enfermedad mental y la discapacidad, debieran constituir, ética y socialmente, el camino a emprender de manera inmediata, y **no la de proclamar un derecho a acabar con la propia vida a través de una prestación pública**”.*

Como colofón, el Informe da un toque de atención a los grupos parlamentarios proponentes del proyecto de ley con esta frase: *“este Comité **considera imprescindible que la sociedad española lleve a cabo un debate suficientemente informado, que todavía no ha tenido lugar a pesar de la trascendencia de la materia, sobre qué es la eutanasia, qué consecuencias trae consigo su legalización, y qué acciones se pueden llevar a cabo para garantizar a todos los ciudadanos un adecuado acompañamiento y el alivio del sufrimiento en su proceso de morir y, por ende, una muerte en paz**”.*

Como veremos en el siguiente artículo de la serie, dicho debate no se ha producido de ningún modo, ni el parlamento lo ha suscitado, ni los grupos políticos que lo integran han tenido interés en que ese debate llegue a la sociedad.

La ley española de suicidio asistido y eutanasia (III). El debate parlamentario y la aprobación de la ley²¹⁰

Luis I. Amorós, el 11.03.21

EL DEBATE PARLAMENTARIO Y LA APROBACIÓN DE LA LEY



Las enmiendas totales al proyecto de ley de regulación de la eutanasia

El proyecto de ley socialista fue presentado al congreso, y recibió las enmiendas de diversos grupos. Todas las enmiendas se hallan en esta dirección de la red²¹¹, a la que remito al lector que esté interesado, pues para no hacer aún más largo el artículo, únicamente comentaré los rasgos más importantes de cada una.

El principal partido de la oposición (numéricamente hablando), el **Partido Popular** (una amalgama liberal de conservadores, progresistas, con algunos demócratacristianos y hasta socialdemócratas), sencillamente presentó una enmienda a la totalidad y contestó con su propio proyecto de ley (cuando gobernaron hasta hace apenas 4 años con mayoría más que suficiente, no

²¹⁰ <https://www.infocatolica.com/blog/matermagistra.php/2103111127-la-ley-espanola-de-suicidio-a>

²¹¹ [https://www.congreso.es/web/guest/busqueda-de-publicaciones?p_p_id=publicaciones&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&publicaciones_mode=mostrarTextoIntegro&publicaciones_legislatura=XIV&publicaciones_id_texto=\(BOCG-14-B-46-4.CODL\)](https://www.congreso.es/web/guest/busqueda-de-publicaciones?p_p_id=publicaciones&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&publicaciones_mode=mostrarTextoIntegro&publicaciones_legislatura=XIV&publicaciones_id_texto=(BOCG-14-B-46-4.CODL))

hicieron ninguna al respecto). Este proyecto de ley del PP trata sobre **los cuidados al final de la vida**, sin mencionar el término eutanasia, y tiene cierta ambigüedad al definir los cuidados paliativos: *“los cuidados paliativos, dirigidos a mitigar el dolor de los pacientes, incluso cuando ello pueda acortar o incluso poner en peligro inminente su vida, pueden ser la opción más adecuada y, a la vez, la más humana, para garantizar que puedan afrontar el proceso final de su vida en las mejores circunstancias posibles”*. Hay que recordar otra vez que **el cuidado paliativo no es una “opción”, sino que forma parte de la lex artis médica** en las obligaciones del personal sanitario cuando la posibilidad de curación se considera, con los conocimientos científicos actuales, remota o imposible.

Por otra parte, hay una confusión de términos, porque los cuidados paliativos no ponen “en peligro inminente” ninguna vida. Como toda terapéutica, pueden tener efectos adversos a ciertas dosis, y deberán ponderarse dentro de un marco de decisiones en el que prima evitar el sufrimiento al paciente. La Iglesia lo denomina el **“principio del doble efecto”**, y es un dilema bien conocido en medicina, que siempre será lícito cuando el **objetivo de la terapia sea aliviar o mejorar un síntoma, y no buscar esos efectos adversos**, y se administre el principio en las dosis mínimas para lograr el efecto. O sea, buena praxis sin más. Introducir esa precisión sobre los peligros para la vida de los cuidados paliativos induce a considerar los cuidados paliativos lo que no son.

El proyecto del partido Popular, no obstante, se apoya también, como el del Partido Socialista, **en el principio de la autonomía de la voluntad**: *“En todos los casos, el objetivo consiste garantizar la primacía de la voluntad de la persona en el proceso final de su vida, así como las vías de conocimiento y manifestación de dicha voluntad; y de proscribir cualquier consecuencia discriminatoria en la atención sanitaria que pudiera derivarse de dicha voluntad y, específicamente, del rechazo a determinados tratamientos, intervenciones o procedimientos”*.

A diferencia del proyecto de ley socialista, eso sí, **está centrado únicamente en los procesos irreversibles que conducen a un fin próximo a la vida de forma natural, es decir, lo que se conoce como estado terminal**, eliminando el estado de enfermedad grave o incurable como condición.

El resto de puntos versan sobre el respeto a la dignidad del enfermo terminal, el respeto a sus decisiones sobre tratamientos y diagnósticos, el acceso universal a una atención adecuada sin discriminaciones, registro de voluntades anticipadas, decisiones cuando el paciente no pueda expresar su voluntad,

etcétera, extremos que se hallan ya presentes tanto en la legislación previa como en los códigos deontológicos de la buena práctica médica.

El proyecto de ley del PP tiene también un capítulo destinado a definiciones, el cual, por cierto, incluye el de **“calidad de vida”**, concepto que aunque también se halla en el espíritu del proyecto del grupo socialista, no se define allí explícitamente. Así describe la calidad de vida el Partido Popular: *“satisfacción individual ante las condiciones objetivas de vida desde los valores y las creencias personales; su contenido abarca no solo el bienestar físico, sino también los aspectos psicológicos, socioeconómicos y espirituales”*. Parece que ningún jurista parlamentario se ha parado a pensar que si uno puede juzgar la propia satisfacción ante las condiciones (objetivas no serán nunca) propias, hasta el punto de decidir en base a ello nada menos que el decaimiento del derecho a la vida, **puede hacer lo mismo con las ajenas con el mismo fin**. Las demás definiciones son muy similares a las que a hemos analizado al tratar el proyecto de ley socialista.

El resto del proyecto se centra en los derechos a rechazar tratamientos, a ser informados, etcétera. **Tiene un apartado específico, eso sí, sobre el derecho a recibir cuidados paliativos de calidad, así como la obligatoriedad de la formación específica del personal sanitario en ese aspecto**, apartado que no contempla el proyecto del grupo socialista. En ese sentido es positivo, pues aunque ya sabemos que una cosa son las leyes, otra los reglamentos, y otra la implementación real, al menos **pone por delante los cuidados debidos al paciente terminal**.

Sí cabe destacar que el documento parece deslizar una **autorización a la eutanasia pasiva** en situación de agonía (últimos días u horas) en el artículo 14.4: *“Cuando los pacientes se encuentren en situación de sedación en fase de agonía se suspenderán todos aquellos tratamientos o medidas de soporte que no sean precisos para mantener el control de los síntomas, a fin de no alargar innecesariamente el sufrimiento”*. Las medidas de soporte incluyen hidratación, alimentación, confort, oxigenación... **retirarlas no es algo neutral, sino una provocación indirecta de sufrimiento y de la muerte**.

En conjunto, el proyecto del grupo popular **se centra en los cuidados paliativos al final de la vida**, omite la referencia al sufrimiento, y aunque se basa en el principio de autonomía de la voluntad del paciente (como buen partido liberal), **no permite ni siquiera cita la eutanasia activa**. Naturalmente, un liberal fetén preguntará al grupo del partido Popular por la razón filosófica por la que la evocada autonomía del paciente para aceptar o rechazar tratamientos a voluntad no se amplía a decidir el momento de su muerte.

Además de esta enmienda total, el **PP presentó una batería de enmiendas parciales** (la 199 y subsiguientes) pidiendo la supresión o modificación de los epígrafes de la ley explícitamente favorables a la eutanasia (o sea, la mayoría), y todos los relevantes, porque la constitución y la legislación vigente ya protege la libertad individual, pero **además también protege el derecho a la vida**. En la (supuesta) colisión de ambos, el grupo popular apela al convenio de Oviedo de 1997, y al código deontológico de la OMC que ya hemos aludido, donde **se prohíbe establecer medidas encaminadas primariamente a acortar la vida del paciente, por ser una actuación que se aparta de la “lex artis” médica**. Asimismo, califica de inexistente el “derecho a morir”. El resto de sus enmiendas parciales van sustituyendo el articulado original por su propio proyecto. Una argucia para plantear la enmienda a la totalidad que ya habían presentado, pero votada enmienda a enmienda.

La siguiente enmienda a la totalidad es la del partido **Vox** (liberal conservadores, democristianos y nacionalistas españoles), el tercero con mayor representación en la cámara. También proponen un proyecto de ley alternativo, donde se especifica **la inviolabilidad del “bien jurídico vida”**. Hay varios puntos interesantes en este proyecto: **la autonomía de la voluntad del paciente pierde relevancia** (aunque también se cita de pasada), esto es, tendrá derecho a aceptar o rechazar tratamientos, pero sin poder imponer su decisión al profesional médico que le atiende si es contraria a su criterio científicamente fundado, debiendo llegarse a un “equilibrio” entre ambos. Es pues, un proyecto que **recupera parte de la autoridad del facultativo**.

Al igual que el proyecto de ley socialista, y a diferencia de el del PP, este apela a la constitución en su apoyo, concretamente a los artículos sobre la vida, la dignidad y la intimidad, así como al artículo 43 sobre la protección a la salud, que omite clamorosamente el proyecto de ley socialista.

Todo el proyecto de ley de Vox reposa sobre el **desarrollo y fortalecimiento de los cuidados paliativos**, la correcta información al paciente y la creación de una especialidad médica en cuidados paliativos, y su adecuada dotación para que llegue a toda la red asistencial española, preferentemente a domicilio. Se omite cualquier referencia a la finalización anticipada de la vida o al sufrimiento del paciente (aunque, curiosamente, se vuelve a repetir que las medidas de soporte podrán retirarse al paciente en agonía adecuadamente sedado, como en el resto de proyectos de ley; este artículo no trata sobre la agonía o la sedación en agonía, pero esta definición es la de eutanasia pasiva). En conjunto, **es la propuesta de ley más próxima a una visión cristiana del final de la vida**.

