



PONTIFICIO INSTITUTO TEOLÓGICO
JUAN PABLO II
PARA LAS CIENCIAS
DEL MATRIMONIO Y DE LA FAMILIA
SECCIÓN MEXICANA

DOSSIER DE PRENSA FAMILIA EN LOS MEDIOS

P. Fernando Fabó, LC
Profesor – Investigador.
Sede México. Agosto-Septiembre 2020. Núm. 8.

Contenido

3º y última charla del ciclo: La Familia ante el desafío de la IdG	5
Madre de un joven de 22 años con parálisis cerebral pide la eutanasia	6
«Ayudar a recobrar la orientación sexual normal»: episcopado polaco.....	9
Bayer pagará \$1.600 millones en demandas por daños por anticonceptivos	13
Bélgica: 94% apoyan eliminar recién nacidos con discapacidad	16
Los médicos no pueden ser «neutrales» en casos de suicidio asistido.....	19
Courage publica manual para personas con atracción al mismo sexo	23
Dios nos creó como personas que aman y son amadas	25
Uno de cada cuatro jóvenes de 18 a 24 años ha pensado en suicidarse	28
El 69% de los problemas de las parejas «no» tienen solución	32
El asunto del aborto y los derechos de la mujer bajo el mandato de Trump.....	37
El derecho a nacer no es una concesión de la sociedad ni del Estado.....	40
El tratamiento hormonal para cambio de Sexo en menores	46
Profecía sobre el aborto estuvo “enterrada” 50 años en una revista médica	54
El intento de la ONU para establecer el derecho al aborto	59
Eutanasia legal en plena pandemia, prioridad para el Gobierno	62
Frente al matonismo trans, nace SEGM.org,.....	68
Gobierno de Ciudad de México facilitará cambio de nombre a niños “trans	73
Grupos homosexuales demandan a universidad católica	75
Hipersexualización de niñas: Netflix escandaliza	77
Informe del Observatorio de Bioética sobre el Proyecto de Ley de la eutanasia.....	81
Juan Pablo II fue pionero de la ‘conversión ecológica’	103
La aplicación de la eutanasia en Holanda empieza a asustar	108
LA SITUACIÓN DE LA MUJER EN EL ISLAM.....	115
Los 11 consejos de Meg Meeker para educar hijas fuertes	116
Los obispos polacos piden respetar a las personas deLGTB.....	124
Maternidad y paternidad	127
Médicos contra la «experimentación en menores que se definen transexuales	129
Vaunas contra el Covid-19 que usan líneas celulares de fetos abortados	132
El caso del hospicio que se niega a ofrecer eutanasia	138

Un obispo alemán defiende la moral sexual de la Iglesia	142
Importante carta de Doctrina de la Fe sobre el final de la vida.....	145

3º y última charla del ciclo: La Familia ante el desafío de la IdG¹

Enlace a la 3º Charla del Ciclo: La familia ante el desafío de la Ideología de Género del P. Leandro Bonnin. Las dos anteriores fueron publicadas en nuestro DOSSIER 07.

Lunes 20 de Julio

Nuestra propuesta antropológica

“Al principio no era así”.

El hombre originario: “los creó a imagen de Dios, los creó varón y mujer”

El hombre histórico: el influjo del pecado original y el desorden actual. La redención de Cristo: nueva creación.

El hombre escatológico: la redención definitiva del cuerpo.

El Magisterio de la Iglesia ante la Ideología de Género.

¿Y qué actitud tiene la Iglesia antes las personas con atracción hacia el mismo sexo o con disforia de género?

¿Qué podemos hacer?

Propuestas para la Familia en el ámbito de la educación familiar, en el ámbito civil y en el ámbito espiritual.

“Creo en la resurrección de la Carne, y en la Vida Eterna”. ¿Quién podrá apartarnos del amor de Cristo? Jesús y María, Nuevo Adán y Nueva Eva, glorificados a la derecha del Padre con sus cuerpos masculinos y femeninos, son nuestra esperanza.

Presentación material 3º Charla²

¹ https://www.youtube.com/watch?reload=9&time_continue=5&v=vSaHdYqMkOw&feature=emb_logo

² <https://cuidarlavida.org/la-familia-ante-el-desafio-de-la-ideologia-de-genero>

Argentina: la madre de un joven de 22 años con parálisis cerebral pide que le apliquen la eutanasia³



«YO PREFIERO QUE EL CHICO DESCANSE, ÉL TAMBIÉN SUFRE»

Adrián Martínez no habla, apenas anda, no se vale por sí mismo, se autolesiona, sufre convulsiones. Los médicos dicen que su situación no es reversible. Su madre ha pedido que le apliquen la eutanasia. O sea, que lo maten.

19/08/20

(Zona Centro/InfoCatólica) «Veo a mi hijo sufrir, por eso pido la eutanasia», asegura la mamá de Adrián.

Desde que nació, hace 22 años, su familia lo acompañó a cientos de especialistas y todos coincidían en lo mismo: su problema no tiene solución. Adrián no habla, no puede valerse por sí mismo y requiere de sus padres las 24 horas.

Eva Briñócoli, madre de Adrián Martínez, pide que le apliquen la eutanasia o muerte digna a su hijo, un joven de 22 años con parálisis cerebral. La noticia que conmueve a la comunidad de