—

Las enmiendas parciales al proyecto de ley

Bildu (nacionalistas marxistas vascos, herederos políticos del grupo terrorista ETA) postuló una enmienda para **reforzar la autonomía radical de la voluntad** (la vida no es don o principio del que emanan los derechos, sino propiedad del sujeto) con estas significativas palabras:

*“No es el sufrimiento inaguantable lo que justifica la eutanasia, ni siquiera la compasión, la justificación básica se encuentra en el reconocimiento de la condición de la persona la que exige **el respeto a la libertad individual de disponer de la propia vida**. Es necesario trascender el paternalismo que encubre someter semejante decisión personal, la propia muerte, a las decisiones de especialistas médicos, juristas y administrativos. Todo lo cual para acabar **negando materialmente la autonomía de la voluntad de quien decide que su vida es insoportable**”.*

No se puede negar que son claros y diáfanos sobre su posición filosófica. Que esta **parta del individualismo más radical que ha dado el libertarianismo liberal, y no del marxismo**, es contradicción que deberán de resolver ellos. Ahondado coherentemente en la radicalidad, el grupo de Bildu propone **despenalizar por completo el auxilio al suicidio**, eliminar todo tipo de dictámenes médicos o jurídicos para valorar la idoneidad de una petición de auxilio a la muerte o ampliar ese “derecho” a la propia muerte a cualquiera que sufra una condición de “padecimiento permanente insoportable”. En realidad, es un error de los proponentes, porque efectivamente el proyecto socialista de 2019 ya contemplaba esa ampliación. Por otra parte, y siguiendo la lógica de estos revolucionarios radicales, me pregunto con qué derecho limitan ellos el auxilio a morir al que tiene “padecimientos permanentes insoportables”: si la decisión sobre morir o seguir viviendo pertenece por entero al sujeto **¿por qué no auxiliar al perfectamente sano y feliz que decide en su autonomía poner fin a su existencia?**

Tanto Bildu como otros grupos presentaron enmiendas parciales a diversos puntos concretos de la ley, normalmente en el sentido de aumentar la autonomía de la voluntad del reclamante, o corrigiendo defectos de redacción. Un grupo parlamentario llamado **“Plural”** (mezcolanza de regionalistas y nacionalistas regionales varios, así como poscomunistas) **nada menos que propuso abolir la objeción de conciencia del médico** para negarse a auxiliar a la muerte a quien se lo pidiese (véanse la enmiendas números 34, 44, 55), contraviniendo los artículos 34 a 37 del código deontológico de la organización médica colegial, que protegen el derecho a la objeción de conciencia y el 38.5, que

prohíbe al médico practicar la eutanasia (pero en cambio, en la enmienda 65 sí que se faculta al médico para iniciar la petición de eutanasia si el paciente incapacitado la dejó previamente escrita; **se le prohíbe objetar la eutanasia pero se le alienta a pedirla**). En la 39 pide la supresión de los 15 días de separación entre las dos peticiones firmes de eutanasia, en la 43 la limitación del término temporal para responder a alegación, en la 47 y subsiguientes eliminar garantismos legales y acortar plazos... **todo en la dirección de facilitar la muerte lo más rápidamente posible en línea con el autonomismo volitivo radical** (“*el objetivo de la ley es, en primer lugar, garantizar la voluntad de la persona que decide morir*”, enmienda 46). En general, se puede afirmar que la gran mayoría de enmiendas están redactadas por juristas, siendo **muy dudoso que algún profesional médico haya sido partícipe de las mismas**, por las ambigüedades que plantean en temas técnicos, así como el relato como reales de casos totalmente abstractos, mientras no se debate en absoluto la realidad de la atención sanitaria al paciente terminal o con enfermedades crónicas incapacitantes.

El llamado “**Grupo vasco**” (integrado en su totalidad por parlamentarios del Partido Nacionalista vasco, unión de nacionalistas vascos liberales de diversas tendencias), sí presenta en sus enmiendas un cierto debate ideológico de baja intensidad. Por ejemplo, en la enmienda 82 solicita que **se cite expresamente la solicitud de auxilio médico al suicidio en el texto de la ley, distinguiéndola de la eutanasia**, por considerarlas diferentes, aunque los medios empleados sean similares para ambas. En la enmienda 90 obliga a que el solicitante haya **recibido previamente una asistencia completa por cuidados paliativos** o prestaciones plenas por su dependencia. A diferencia de la mayoría de los grupos que hacen enmiendas parciales, el PNV pone la nota en la realidad de que **los cuidados paliativos aún no llegan con plenitud a toda la población**, y los exige previamente a cualquier paciente que solicite la eutanasia. No obstante, esta enmienda pretende más bien (como se afirma explícitamente en su justificación) quitar la razón a los que aducen la falta de cuidados paliativos como una razón para la eutanasia, es decir, **en realidad respaldando el espíritu de la ley**: la muerte anticipada de los que sufren. Se trata de una norma garantista más que no va al fondo de la discusión filosófica sobre la eutanasia. Por otra parte, la enmienda 108 **aumenta la libertad de los profesionales sanitarios para ejercer el derecho a la objeción de conciencia**.

El grupo parlamentario del partido **Ciudadanos** (liberal libertario), en línea coherente con su ideología autodeterminista, presentó varias enmiendas destinadas, literalmente a “*configurar una regulación integral del **derecho a la disposición de la propia vida***”, y trasladarlo en esos términos al articulado; esto

es, a considerar la propia vida una propiedad particular sobre la que uno dispone libremente. O eso cree. Las enmiendas 115 y subsiguientes sustituyen abiertamente el término eutanasia o auxilio al suicidio por “disponer de la propia vida” en el **sentido único de acabar con ella antes de tiempo**. O sea, que **sería más correcto hablar del derecho a disponer de su propia muerte**. También para recibir la atención sanitaria adecuada, o los cuidados paliativos, pero eso ya está presente en la legislación previa, por lo que en ese sentido esta ley sería innecesaria, y lo suyo sería implementar reglamentaria y prácticamente lo dispuesto en aquella. Por tanto, **es el “derecho a la eutanasia” lo que realmente guía la iniciativa de este grupo político**, aunque se vista con otros ropajes. Como el resto de proponentes de la eutanasia, en el punto 11 de la enmienda 117, se consideran medidas terapéuticas a retirar, para evitar la obstinación terapéutica, la asistencia respiratoria no invasiva o la nutrición artificial. Naturalmente, **el único “derecho” de esa presunta disposición absoluta sobre la propia vida, es a quitársela antes de tiempo**. Y como ya he comentado, los proponentes libertarios no parecen darse cuenta de que, si el estado está obligado a ayudar a morir a una persona que lo desea, porque esta tiene ese derecho, no se entiende **porqué esa obligación solo debe existir cuando esté afecto de enfermedad grave, y no en cualquier circunstancia**. ¿Y si esa enfermedad grave es mental, y por tanto nubla su juicio y la presunta autonomía derivada de él?

El resto de las numerosas enmiendas del grupo Ciudadanos (parece más bien una redacción nueva de la ley, una enmienda a la totalidad encubierta) van encaminadas a la regulación garantista y, como casi todos los otros grupos parciales, a facilitar de todos modos la solicitud de muerte a base de constreñir y apremiar a los médicos o comités encargados de cursarla.

Por su parte, los grupos parlamentarios que forman el gobierno, **PSOE** (socialdemócratas y liberales progresistas) y **Podemos** (socialistas, comunistas y algunos socialdemócratas), presentaron algunas enmiendas técnicas (correcciones jurídicas para adaptarse a la norma vigente) de poco calado. Lo mismo hizo el grupo de **Esquerra republicana** (nacionalistas catalanes liberal-progresistas y socialdemócratas), que había pactado previamente con el gobierno las modificaciones a la ley a cambio de su apoyo.

Por cierto, que varios grupos solicitaron que se especificara que **la muerte por eutanasia es considerada muerte natural a todos los efectos legales**. O sea, violentar la práctica médica más básica para proteger en todo extremo a los que maten a sus pacientes por compasión.

Todas las enmiendas **se inmiscuyen de modo invasivo en la relación médico-paciente**, regulándola hasta extremos asfixiantes, quitando al médico una parte de su autoridad como consejero de salud del paciente, y relegándolo a informador de los datos clínicos y facilitador de sus demandas. Asimismo, el paciente dispondrá de todos los mecanismos de recurso administrativo contencioso judiciales por vía urgente para conseguir que le maten, incluso contra el parecer en contra de su médico, de otro consultor y del comité de bioética correspondiente. Y eso que estos no pueden hacer otra cosa sino cumplir esta ley. O sea, **la puerta gatera para el suicidio asistido universal**, pese a cuantos garantismos prevea el proyecto. Al final, **el médico queda reducido, formalmente, a mero espectador**, pues se prima la autonomía del paciente sobre cualquier otra consideración profesional del mismo. La ley del péndulo desde el paternalismo médico hasta que el profesional sanitario no tenga ni voto ni apenas voz.

Por supuesto, ninguna enmienda de los grupos citados se plantea que la legalización de la eutanasia violenta abiertamente lo dispuesto en el código deontológico de la Organización Médica Colegial vigente. **El desprecio de la partidocracia por las disposiciones corporativas legales en su campo de acción** legítimo no es nuevo, pero sí cada vez más descarado (véase como ejemplo cercano el desprecio continuo por el masculino genérico en el articulado y la inmensa mayoría de enmiendas, pese a la recomendación en contra de la Real Academia de la Lengua).

Y me llama nuevamente la atención de que ningún grupo haga alusión o se pregunte acerca de **la conveniencia o peligro de proporcionar a un paciente que solicita la eutanasia un medicamento letal para que se lo lleve a su domicilio sin control del uso que va a hacer de él**. Es evidente que pocos médicos han participado en las enmiendas, como lo han hecho en la ley. La vaguísima propuesta de “Ciudadanos” (enmienda 149), y la del proyecto final, es que el facultativo responsable “*mantendrá la debida tarea de observación y apoyo* [al paciente solicitante] *hasta el momento de su fallecimiento*”. Dado que el paciente es libre de autoadministrarse el combinado letal cuando quiera (ahí está la autonomía radical de la voluntad), o incluso de no hacerlo, ¿va su médico a irse a vivir a su domicilio con él para ver qué hace con la sustancia? O, si está institucionalizado, ¿algún profesional sanitario autorizado se sentará junto al paciente para comprobar que no vende, dona o administra un veneno letal a otra persona?

Ningún grupo tomó en consideración el informe que el Comité de bioética de España había confeccionado específicamente con ese fin.

Tramitación parlamentaria y votación

Finalmente, la comisión del congreso aceptó las enmiendas pactadas con los grupos que apoyaban al gobierno (lo que se llama “transacción” en lenguaje técnico), y tramitó el **texto definitivo** el 17 de diciembre de 2020, que se puede consultar aquí²¹². Básicamente corrige algunos defectos formales, precisa algunas definiciones (haciendo **más farragosa aún la definición de los padecimientos graves** que entrarían dentro del “contexto eutanásico” en el artículo 3b y 3c) y modifica algunas garantías (especificando más la de la libertad de decisión), **facilitando en general la solicitud de auxilio para morir** (por ejemplo facultando a cualquier persona o al propio médico la presentación si el paciente no puede realizarla en los artículos 5.2 y 6, o acortando los plazos burocráticos en los artículo 8 y 10). Se añade la disposición adicional primera, por la que **la muerte provocada se considerará siempre natural**, como habían pedido varios grupos. Se trata de una **injerencia intolerable en la práctica médica**, puesto que el dictamen de la causa de la muerte corresponde al facultativo, y no a la legislación. La muerte natural siempre fue producto de la evolución propia de una enfermedad letal, circunstancia que no concurre en este caso. Nuevamente la jurisprudencia *creativa* modelando el lenguaje a su antojo, como cuando el asesinato del *nasciturus* se pasó a llamar “interrupción del embarazo”. La disposición adicional quinta, por ejemplo, incluye **el derecho a pedir ayuda para morir dentro de los derechos fundamentales del ser humano**, nada menos. Una cosa que ni se cita en la Constitución española y que, de hecho, es probable que la trasgreda si se hace una interpretación leal de sus principios.

Ese mismo día, a las 12:55 horas, comenzó el debate sobre esta ley. Se puede consultar en esta dirección²¹³. La defensa de enmiendas, la presentación de posiciones, la tramitación y las diversas votaciones concluyeron a las 15:31 minutos. **2 horas y 36 minutos es lo que dedicó la llamada cámara baja (más que nunca), la decisiva, del parlamento español, a discutir y votar acerca de la eliminación de seres humanos enfermos o sufrientes** a (presunta) petición propia.

Como todas las enmiendas y propuestas llegaban ya atadas (como es habitual), los votos de cada grupo decididos (como también es habitual) y el debate se

²¹²[https://www.congreso.es/web/guest/busqueda-de-publicaciones?p_p_id=publicaciones&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&publicaciones_mode=mostrarTextoIntegro&publicaciones_legislatura=XIV&publicaciones_id_texto=\(BOCG-14-B-46-6.CODL\)](https://www.congreso.es/web/guest/busqueda-de-publicaciones?p_p_id=publicaciones&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&publicaciones_mode=mostrarTextoIntegro&publicaciones_legislatura=XIV&publicaciones_id_texto=(BOCG-14-B-46-6.CODL))

²¹³https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/DS/PL/DSCD-14-PL-72.PDF

limitó a parlamentos dedicados a los medios de comunicación y electores, y no propiamente a tratar de convencer a otros diputados (como es constante), me limitaré a entresacar las **frases más definitorias o sobresalientes de cada participante y partido**. Y a hacer breves comentarios.

Diputado Rego Candamil (**BNG**, nacionalistas marxistas gallegos):

*“Hoy damos un paso decisivo para tener una ley que regule la eutanasia, un paso que lamentablemente se ha hecho esperar demasiado tiempo, provocando un sufrimiento innecesario, porque hay que recordar que detrás de este texto hay décadas de lucha por la dignidad humana también en el momento final [...] El BNG presentó diversas enmiendas con el objetivo de [...] que ningún organismo tuviera la última palabra sobre si la persona reúne o no las condiciones para poder ejercer ese derecho, que **entendemos que es personal e intransferible** [...] Presentamos enmiendas también para que [...] **ningún profesional pueda negarse a ello alegando objeción de conciencia**. Y también para garantizar este derecho con carácter universal, sin excluir a nadie: inmigrantes en situación irregular, pensionistas residentes en otros países, trabajadores transfronterizos, etcétera.”*

Posicionamiento de **autonomismo volitivo radical** que ya hemos comentado anteriormente. **El profesional médico es completamente degradado**: no solo no tiene nada que decir sobre la solicitud de auxilio a la muerte, sino que tampoco puede negarse a matar a quien se lo solicita. Es más, siguiendo la lógica de BNG, ni hace falta un médico para esto. Un matarife bien entrenado bastaría para conseguir la “muerte sin sufrimiento”.

D. Errejón Galván (**Más País**, socialistas marxistas):

*“Hoy es un día para estar profundamente orgullosos de ser españoles, y algunos de los que nombran permanentemente nuestro país hoy están enfurruñados, hoy precisamente, en que ser españoles es **sinónimo de avances sociales y de avances en libertad** [...] Primero dicen que es una barbaridad y no se puede hacer, después se aprueba, después lo usan y después ustedes nos quieren convencer de que siempre estuvieron a favor, y entonces es cuando nosotros vamos por más.”*

La libertad de morir antes de tiempo. Cada uno se define por sí mismos. Sus acusaciones a los liberales son, no obstante, ciertas en su mayor parte.

D. Miquel i Valentí (**JxCat**, nacionalistas catalanes liberal-progresistas):

“No hemos escuchado a lo largo de todo este proceso por parte de aquellos que son contrarios a esta iniciativa argumentos médicos o científicos en contra de la ley. Hemos hablado mucho de moral y de fe, y la moral y la fe, señorías, son

cosas a defender, son cosas a defender hasta el final, pero nunca son cosas a imponer. No es una buena idea imponer la moral y la fe a los ciudadanos, por lo menos, no lo es en una democracia, no lo es en una sociedad avanzada y no lo es en un Estado aconfesional. Creo firmemente que la moral y la fe de unos cuantos, aunque estos cuantos sean mayoría, no se pueden imponer al resto [...] Termino, presidenta, con el agradecimiento a todos aquellos que han hecho que esta ley llegue hoy aquí; más allá de los grupos parlamentarios, a la gente que, desde la calle, lleva décadas y décadas luchando para que esto sea una realidad. Estoy pensando, sobre todo, en la gente de DMD [Derecho a morir dignamente, una asociación eutanasista] de Catalunya”.

Llama la atención que el único que habla de fe y moral, sea para criticar la de los demás, y repetir el **mantra liberal** de que la moral no se puede imponer, **mientras las ideologías a-morales se imponen continuamente desde los parlamentos como este**. Por cierto, que su alegato confirma que un estado confesional es la única forma de evitar que grupos de presión como DMD, del cual este diputado es portavoz, puedan imponer sus tesis eugenistas sobre una mínima noción de bien, y sobre todo de muerte digna: la que proviene de una vida digna, no la de una ejecución.

D. Aguirretxea Aurresti (PNV, nacionalistas vascos liberales de todas las tendencias):

“tenemos la obligación de legislar más allá del código ético de cada uno, dando cobertura legal a quien por su forma de entender la vida y la muerte no piensa igual [...] la regulación legal de la eutanasia ha provocado discusión tanto por la delimitación de los posibles escenarios para su práctica como por las obligaciones que inevitablemente conllevará para los y las profesionales de la salud por el temor a que frene un desarrollo de los cuidados paliativos, en especial en algunos grupos frágiles con grave riesgo de exclusión social [...] Y nosotros, como Partido Nacionalista Vasco, como responsables políticos y también representantes de un partido democrático, plural, participativo, aconfesional y humanista, abierto al progreso y a todos los movimientos de avance en la calidad de la vida [...] Seamos empáticos, seamos misericordiosos, seamos compasivos con el sufrimiento y el dolor.”

El PNV, ex-partido jesuítico, incidió en remarcar en la ley que se garantizaran los cuidados paliativos, asunto loable, y evitó hablar de autonomía de la voluntad, centrándose en la compasión hacia el que sufre. Ciertamente, hay que compadecer al que sufre, aliviando su sufrimiento, y no dejando en manos de un médico su ejecución. Por cierto, me llama la atención la **enorme comprensión** que tienen todos los grupos proeutanasia hacia lo que decida el

paciente con plena libertad (*porque su forma de entender la vida y la muerte no sea igual*), pero **únicamente en el sentido de acabar con su vida antes de tiempo, nunca para pedir que se la prolonguen más de lo razonable** (o sea, según algunos, prolongar su sufrimiento). Pese a que la *lex artis* médica considere igual de ilícito el encarnizamiento terapéutico que la eutanasia. Seguro que no tiene nada que ver con que la primera opción sea mucho más barata que la segunda.

Da. Valluguera Balañà (ERC):

“Somos dueños de nuestras vidas y también lo debemos ser de nuestras muertes. Nadie tiene derecho a decirnos cómo debemos morir, igual que nadie lo tiene a decirnos cómo debemos vivir. Hasta ahora, las leyes de este Estado condenaban a vivir a las personas que padecían un sufrimiento inhumano, insoportable e irreversible y, por suerte, esto está a punto de terminar [...] castigando con pena de prisión a quienes en un acto de compasión y de amor ayudaban a morir a una persona cuando esta lo había pedido libremente porque estaba sometida a un sufrimiento insoportable e irreversible [...] quiero volver a reivindicar el gran trabajo de la associació Dret a Morir Dignament de Catalunya”.

No hay mucho más que añadir a lo dicho por esta defensora desbocada del autonomismo volitivo radical. Llama amor y compasión matar alguien, cuando el “sufrimiento inhumano” es imposible de catalogar razonablemente. Señora diputada, **¿cómo puede pedir libremente morir alguien que está sometida a un “sufrimiento insoportable”?** ¿Dónde está la libertad en esas circunstancias? ¿De verdad que se ha hecho todo por aliviar ese sufrimiento? Médicamente lo dudo, espiritualmente estoy seguro de que no. Por cierto, otro peón confeso de los *lobbies* eutanasistas.

D. Echániz Salgado (PP):

“Estamos aquí para tratar una ley vital, orgánica, que afecta a derechos fundamentales y que ha sido tramitada como proposición de ley, no como proyecto de ley, y por tanto sin un solo informe esencial del Consejo de Estado y del Consejo Español de Bioética —creado en 2007 precisamente para estos casos—, sin informes técnicos ni jurídicos ni médicos ni bioéticos, sin audiencia pública, sin demanda social alguna salvo la del lobby de la eutanasia, sin ningún estudio demoscópico público, reciente, serio e informado, con las preguntas reales y adecuadas y sin permitir comparecencias de expertos de todo tipo. Por qué, si en los pocos países que lo han experimentado esta experiencia ha sido muy negativa; si se han difuminado los límites; si se han regateado las garantías legales y se ha situado fuera de control; si se ha pasado

de los terminales a los crónicos, de los enfermos físicos y los discapacitados e imposibilitados a los enfermos mentales, de la voluntaria a la involuntaria, incluso a niños, por ejemplo, con espina bífida, que en España se operan con éxito. Por qué, si es una ley contra la que están la doctrina del Tribunal Supremo y la doctrina del Tribunal de Derechos Humanos, el Consejo de Europa, las Naciones Unidas, la Asociación Médica Mundial, la Organización Médica Colegial y la de enfermería, el Comité Español de Bioética —creado por ustedes, señorías—, que lo ha dictaminado por unanimidad, todas las confesiones religiosas —católicas, cristianas, judías, musulmanas, budistas, todas—, las asociaciones de pacientes, las sociedades científicas, la Asociación Española de Derecho Sanitario, los catedráticos y profesores de Derecho Constitucional y los académicos de legislación y jurisprudencia —160 expertos que han dicho que es inconstitucional [...] Ustedes han tenido, señorías, miedo a un debate serio, a un debate sereno, a un debate responsable con la sociedad contra la que quieren legislar de esta manera. Por eso, señorías, es más importante que nunca decir alto y claro a la sociedad española que hay una alternativa a esta ley injusta con los más vulnerables [...] Señorías, frente a la eutanasia y al suicidio asistido, defendemos los cuidados paliativos, el tratamiento profundo del dolor, la sedación paliativa, el testamento vital [...] Señorías, sin universalizar los cuidados paliativos no hay posibilidad de elección, no hay libertad de elección, solo se ofrece la puerta de la eutanasia. Nuestra alternativa tiene razones sanitarias, éticas, legales, económicas y sociales. Está basada en la evidencia científica y se fundamenta en diferenciar entre morir y ser muerto, porque la muerte no es, créanme, una terapia. Nuestra alternativa es la medicina avanzada al final de la vida, que busca aliviar el sufrimiento, eliminar el dolor y el resto de los síntomas físicos, psíquicos y buscar la confianza de la relación médico-paciente y no lo contrario [...] El valor moral y social de una sociedad se mide por cómo trata a sus enfermos y a las personas más necesitadas y desvalidas; la manera en la que los protege y los cuida es el exponente de su grado de civilización [...] Una derrota para todos, un fracaso de nuestro sistema sanitario y de nuestra sociedad. La respuesta a la que estamos llamados es no abandonar nunca a los que sufren, no rendirse y dar cuidados, compañía, consuelo, amor y esperanza”.

Es un **buen resumen de muchas de las objeciones** que se puede hacer a este proyecto de ley, y una puesta en positivo del verdadero auxilio a los que sufren. No obstante, no va al fondo de la cuestión, el de la falsedad de la autonomía de la voluntad y la verdad de la sacralidad de la vida, reincidiendo en el error democratista de que **la mayoría (tan fácilmente manipulable hoy en día) puede decidir qué es lo correcto sobre asuntos de bienes morales fundamentales.**

D. García Adanero (**Unión del Pueblo Navarro**, liberal-conservadores regionalistas navarros):

*“preferir la muerte a la vida no puede dejar satisfecho a nadie y no deja de ser un fracaso de la sociedad en su conjunto. Por lo tanto, disfruten del momento, pero yo creo que en el fondo saben que es un fracaso de la sociedad. Este no es un problema de libertad y derechos, como decía el señor Errejón; si fuera así, si fuera ampliar unos derechos y unas libertades que se entiende que hay que ampliar, valdría con un artículo, es decir, artículo 1: **todos los mayores de dieciocho años en España tienen derecho a acabar con su vida cuando estimen conveniente y precisar la ayuda médica si fuera necesario por parte de la Administración** [...] Es mucho más sencillo decir que acabamos con la vida, que poner en todos los centros hospitalarios de España los cuidados paliativos necesarios para mitigar el dolor de las personas que están enfermas [...] ¿Cuántos casos hay de personas que han pedido la dependencia y que llevan años sin que nadie les reciba, sin que nadie les atienda? Es que eso cuesta dinero y esto no cuesta dinero, es mucho más sencillo”.*

La retórica del señor García Adanero no es la más pulida, y sin embargo pone el dedo en la llaga con dos argumentos: primero **desenmascarando la falsedad del principio de autonomía de la voluntad**, ya que su aplicación genuina, como bien dice el diputado navarro, haría innecesaria toda la ley, que quedaría reducida al único artículo de que **cualquier mayor de edad que solicite auxilio a la administración para matarse, tiene derecho a recibirlo**. El segundo, que detrás de todas las loas a la libertad y los derechos se esconde el **argumento economicista de que es más barato matar al que sufre que atenderle debidamente**, y por muchas garantías que establezca la ley, y esto lo afirmo yo, a medio plazo la eutanasia se ofrecerá regularmente como primera solución a los pacientes desahuciados.

D. Botran Pahissa (**CUP**, nacionalistas pancatalanistas marxistas):

“Estamos satisfechos de que se apruebe esta ley, pero aun así queda camino, y así lo han señalado las enmiendas que se mantienen vivas. Queda camino en cuanto al control previo, queda camino en cuanto a considerar las enfermedades mentales como una hipótesis para pedir el suicidio asistido, queda camino en cuanto al cansancio vital como una de las condiciones y queda camino también por el hecho de que, aunque hoy se apruebe esta ley, sabemos que luego la aplicación cuenta con presiones contrarias. Sin ir más lejos, la tarea de asesoramiento que están dando entidades como Derecho a Morir Dignamente, Dret a Morir Dignament”.

Este diputado **no aporta argumento nuevo con respecto a otros partidos nacionalistas catalanes** (sean liberales o marxistas), y solo lamenta que no haya más motivos legales para pedir el auxilio al suicidio, como ese peculiar “*cansancio vital*”, que nos lleva nuevamente a considerar la contradicción de una ley que quiere poner límites a lo que se supone que es un derecho de todo mayor de edad. Al menos no dice nada de limitar el derecho a objeción de conciencia de los médicos devenidos en matarifes. Otro partido que reconoce su vinculación con la asociación eugenésista DMD, ya van tres; mas los que no lo hayan reconocido abiertamente.

D. Ruiz de Pinedo Undiano (**Bildu**):

*“Aprobar esta ley hoy es una obligación social urgente que se debería haber realizado hace ya muchos años [...] También tengo que decir que esta propuesta nos llega con limitaciones, aunque en el debate se han mejorado muchos aspectos [...] a nuestro entender, esta ley debería haber recogido la **despenalización completa del auxilio al suicidio asistido**, debería haberse eliminado el delito de cooperación al suicidio [...] echamos en falta la **carencia de reconocimiento de la soberanía de la persona sobre su vida**. La justificación de la asistencia médica a morir **no debe estar basada únicamente en la compasión**, aunque sea este y un elemento de empatía importante y necesario. El reconocimiento de este derecho debe fundamentarse en la consideración de que **la vida impuesta contra la voluntad de su titular no puede merecer el calificativo de bien jurídico protegido** [...] sus recusaciones, que no reparos o críticas, están basadas en argumentos irracionales y en una estrategia manipuladora con el objetivo de desorientar, crear alarmismos falsos, achacando a esta ley unas consecuencias que son inventadas y falsas, y eso porque no disponen de argumentos basados en hechos reales. Es la misma táctica que ya han usado antes oponiéndose a la legalización del divorcio, del aborto o del matrimonio entre personas del mismo sexo. Siempre ha sido, es y será la misma historia. Estén seguros de que la ley va a contribuir a dejar atrás **concepciones del mundo ancladas en viejos e inútiles dogmas que impiden a las personas ser soberanas de sus propias vidas**.”*

Como se ve, todos los partidos marxistas emplean el **mismo argumento libertariano de la autodeterminación de la voluntad** (aquí le llama soberanía sobre la propia vida). Todos piden ampliar más o menos la posibilidad de recibir ayuda para suicidarse (recordemos que ninguna ley prohíbe quitarse la propia vida), pero ninguno pretende desarrollarla hasta su punto coherente: que el estado me ayude a matarme cuando yo lo quiera sin más discusión. La soberanía para exigir al estado la prolongación de la propia vida más allá de su punto natural, no aparece por ninguna parte.

Da. Arrimadas García (**Ciudadanos**, liberales libertarios):

*“Reconozco que para mí es **emocionante participar en este debate** y que es un honor ser diputada en el Congreso los Diputados porque, entre tanta pelea estéril que no lleva en ningún caso a nada, yo creo que hoy podemos centrarnos en algo que **sí que une a una mayoría de españoles y que sí que nos hace avanzar en nuestra libertad**. A nadie le va a sorprender que un partido liberal esté a favor de la libertad, esté a favor de la dignidad y que, por tanto, por supuesto estemos a favor de regular la eutanasia, pero a nadie le va a sorprender tampoco que un partido responsable y sensato haya trabajado para que la regulación de la eutanasia en nuestro país sea a través de un modelo y de un procedimiento garantista. Hoy no hablamos de imponer creencias ni de imponer decisiones; hoy hablamos de que cada uno respete las decisiones y las creencias individuales, así como del derecho a poder vivir nuestras vidas hasta el último momento de nuestras vidas o **del derecho a poner fin a nuestra vida según nuestras propias convicciones individuales**. No podemos mirar hacia otro lado, porque en nuestro país y en todo el mundo hay personas que llevan años padeciendo una enfermedad y un sufrimiento absolutamente intolerables y que les produce un menoscabo irreversible de su vida [...] No nos sorprende que los conservadores o los ultraconservadores no estén de acuerdo, ya que no estuvieron de acuerdo con el aborto, no estuvieron de acuerdo con el matrimonio igualitario y no están de acuerdo, ni lo estuvieron, con que los homosexuales pudieran adoptar hijos. No me sorprende que hoy no estén de acuerdo, pero solo les pido respeto y que no caricaturicen lo que estamos haciendo, porque **está de acuerdo más del 80 % de la sociedad española**.”*

Como se ve, el cóctel de tópicos habitual: cuando alguien sufre de forma “intolerable” hay que respetar su voluntad de matarse. Pero nadie dice que esta ley implica que el estado facilite medios y personas para ese propósito, con lo cual **la libertad de cada uno interfiere con la libertad de otros, y la libertad de todos**. Asimismo, el democratismo de “lo que quiere una mayoría”, mayoría no formada en asuntos de cuidados paliativos, y basándose en encuestas privadas (no auditadas externamente), y no en un plebiscito formal, que jamás se ha realizado.

Da. Medel Pérez (**Podemos**, socialistas de diversas tendencias y algunos socialdemócratas):

*“El derecho a una muerte digna siempre ha existido. **Tiene derecho a una muerte digna quien puede pagarla**. Los que tienen dinero acceden con facilidad a médicos privados que les hacen el favor. Todos lo sabemos. ¿Quién con dinero no tiene un amigo médico de confianza al que decirle: oye, por favor,*

que mi padre o mi madre está en esta situación? ¿Quién no lo tiene? Van a clínicas privadas donde se lo hacen o, sencillamente, hasta pueden viajar a Suiza y pagar el derecho a una muerte digna. Las señorías del PP, de VOX y sus familiares recurrirán a cualquier medio o, al menos, dispondrán de cualquier medio para morir dignamente. Si deciden no hacerlo por sus creencias —o por cualquier motivo— y quieren sufrir esa agonía, lo harán en uso de su libertad personal, por ejercicio de su voluntad, y me parece bien. El problema es que niegan esa libertad y ese ejercicio de la voluntad a los que no tienen dinero o a los que no piensan como ellos. Las señorías del PP y de VOX no quieren que cualquiera, salvo ellos y aquellos a quienes representan, tengan derechos [...] A la pregunta realizada por Metroscopia en 2019: ¿Cree usted que un enfermo incurable tiene derecho a pedir a los médicos que le proporcionen algún producto para poner fin a su vida sin dolor?, el 87 % de los encuestados respondió que sí. Quiero darle la enhorabuena a toda la buena gente”.

No transcribo más, porque esta es suficiente prueba de la **mala educación y la miseria moral** de esta diputada, y de sus compañeros, ya que aplaudieron su intervención. Es bien sabido que la demagogia y la calumnia son armas aceptables para el poscomunismo, como lo fueron para el comunismo clásico, del que son aprendices. Eso sí, es interesante remarcar el **desprecio que hace a la medicina** en su conjunto. Por lo visto, para esta señora, **lo único que puede hacer la medicina del siglo XXI por los que sufren dolor o enfermedad incurable es matarlos. Nada más lejos de la realidad, el control de síntomas refractarios es mejor hoy en día de lo que jamás ha sido.** Como guinda, una encuesta manipulada en la que se liga al encuestado, de forma completamente alejada de la realidad, el concepto de morir sin dolor a que le maten a uno antes de tiempo, como si esto fuese la Edad de Piedra.

Da. Méndez Monasterio (**Vox**, liberal conservadores, demócrata cristianos, nacionalistas españoles):

“Es un honor para mí comparecer, en nombre de mi grupo parlamentario, para defender la vida, el más excelso de los bienes del hombre [...] Hoy, aplaudirán y se reirán, al tiempo que firman sentencias de muerte para los más débiles; sentencias de muerte que, quizá, abarquen algún día a alguno de ustedes, cuando se encuentre solo, sufriendo, sin una mano que apretar y sin un Estado que le proteja cuando sufra y que tan solo desee su muerte. Hoy, levantarán su copa, señorías, por su conquista, por haber quebrantado el fundamento principal y la esencia del orden social y democrático: el derecho a la vida. Hoy lo deben celebrar, según ustedes, todos los enfermos crónicos, graves e imposibilitados, y que tienen un dolor insoportable, porque, aunque

no han conseguido que se materialice el derecho a que les cuiden, a que palién su dolor, a humanizar el momento de su muerte, este Gobierno ha conseguido el derecho a que el Estado los mate. Es más fácil, es más cómodo y, además, es mucho más económico. Hoy es un día para celebrar; es su derecho y, además, dirán que han muerto de muerte natural [...] Cuando a un enfermo se le cuida y se le acompaña ninguno quiere morir, pero ustedes solo le ofrecerán la muerte. Si lo que dicen fuera verdad, señorías, hubieran utilizado la fórmula de la despenalización cuando quisieran eliminar al enfermo antes que su dolor, pero, nunca, nunca se hubiera configurado como un derecho obligando al Estado a matar. Lo justifican diciendo que el enfermo debe ser libre y decidir su propia muerte. Y mienten, siguen mintiendo, porque solo será el enfermo que ustedes señalen: el más débil y vulnerable, el que no puede defender por sí solo sus derechos, el que padece dolor o se considera una carga, el que se sentirá coaccionado para emitir su consentimiento. Es el mayor ataque a las personas con discapacidad que hubiéramos podido imaginar. Se les lanza el mensaje de que no es bueno que existan, que su pésima calidad de vida hace que su vida no sea digna de ser vivida. ¿Les suena? Y todo el sistema les presionará para que pidan morir; precisamente a esas personas a la que el Estado más debiera proteger. Y mienten porque lo extienden a las personas imposibilitadas e incapaces [...] lo que esta ley produce es la destrucción de las bases y fundamentos de una sociedad que precisó incluir en las constituciones el derecho a la vida, después de los desmanes ocurridos en el siglo XX por los regímenes nacionalsocialista y comunista [...] Pero, ustedes, ustedes, como ellos, llevan en la sangre el materialismo y el nihilismo, y cuando alguien no les sirve, deciden que su vida no es digna y debe morir. Se legaliza el homicidio de personas incapaces, porque es una ley radical eugenésica y criminal [...] Esta ley traerá consecuencias aterradoras, quebrará la necesaria confianza entre el médico y el enfermo, deteriorará las relaciones sociales y familiares hasta el punto de que tu hijo se puede convertir en tu amenaza. Es un ataque a nuestro sistema asistencial, es una tragedia para España y para los españoles [...] cuando el mundo celebra el nacimiento del hijo de Dios, ustedes eligen este preciso momento para lanzar un mensaje inequívoco e implacable: la destrucción de nuestra cultura, cultura que tiene raíces cristianas, la que más progreso ha traído a la humanidad en la historia, para sustituirla por la cultura de la muerte, y lo hacen de una forma totalitaria, sin debate social alguno porque saben que no lo resiste y que no están legitimados para ello. Mientras exista la obligación del Estado de proteger la vida, no cabe defender el deber contrario [...] Los cincuenta y dos diputados de VOX recurriremos esta barbarie al Tribunal Constitucional porque es una ley contraria a su doctrina actual [...]

*Frente a su cultura de la muerte, señorías, frente a esta **agenda globalista que desprecia la dignidad de toda vida**, siempre encontrarán nuestro firme compromiso con los más débiles. Y porque amamos la libertad y la dignidad, derogaremos esta ley inicua, no les quepa la más mínima duda [...] Señorías, esto no es un tema de fe, estos argumentos que ustedes dicen repugnan a la razón; repugnan a la razón.”*

Dejando de lado el lenguaje exaltado y beligerante (también hace alusiones personales que mejor se hubiese ahorrado), esta diputada es **la única que plantea toda una lista de riesgos reales que puede producir la ley de eutanasia**. Algunos más o menos posibles, pero otros (como la amenaza a la confianza de la relación médico-paciente, o la coacción a los más desvalidos para que por el bien social soliciten la muerte si sufren) bien reales, como se ha demostrado en lo ocurrido en otros países donde se ha legalizado la eutanasia. La única también que defiende abiertamente la cultura cristiana, basada en la sacralidad de la vida y el cuidado al más vulnerable, desde la tribuna del congreso de los diputados.

Da. Carcedo Roces (PSOE):

*“Hoy es un día muy importante para las personas que sufren, que sufrieron o para los familiares que **padecieron impotentemente como una gran frustración el dolor de sus familiares**. Eso es lo que vamos a aprobar en el día de hoy [...] es una ley cuya demanda de regulación respaldaron con su firma y su DNI un millón de personas recientemente [...] La segunda razón, también segunda gran evidencia, es que es una ley que piensa en la condición humana, porque la condición humana es vida, pero también es enfermedad, es padecimiento y es muerte. Por eso esta ley piensa en esa circunstancia y en esa condición humana. Por esa misma razón nadie puede obligar a otra persona a alargar la vida con sufrimiento [...] Esta ley regula las condiciones y los procedimientos por los que se puede acceder a esta solicitud de ayuda para morir [...] En los discursos que aquí hemos oído parece que el Estado impone, que el Estado obliga; no, es la persona. Cómo les cuesta tanto digerir una ley, una Ley de autonomía del paciente —señora Pastor, se lo tengo que reconocer— que expone con claridad y con rotundidad que **es la persona la que decide, que es el paciente el que decide, y aquí se ratifica eso y se le da esa forma para una situación de sufrimiento extremo** [...] también quiero citar a la Asociación Derecho a Morir Dignamente, porque siempre fue la voz amiga que estaba ahí escuchando estas insatisfacciones.”*

La portavoz del socialdemócrata y liberal progresista PSOE, aunque cita la autonomía del paciente (que nadie ha puesto en duda), **evita el argumento**

libertario de la autonomía volitiva, y se centra más en el argumento compasivo del sufrimiento extremo. Resulta sumamente revelador que aluda al padecimiento de los familiares de los que solicitaron la eutanasia, porque es más que probable que esa fuera una de las causas de la solicitud: **las personas normales cuando su enfermedad no tiene remedio, prefieren morir que ver sufrir por ellos a sus seres queridos.** Por supuesto, los eutanasistas no se plantean **si ese sufrimiento se podría haber aliviado de otra manera.** No, **la muerte es siempre la respuesta.**

Por cierto, cuarto partido (y este es el más votado) que reconoce abiertamente en la cámara el **asesoramiento y colaboración recibido de DMD.**

La breve intervención posterior del entonces ministro de Sanidad, Salvador Illa (PSOE), no aporta nada relevante o diferente a lo que ya hace el preámbulo de la ley.

Posteriormente se pasó a votar las enmiendas y tras una hora y cuarto para comer, se finiquitó la tramitación de la ley aprobándola con 198 votos a favor, 138 en contra y 2 abstenciones. **Apenas en medio día se liquidó la tramitación del estado cooperando legalmente con la muerte anticipada.** Otro atentado legal al derecho a la vida.

El proyecto fue aprobado en el senado²¹⁴ (la cámara parlamentaria más inútil de la historia), como era esperable, el día 10 de marzo, y la previsión es que la ley entre en vigor unos meses después de su aprobación, esto es, debería estar a punto a lo largo de la primavera que va a comenzar.

²¹⁴ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=40037>

La ley española de suicidio asistido y eutanasia (y IV). Conclusiones²¹⁵



Luis I. Amorós, el 16.03.21

— Críticas principales a la ley de suicidio asistido y eutanasia

Esta serie de artículos²¹⁶ se ha hecho ya muy larga, debido a la amplitud del tema y la abundante consulta legislativa y bioética que merece para poder hablar con propiedad. A modo de resumen, recapitularé cuáles son los aspectos más relevantes que considero en la eutanasia en general y en esta ley en particular, con mi comentario al respecto. Probablemente no añadiré nada nuevo, limitándome a resumir lo ya expuesto previamente.

1) El proyecto de ley **elimina el tradicional concepto de eutanasia pasiva**, por el cual se “dejaba morir” a un enfermo terminal (previsto que muriera en horas o días) suspendiendo todo tratamiento que precisara, no solo los experimentales

²¹⁵ <https://www.infocatolica.com/blog/matermagistra.php/2103160924-la-ley-espanola-de-suicidio-a>

²¹⁶ <https://www.infocatolica.com/blog/matermagistra.php/la+ley+espa%F1ola+de+suicidio+asistido+y+eutanasia>:

o los que no fuesen a mejorar su pronóstico (eso sería simplemente aplicar el principio hipocrático del “*primum non nocere*”, lo primero no hacer daño al enfermo), sino incluso los seguros y probados, que carecen de efectos adversos (pongamos por caso un antiácido para la acidez de estómago, o un antibiótico para una otitis). Pero además de considerar la eutanasia pasiva buena práctica médica (que no lo es), **incluye en ella la oxigenación, la hidratación y la nutrición**, es decir, los soportes vitales básicos que no se niegan a nadie. Esta ley parte de la base de que **abandonar a un paciente moribundo por completo es “buena práctica”**. Esto ya es una inmoralidad en sí.

2) La demanda social a la que aluden los defensores de la eutanasia y que el proyecto de ley evoca, se asienta en dos pilares: **casos mediáticos**, en su totalidad protagonizados por personas enfermas crónicas pero no moribundas, es decir, solicitantes de auxilio al suicidio, pero no la eutanasia, y que son numéricamente tan excepcionales que en no pueden reflejar una demanda social; y por **encuestas manipuladas**, como la que se cita en la sesión parlamentaria, en la que se liga, de forma completamente falsa, el asesinato de moribundos con morir sin dolor. Como han reconocido abiertamente hasta cuatro partidos con representación parlamentaria, este tipo de campañas de propaganda llevan siendo usadas desde hace mucho por los grupos de presión eutanásistas como “Derecho a Morir [in]Dignamente” para **sembrar el miedo entre la población** a las enfermedades crónicas o incurables (y que es el verdadero motor que mueve al millón de firmas que han solicitado esta ley ante el Congreso). La realidad de la atención a los enfermos crónicos o de los cuidados a los pacientes moribundos es otra muy distinta, pero **se ha silenciado por completo la opinión de los agentes cualificados**, como la Organización Médica Colegial, la Asociación Médica Mundial o la Sociedad española de Cuidados Paliativos, todos ellos opuestos a la eutanasia, y mucho más a la asistencia al suicidio.

3) El proyecto de ley **mezcla dos conceptos distintos**: la **eutanasia**, acción de adelantar de algún modo el momento natural de una muerte que el conocimiento médico actual considera inevitable y próxima en un enfermo; y el **auxilio al suicidio**, es decir, la cooperación con una persona que, sin perspectiva de fallecimiento próxima, desea morir y no puede o quiere hacerlo por sí mismo, reclamando al estado que le ayude. Más allá de la participación de terceros en esa muerte provocada, ambos son diferentes: la atención (y el homicidio) al paciente terminal o agonizante es un **aspecto fundamental de la práctica médica**, mientras que ayudar a morir a personas que lo piden voluntariamente **no es competencia del médico** (no más que la de preparar una inyección letal para un condenado a muerte). En el primer caso se pide del

médico un acto éticamente reprochable, en el que asume una gran responsabilidad profesional como asesor cualificado. En el segundo, nada se pide de él más que su capacidad técnica para preparar y administrar un veneno eficaz, rápido e indoloro. La diferencia cualitativa entre ambos desde el punto de vista ético es muy grande. No obstante, el proyecto de ley procura **confundirlos** presentando un sólo curso de acción, como si fuesen similares. El objetivo es lograr introducir legal y socialmente el concepto de “**vidas humanas de poca calidad**”, para facilitar en un futuro su eliminación, una tendencia eugenésica del **transhumanismo que el Nuevo Orden Mundial está impulsando**.

4) Para afirmar esta confusión entre eutanasia y suicidio asistido, se establece el llamado “**contexto eutanásico**”, que ampararía la aplicación de esta ley, definido como “situación de enfermedad grave e incurable, o de una enfermedad grave, crónica e invalidante, padeciendo un sufrimiento insoportable”, en resumen, toda enfermedad grave, incurable, crónica o incapacitante, que genere en el paciente un sufrimiento insoportable. Como se ve, **el catálogo de enfermedades crónicas o incurables es amplísimo** (esto incluye la diabetes o la hipertensión esencial, que son incurables, o el infarto de miocardio, que es grave), y que obviamente **no son en absoluto sinónimas de muerte próxima**, de modo que la ley acoja cómodamente a **cualquier enfermo crónico con intenciones suicidas**. Mientras el ciudadano medio piensa en una persona moribunda en un hospital al evocar esta ley, la realidad es que prácticamente cualquier enfermo grave puede ser afectado por ella.

5) La clave para la interpretación del contexto eutanásico es, en realidad, el **sufrimiento insoportable**. A diferencia de los padecimientos físicos (dolor, incomodidad, impotencia funcional) **no existe herramienta científica alguna para valorar objetivamente el sufrimiento**. El sufrimiento psíquico (angustia, miedo) o el espiritual (sentido de la vida y de la propia existencia) pueden ser expresados, pero únicamente el sujeto puede valorar su “insoportabilidad”. Por tanto, es **un parámetro completamente subjetivo**, y es falaz que la ley pretenda vestirlo de asepsia médica al dejar su peritación en manos de un facultativo que no está capacitado para hacerla. Esa evaluación la realiza únicamente el paciente, de modo que la ley deja finalmente la **decisión última de la muerte provocada en manos de la autonomía de la voluntad** (un clásico principio liberal radical). Al igual que el célebre “sufrimiento psíquico para la madre” de la primera despenalización del aborto, todas las valoraciones médicas y jurídicas que enumera la ley no son más que **garantismos formales que no tienen valor ante una decisión de la voluntad**. Es la voluntad la que decide si hay sufrimiento, y lo insoportable que es, y es el sufrimiento

insoportable el que define el contexto eutanásico, y por tanto la ejecución o auxilio al suicidio. El suicidio asistido/homicidio por compasión es, en realidad, **libre** (y su única limitación, el grado de obstáculos burocráticos).

6) El proyecto de ley evoca una serie de principios constitucionales para apoyar la ley: los derechos a la vida, la libertad, la dignidad, la intimidad (pero no el de la salud)... todos ellos ceden ante el principio de la autonomía de la voluntad, que **no está recogido en la constitución**. Por tanto, la ley puede ser perfectamente **impugnada de inconstitucionalidad**.

7) El proyecto de ley inaugura un “nuevo derecho”, **el derecho a la eutanasia**, basado enteramente en una decisión de adelantar la propia muerte tomada con pleno conocimiento, reflexión y libre de coacciones externas. Este nuevo “derecho” recuerda al del aborto (asesinato del propio feto) o el del divorcio (fracaso del proyecto matrimonial), es decir, **males convertidos en bienes legales por una filosofía jurídica rabiosamente libertaria, antisocial e individualista**, e introducidos en las últimas dos décadas. En los dos casos precedentes se comenzó despenalizando o permitiendo excepciones, para en años posteriores emitir leyes positivas para el exterminio de hijos o la destrucción de matrimonios sin aducir razón o excusa alguna, sino simplemente la voluntad individual. A no dudar ni tardar, esto será lo que suceda posteriormente con la eutanasia.

8) El ser humano **no puede disponer de su propia vida como si fuese una propiedad**. No es propiedad puesto que ni la adquirimos, ni la heredamos, ni la podemos vender o donar, sino que nos es regalada por nuestros progenitores, que a su vez la recibieron de los suyos en una cadena sin fin. Por tanto, la disposición libre de la propia vida es una falacia jurídica. La muerte no es un bien alternativo a la vida, sino **su negación. La vida es generadora de todos los derechos y su ausencia de ninguno**. Asimismo, no entra entro de nuestra capacidad elegir si vivimos o morimos, puesto que **todos hemos de morir**. Nuestra única “libertad” es **adelantar el momento de nuestra muerte**. Todas estas restricciones impiden hablar cabalmente de un “derecho a la eutanasia”. Matarse antes de tiempo es un hecho (desgraciado), no un derecho. Cabe recordar además que la libertad no sólo es la capacidad de elegir sin coacción (libertad negativa), sino además **hacerlo por el bien mayor entre dos bienes o el mal menor entre dos males** (libertad positiva). No existe bien alguno en la muerte (la muerte elimina a la persona y al propio concepto de bien o mal), por tanto nunca se puede elegir legítimamente como un bien (es decir, que no es un derecho, jurídicamente el ejercicio de un bien). Elegirlo como mal menor, asimismo, **no se puede justificar salvo que otra vida estuviese en juego** (situación francamente hipotética), que no es el caso.

9) Por si todo lo anterior no fuese suficiente, el pretendido principio de la elección libre de la voluntad, sin coacción externa alguna, resulta completamente insuficiente, cuando el **sufrimiento insoportable que condiciona la aplicación de la ley, por si mismo, es una poderosa coacción interna**. Quien sufre, no elige libremente, Y como bien señala el informe del CBE, la mera legalización de la muerte provocada desencadenaría una **situación social y legal que coaccionaría en mayor medida a los futuros sufrientes**: la posibilidad de la muerte provocada como alternativa al cuidado hasta el final natural sería presentada al enfermo grave o terminal como algo admisible, y que evitaría el sufrimiento de los cuidadores, así como el tiempo y recursos dedicados a él.

10) La regulación de este supuesto derecho basado en la suprema autonomía de la voluntad libre del individuo descansa sobre una **absoluta falacia**. En la **legislación española no está prohibido suicidarse**, por tanto, esta ley no sería necesaria si no exigiese el concurso de dos agentes más: **un profesional** que certifique que la petición de muerte adelantada entra dentro de lo que contempla la ley y, sobre todo, **que proporcione esa muerte**; y **un estado que garantice esa prestación**. El profesional debe ser sanitario para realizarla la muerte con las garantías técnicas requeridas, pero la ley **ignora por completo la *lex artis* de ese profesional**, que por su código deontológico tiene prohibida la eutanasia, **así como su propia vocación**, pues ha sido formado para combatir la muerte, no para traerla. La regulación a la objeción de conciencia (que algunos partidos que han apoyado esta ley piden suprimir) no contempla ni de lejos la complejidad de este factor. Por su parte, el estado representa a todos los ciudadanos, y **todos aquellos que estamos en contra de la eutanasia por tratarse de un homicidio, venimos obligados** con nuestros impuestos y consentimiento implícito en el texto legal, **a apoyarla**.

11) Un aspecto muy importante de la ley, que basa toda su aplicación en la autonomía de la voluntad, es el cuidado que **pone en interpretarla cuando esta no puede ser expresada**. Dado que el principio es que nadie puede valorar lo insoportable del sufrimiento salvo el propio sujeto (hay que evitar coacciones externas), sería lógico que **al no poder este expresar su voluntad** por un oscurecimiento del entendimiento transitorio o permanente (en este caso por afección mental o de la conciencia), **la propia ley debería decaer**, y el paciente ser atendido según las normas del arte médico (o sea los cuidados paliativos) hasta su muerte natural. Pues no, la ley pretende interpretar qué es lo que querría el paciente si pudiera expresarse. Ante todo, con **un documento de voluntades anticipadas**, fuese estandarizado o manual, remoto o próximo en el tiempo, mientras conservaba la capacidad de juicio. **Este tipo de documentos ya son**

dudosos, por cuanto es difícil prever lo que uno decidirá en una situación antes de producirse, o incluso si la prevé, que no pueda cambiar de opinión llegado el caso. Pero hay más: **un representante del paciente (incluso su propio médico, si no tiene representante) puede “trasladar” su voluntad** si está incapacitado, por cualquier medio escrito o que “pueda dejar constancia” (véanse artículos 5.1.c, 5.2 y 5.4). La puerta abierta a una arbitrariedad para saltarse la autonomía radical de la voluntad que la filosofía de la ley pretende defender

12) Cabe recordar que **los cuidados paliativos forman parte de la atención a los pacientes graves, incapacitados o moribundos según el correcto ejercicio de la medicina**. Contrariamente a lo que insinúa la ley, no son “una alternativa a la eutanasia de la que informar”. **Su no práctica es negligencia profesional**. Ese *aut aut* es, en sí, perverso e inmoral. La ley cita los cuidados paliativos (sobre todo después de las enmiendas parlamentarias) como un derecho al que acceder, pero es evidente que le importan muy poco al lado de regular el suicidio asistido, en lo que vemos claramente la huella de los “asesores” de DMD, muy poco interesados en las buenas prácticas médicas. Y no es baladí recordar que en nuestro país, a pesar del desarrollo formidable en las últimas décadas, los profesionales sanitarios aún no están completamente y debidamente formados en cuidados paliativos, ni los medios que se ponen a su disposición para ello son los suficientes. No me cabe duda que **a los médicos y enfermeros (al menos a los decentes) les interesa mucho más que les capaciten para cuidar mejor a sus pacientes que lo hagan para matarlos**. Si realmente el objetivo de esta ley es evitar sufrimientos a los enfermos graves, corre mucho más en regularizar su muerte anticipada que su completo y correcto cuidado. No dudo que los criterios economicistas han jugado un papel importante en ello.

13) Una de las taras más graves de la ley es la **proporción de sustancias letales al paciente que solicita “auto-administrárselas”** (artículo 3.g.2). La ley estipula que los profesionales sanitarios implicados “mantendrán la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento” (artículo 11.3). Dado que **no existen ni pueden existir plazos para que el paciente se administre el veneno** (va contra el espíritu de la ley, defensora de la autonomía de la voluntad), semejante observación de cuál es el manejo por parte de un lego de un principio farmacológico capaz de matar a un ser humano **no puede ser realizada con el ordenamiento jurídico** (los médicos y enfermeros no pueden ejercer de policías) **ni mucho menos con los medios sanitarios disponibles**. Más aún, el debido control de la sustancia letal puede ir contra el **derecho a la intimidad del paciente** que desee que su muerte se realice sin testigos

profesionales. Precisamente por eso los principios terapéuticos peligrosos únicamente pueden ser administrados por sanitarios expertos sujetos a una responsabilidad profesional. En resumen: **la ley no prevé un mal uso del fármaco por parte del paciente, incluso para cometer un homicidio.**

14) El artículo 1 del proyecto de ley afirma el objetivo de “regular la prestación del derecho a solicitar ayuda para morir en los términos y condiciones que la ley establece”. Es decir, **define el mero auxilio al suicidio, no la eutanasia.** Posteriormente los términos y condiciones de la ley establecen el “*contexto eutanásico*”, que incluye padecimientos patológicos, pero una posterior modificación de la ley en esos términos y condiciones permitiría **alterar o incluso eliminar el contexto eutanásico para permitir un auxilio al suicidio libre sin modificar el objetivo principal de la ley.** Podría tratarse de un simple error de redacción, pero yo estoy persuadido de que se ha realizado con toda intención, de modo que una futura facilitación de la muerte no necesite realizar una nueva ley, sino simplemente modificar la actual.

15) La ley establece una **injerencia intolerable en la relación médico paciente**, protegiendo la autonomía del paciente a costa de la propia del profesional que, más allá de poder ejercer su objeción de conciencia (que además le obliga a declararlo y realizarla en tiempos y formas prescritos, independientemente de que esté de acuerdo o no con un caso en concreto) no tiene más función que peritar si se cumple la ley, pudiendo ser sancionado si aconseja al paciente que no solicite la eutanasia (se presupone que sería una coacción). No se toma legalmente en consideración su profesionalidad a la hora de proponer al paciente alternativas a adelantar la muerte. Asimismo, **se contraviene explícitamente el artículo 38.5 del código deontológico de la Organización Médica Colegial**²¹⁷, que prohíbe expresamente proporcionar la muerte al paciente o cooperar en ello, **e implícitamente el artículo 18 del código deontológico de los colegios de enfermería**, que exige acompañar al paciente hasta su muerte natural. Por último, la ley siembra una **objeción de desconfianza entre paciente y facultativo**, al poder ser visto este último como facilitador de la propia muerte, ya que la ley le obliga a cooperar con el suicidio del paciente. El médico, agente de cuidado, salud y vida para el enfermo, puede ser visto como portador de muerte.

16) El informe preceptivo del **Comité Bioético de España**, organismo creado hace menos de 20 años precisamente con el objeto de asesorar al legislativo sobre leyes y reglamentos que tengan implicaciones bioéticas, **ni fue solicitado, ni ha sido atendido** (cuando el organismo competente lo ha emitido por

²¹⁷ <https://statics-diariomedico.uecdn.es/cms/2018/11/Codigo-deontologico..pdf%5d>

iniciativa propia), por los fautores de esta ley. Es manifiesto el desprecio a cualquier reglamento o consejo que no provenga de sus propios consejeros. Por confesión de parte de cuatro de los partidos pergeñadores o cooperadores de la ley de eutanasia, que suman entre ellos la mayoría parlamentaria, el principal asesoramiento ha provenido de un grupo de presión eutanasista, **la asociación radical pro-muerte “Derecho a Morir Dignamente”**.

17) En la **contradicción entre el derecho a la vida y el derecho a la autonomía de la voluntad, la primera es un bien superior**. La vida es fuente de la existencia y de todo derecho objetivo, mientras **la voluntad es subjetiva y puede errar en juicio**. De hecho, es razonable presuponer que precisamente el estar sometido a un sufrimiento insoportable es una coacción poderosa a la autonomía de la voluntad, sin contar otros condicionantes derivados de la situación de enfermedad, incapacidad (física o mental), o problemas personales. Por tanto, se da la paradoja de que **para considerar verdaderamente libre la petición de eutanasia se debería eliminar primero el sufrimiento** que se supone la justifica.

18) La ley genera una **confusión y un salto cualitativo inaceptable** entre lo (según algunos) **personalmente lícito** (darse muerte), que **genera excepciones** a la prohibición legal de matar en ciertas circunstancias especiales, y **lo normativo**, el derecho a matarse, que genera un deber legal y **una prestación del sistema sanitario**. Asimismo, **otorga al estado la potestad legal de matar a un ciudadano** (supuestamente desterrado tras la abolición de la pena de muerte). Un poder omnímodo que jamás debería existir, máxime cuando la ley permite que terceros, en base a voluntades tomadas antes del momento crítico y sin la información disponible en ese momento, decidan esa muerte. Es inevitable que esta normalización legal **devalúe el valor ético y legal de la vida humana**, y provoque una **pendiente resbaladiza** por la que se podrá cuestionar la dignidad de cualquier otra vida según sus circunstancias (como ya se ha visto con la legalización del *derecho* al aborto, y los fetos con vidas indignas de ser vividas).

19) El derecho a la vida pertenece al grupo de **derechos inalienables** a los cuales su titular no puede renunciar. El sujeto puede dejar de ejercerlo puntualmente, dejándose morir o dándose muerte, pero **no puede renunciar formalmente al derecho a la vida**, ni puede exigir de terceros que lo conculquen. La muerte, insistimos, es un hecho, no un derecho. La acepción de que el sujeto puede determinar la indignidad de su vida **destruye el valor inherente e inalienable de la dignidad humana** (con el agravante de que esa dignidad dependería de variables criterios de autosatisfacción y calidad de vida, aunque no se citen expresamente en el proyecto de ley). **La dignidad humana**

deja de ser un presupuesto incontestable, y puede variar según criterios subjetivos. No es posible sostener el valor intrínseco o la dignidad de cada persona, si esa persona, en un momento dado, puede considerar que su propia vida no es digna. Nada impide que **semejante juicio se haga sobre las vidas ajenas** empleando los mismos criterios (sufrimiento insoportable), lo que **nos llevará indefectiblemente (por inferencia lógica) a la eliminación legal de terceros**, del mismo modo que se hace de uno mismo, particularmente aquellos que no puedan defender su vida. Si estamos dispuestos a que la ley nos ayude a matarnos si consideramos que nuestra vida no es digna, o no tiene calidad, ¿qué no estaremos dispuestos a hacer a otros por el mismo motivo? **No solo los mataremos sino que además crearemos sinceramente estar llevando a cabo una obra buena.**

20) El proyecto de ley introduce una **confusión flagrante**: la del **paciente que pide morir con el paciente que pide no seguir sufriendo**. Ambos términos son muy distintos. Como hemos visto, se da por supuesto en la ley que todo paciente que pide la eutanasia o el suicidio asistido ha recibido toda la información y auxilio posible para paliar su sufrimiento de modo que no le lleve a la antinatural petición de poner fin a su vida. La realidad está muy lejos de ello, pese a lo que diga la ley (como antecedente práctico, la ley del aborto contempla que la madre que lo solicita será informada completamente de ayudas a la maternidad y posibilidades terapéuticas de su hijo no nato enfermo antes de realizarlo; la realidad nos dice que la información se da deficientemente o no se da en absoluto de forma rutinaria, sin que ningún mecanismo legal lo evite de ningún modo). **La ley no procura en absoluto acabar con el sufrimiento, sino justificar la eutanasia**. De hecho, los cuidados paliativos apenas se citaban en el proyecto inicial, y fueron ampliados algo en las enmiendas para intentar evitar las críticas de los opositores al proyecto.

21) Aunque la ley no lo cite expresamente, da **carta de naturaleza a la consideración de la existencia de vidas de mayor dignidad o calidad que otras**. Vidas que sí merecen la pena ser vividas, mientras otras de menor calidad o dignidad en un momento dado podrían no merecer la pena. Ese concepto implícito **va contra el derecho a la vida y a la dignidad**.

22) El informe del CBE señala el peligro evidente de que no se apliquen con igual eficiencia y dedicación los cuidados paliativos si la terminación anticipada de la vida es algo ilegal que si es una opción normalizada. Se pretenda así o no, **la necesidad de cuidados paliativos se está equiparando a la muerte**, al ser presentadas ambas como opciones legales igualmente válidas. Así, la persona precisada de cuidados sería colocada en una situación diferente al resto, más cerca a la no-existencia, lo cual supone un **menoscabo intolerable a su**

dignidad inherente. Por lógica, a la hora de asignación de recursos a la atención sanitaria, esta no puede tratar igual a aquellos con dignidad plena de aquellos con dignidad disminuida.

23) Desde el punto de vista de los modelos de bioética, esta ley se guía por el **modelo autonomista** (predomina la autonomía de la voluntad del individuo), uno de los más radicales y desacreditados dentro de la Bioética, ya que su **individualismo extremo impide confeccionar un modelo de bioética común**. Dado, no obstante, que para matarse el solicitante necesita ayuda (tanto el estado como al menos un profesional sanitario), el modelo autonomista pleno no puede ser aplicado. A la hora de valorar esa prestación de auxilio al suicidio, la ley opta por matizarlo con un **modelo utilitarista** (se considera éticamente bueno aquello que sea más útil a mayor cantidad de personas), que niega la igualdad inherente de la dignidad en todas las personas, al clasificarla en diversos grados según su utilidad. Cabe resaltar que este modelo es de **raíz filosófica profundamente liberal**, y no socialista, pese a que la gran mayoría de los partidos que han apoyado esta ley se consideren así.

24) Por cierto que se emplea como instrumento el **documento de voluntades anticipadas** (una herramienta de la medicina éticamente responsable, como el consentimiento informado, desde hace décadas) para justificar una eutanasia. Hay que recordar que la autonomía del paciente no es absoluta, sino limitada. La relación entre enfermo y facultativo es bidireccional, y **un paciente no puede pedir a un médico que haga algo que vaya en contra de la *lex artis* o la buena práctica médica**. Por tanto, el documento de voluntades anticipadas no es igual que un testamento sobre bienes propios, puesto que el empleo de los servicios profesionales de un facultativo no incluye que este se pliegue a la voluntad del paciente sobre su salud cualquiera sea su decisión. Si el médico considera que el paciente se está perjudicando a sí mismo con sus peticiones, **puede abstenerse de llevar a cabo la acción que aquel le pida** (incluso puede solicitar judicialmente llevar a cabo la contraria), y el código deontológico médico, en base a los conocimientos médicos vigentes que obligan al facultativo, le ampara.

—

Reflexiones desde la moral

El instinto de supervivencia es el más primario de cuantos tenemos. Todo ser vivo, y las personas lo somos, tiene como primera obligación mantenerse con vida, para lo cual busca alimento, agua y resguardo de las amenazas. Todos los demás instintos son secundarios a este. Que una legislación humana se plantee la regularización de la muerte de aquellos que la piden (de forma directa

o indirecta), introduce una **grave anomalía sobre el objetivo último de toda sociedad natural** (cuidar a todos sus miembros) que debería sorprendernos y provocar un debate mucho más y más profundamente de lo que lo han hecho. La alegría con la que se considera por muchos autodenominados progresistas un gran avance que la sociedad auxilie o ejecute a quien lo pide nos introduce de pleno en una triste realidad: que **la ideología dominante considera la muerte como algo bueno** (ya se ha visto, como he repetido hasta la saciedad en esta serie de artículos, a propósito del aborto), una solución a algunos problemas, digna de derecho público.

Analicemos muy sucintamente los dos grandes principios en que se basa esta ley y el pensamiento que subyace en ella.

1. En cuanto a la **autonomía de la voluntad**. La voluntad humana es el **acto de decisión sobre el modo correcto de obrar de la razón del sujeto**, tanto genéricamente como en cada situación concreta.

a) Mas la razón puede **errar en el juicio**: por desconocimientos o falta de datos (como ocurre con frecuencia en el caso del documento de voluntades anticipadas); por fallo en la valoración de los beneficios y riesgos, o en las circunstancias concurrentes, de la situación en sí, o incluso por afectaciones patológicas del juicio (como las enfermedades mentales) que pueden ser transitorias o permanentes.

b) Además la razón siempre se ve en riesgo de **afectación por la concupiscencia**, es decir, que los apetitos meramente terrenales le empujen a preferir su satisfacción al fin bueno del acto. La concupiscencia forma parte de nuestra naturaleza carnal (material) caída.

c) Pero, más aún, pese a lo que pueda dictaminar la razón, la voluntad se puede ver, y de hecho, se ve afectada, por todo el elenco de apetitos espirituales que le empujan a buscar un bien y rechazar un mal de forma intuitiva y desordenada, es decir el mundo de **las pasiones y las emociones**, normalmente asociadas a una conmoción de tipo orgánico, o a un evento repentino entendido como adverso por la psique. Estas pasiones, cuando subsisten en el tiempo y pueden ser integradas de algún modo (siempre imperfecto) por la razón, se les denomina **sentimientos**. La más poderosa de las pasiones es el **miedo**, y nadie dudará de lo importante que es cuando hablamos de personas afectas de enfermedades graves o incurables.

Todos estos condicionantes internos y externos nos dicen que **la voluntad humana no siempre es razonable**. Más aún, los condicionantes que interfieren en la racionalidad de la voluntad son más poderosos y están más presentes en situaciones extremas, como es, indudablemente, la de un sufrimiento

insoportable. Lo previsible, pues, es que precisamente esas personas **tomen decisiones poco racionales**.

El informe del CBE lo resume de un modo muy clarificador: *“la mera voluntad de la persona no es la condición necesaria y suficiente para legitimar las elecciones”*.

Por tanto, es **un error grave equiparar autonomía de la voluntad a decisión correcta**. En los casos que comprende el famoso “contexto eutanásico”, la libertad de la voluntad está firmemente coartada, por mucho que se empeñe cualquier legislación. En circunstancias normales, la voluntad enteramente libre ya es algo quimérico y académico; en las que contempla esta ley, sencillamente es un ser mitológico.

No, **la voluntad no siempre elige el bien**. Ni el moral, ni el común, ni siquiera el propio. La voluntad no puede ser autónoma, necesita una referencia externa, y la conciencia, para regir rectamente, debe, no sólo estar libre de coacción, sino **formada rectamente** en la búsqueda del Bien. Poner a la voluntad en el lugar que antaño estaba Dios es devaluar dramáticamente cualquier moral social.

2. En cuanto al **sufrimiento**, hemos de insistir que el sufrimiento es **interno, subjetivo e inmensurable**. No es científicamente medible, pero **su realidad está fuera de toda duda** (como la de tantas otras realidades no evaluables objetivamente), pues empíricamente todos los hemos sufrido alguna vez.

Creo que podemos distinguir tres tipos de sufrimiento:

a) El **sufrimiento físico**, causado por síntomas derivados de una patología. El más visible de estos síntomas es el dolor, pero también la incapacidad funcional, la dificultad respiratoria, el deterioro cognitivo y otros. La medicina ha logrado desarrollar en las últimas décadas **técnicas y fármacos que procuran un control más que aceptable de los síntomas que causan el sufrimiento físico**. El ejemplo más clásico son los analgésicos potentes (los opiáceos son los más usados). Eso no quiere decir que esos síntomas físicos se puedan eliminar siempre. Queda, no obstante, siempre una última opción, empleada con frecuencia en los pacientes terminales: la **sedación**. Es decir, inducir un estado de sueño más o menos profundo provocado con fármacos sedantes a las dosis mínimas necesarias. Esta técnica permite disminuir o desconectar a la mente de todos sus sentidos, eliminando los padecimientos. A costa, eso sí, de perder la consciencia. La sedación se administra de forma intermitente (**sedación paliativa**) para dar un descanso a la mente asediada por síntomas físicos de difícil control. En el caso de los pacientes en agonía, y con su consentimiento,

puede proporcionarse de forma continua (**sedación terminal**) para que el paciente no sufra hasta que llegue su muerte natural.

Esta terapia permite un control de los síntomas físicos, y es moralmente lícita si la causa está suficientemente motivada, y se emplean las dosis mínimas para lograr el efecto deseado (esa intención sedativa y no homicida permite aceptar lícitamente los posibles efectos adversos letales que en ocasiones pueden presentar estos fármacos, en virtud del **principio del doble efecto**).

b) El **sufrimiento psicológico**, causado fundamentalmente por el **miedo** a los síntomas físicos o a la muerte, y manifestado como **angustia o depresión**, puede ser tratado adecuadamente por la psicología y la psiquiatría, por medio de **terapias y fármacos contra la neurosis**. La información completa y con un lenguaje adecuado al nivel de comprensión del paciente, tanto de la patología causante, como de los síntomas que aparecerán y la forma de combatirlos, es probablemente la clave para aminorar este sufrimiento. De forma casi constante, **un enfermo angustiado será un enfermo mal informado**, que ante el desconocimiento se deja dominar por sus peores temores.

c) El **sufrimiento espiritual**, provocado por la falta de sentido de la existencia, de la vida y del propio sufrimiento físico y psicológico. Este **no es citado en la ley ni tiene remedio médico**. Y sin embargo **es el más importante**, pues de su control depende que se puedan sobrellevar los otros dos, o no. El sentido de las grandes preguntas acerca de nuestra razón de ser, y por ende, de seguir viviendo, radica en nuestra alma, y en buena medida en las creencias y valores sobre los que hemos fundamentado nuestra ética a lo largo de la vida. Si la mera satisfacción de los apetitos intelectuales y carnales ha sido siempre nuestra guía, es lógico que la imposibilidad de los mismos, sobre todo si es ya irreversible, nos lleve a una **intolerancia a cualquier sufrimiento** y a pedir que nos ayuden a adelantar nuestra muerte. Si nuestra vida ha estado fundamentada en propósitos más altos y más generosos hacia otros, normalmente soportaremos mejor los sufrimientos, aunque podemos caer también en un “vicio” de esa generosidad, la de no querer ser una carga para nuestros cuidadores, siendo otra razón para solicitar el adelanto de la muerte, no por no poder soportar los sufrimientos físicos o psicológicos propios, sino los de los demás por nuestra causa (cuántas veces no hemos oído a los ancianos enfermos lamentarse de ser “una carga”). La nuestra es una moral que establece la **sacralidad de la vida humana y el deber de toda civilización de cuidar de sus miembros más débiles y vulnerables**. Es la pérdida que estamos padeciendo de esa civilización de la vida y el cuidado lo que trae, indefectiblemente, la civilización de la muerte como atajo, so excusa del sufrimiento.

Finalmente, con cuantos medios se dispone hoy en día para paliar padecimientos físicos y suplir las limitaciones funcionales, la razón final y única por la que una persona pide que adelanten su muerte, es la **desesperanza** en la que cae cuando ya no puede luchar más. Contra esa desesperanza, **nuestra obligación es dar esperanza, no dar la muerte**. No cabe otro deber moral.

— La enseñanza cristiana

En 1980, el prefecto de la Congregación sobre la doctrina de la Fe, Franjo Seper, firmó la **declaración *Iura et Bona*** sobre la eutanasia²¹⁸, y poco después el Santo Padre Juan Pablo II la aprobó. Este documento sigue siendo el normativo en el Magisterio católico sobre esta materia.

La declaración comienza sentando lo que ya hemos comentado anteriormente: ***“La vida humana es el fundamento de todos los bienes, la fuente y condición necesaria de toda actividad humana y de toda convivencia social [...] los creyentes ven a la vez en ella un don del amor de Dios, que son llamados a conservar y hacer fructificar.”***

Naturalmente, un bien semejante, del que parten todos los demás, **no puede ser degradado a simple posesión particular** del sujeto que sustenta esa misma vida, como podría serlo su casa o su sufragio. De este presupuesto acerca del valor de la vida humana, extrae tres conclusiones la congregación: que no se puede atentar contra una vida inocente sin oponerse al amor de Dios, que todo hombre debe conformar su vida a los designios de Dios (generales en sus mandamientos, y particulares en los talentos otorgados, las gracias recibidas y las pruebas a que es sometida cada persona), y que por tanto el suicidio es tan inaceptable como el homicidio.

En cuanto a la eutanasia en sí, es definida como *“una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. La eutanasia se sitúa pues en el nivel de las intenciones o de los métodos usados”*.

Sobre la licitud de tal acto, **el magisterio de la Iglesia es rotundo**: ***“es necesario reafirmar con toda firmeza que nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie además puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede***

²¹⁸http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_sp.html

legítimamente imponerlo ni permitirlo. Se trata en efecto de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad”.

En el párrafo siguiente, se admite que la **inmoralidad de la intención puede verse atenuada** por diversos condicionantes que ofusquen la conciencia (como lo que se presenta como falsa compasión hacia el que sufre), pero sin que se modifique la ilicitud radical del acto.

*“Las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte **no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia**; éstas en efecto son casi siempre **peticiones angustiadas de asistencia y de afecto**. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural, con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros.”*

El documento no ignora, sino que se detiene particularmente en las circunstancias que concurren alrededor del “sufrimiento insoportable” al que se alude en esta ley, y aducido clásicamente por los pro-eutanasia. Sobre el dolor físico afirma que *“según la doctrina cristiana, el dolor, sobre todo el de los últimos momentos de la vida, asume un significado particular en el plan salvífico de Dios; en efecto, es **una participación en la pasión de Cristo y una unión con el sacrificio redentor que Él ha ofrecido** en obediencia a la voluntad del Padre [...] la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor, aunque de ello se deriven, como efectos secundarios, entorpecimiento o menor lucidez.”* Es decir, que **es lícito procurarse analgésicos para el dolor**, aún cuando sus efectos secundarios puedan provocar efectos indeseados problemáticos, incluso la muerte, siempre que sean necesarios, y **no se administren con ese fin** (y evoca en este punto la respuesta del Santo Padre Pío XII a una pregunta en ese sentido elevada por un grupo de médicos católicos en 1957).

Pero **en ningún caso dicho padecimiento justifica la muerte buscada**, por cuanto el dolor forma parte de las penitencias en vida con que uniéndonos a la Pasión de Nuestro Salvador, redimimos nuestros pecados y damos sentido a los males que nos acaecen.

La declaración también trata el problema de la ilicitud del llamado “encarnizamiento u obstinación terapéutica”, pero como ya he dedicado artículos a este tema²¹⁹, lo pasaremos por alto.

El epílogo del breve documento es en clave positiva: *“los que se dedican al cuidado de la salud pública no omitan nada, a fin de poner al servicio de los enfermos y moribundos toda su competencia; y acuérdense también de prestarles **el consuelo todavía más necesario de una inmensa bondad y de una caridad ardiente.**”* No se puede sino estar de acuerdo, porque este último mandamiento, tan evangélico, es el que curará a los que padecen un “sufrimiento insoportable” de tipo espiritual, es decir, aquel que realmente solicita con más insistencia y lucidez (si cabe hablar de ello) el adelantamiento de la propia muerte.

El vigente **catecismo de la Iglesia**, publicado en 1992, trata la eutanasia en el apartado sobre el amor al prójimo, dedicándole los puntos 2276 a 2279²²⁰.

Básicamente sigue los mismos epígrafes de la declaración *Iura et Bona*, con la adición de un breve párrafo en el que se alienta al desarrollo de los **cuidados paliativos**, aparecidos como concepto propio en aquella época. Se mantiene la **rotunda condena**: *“una acción o una omisión que, de suyo o en la intención, provoca la muerte para suprimir el dolor, constituye un homicidio gravemente contrario a la dignidad de la persona humana y al respeto del Dios vivo, su Creador”*.

Así pues, para el cristiano, **arrebatar toda vida inocente es un grave pecado, y no es admisible bajo ninguna circunstancia**. Los padecimientos físicos se tratarán del modo más conveniente con el saber médico (mucho más desarrollado y eficaz ahora que cuando se elaboraron los documentos magisteriales), y los espirituales por medio de la caridad y el consuelo. En cuanto a los que los padecen, sin óbice de que procuren evitarlos por cualquier medio lícito, los **soportarán con paciencia cuando sean inevitables**, pidiendo a Dios la fortaleza para sobrellevarlos, convencidos de que **también los sufrimientos forman parte del plan de Dios**, que nos asocian a Cristo crucificado de un modo íntimo, y sirven para penitenciar nuestros pecados, facilitándonos, de ese modo, la entrada en la vida eterna.

Por último, no es lícito impulsar la eutanasia, **ni hay potestad en este mundo con autoridad para promulgar una legislación en ese sentido**, y aquella que lo haga pierde cualquier legitimidad moral. Una regularización del asesinato de los sufrientes nos llevará a medio plazo a **descuidar los adecuados cuidados**

²¹⁹ <https://www.infocatolica.com/blog/matermagistra.php/1005251157-la-muerte-es-ganancia#more8093>

²²⁰ http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html

médicos a los más débiles y vulnerables, cuando contraigan enfermedades graves o incurables.

Debemos reflexionar como sociedad si es esa la cultura que queremos, la civilización que buscamos.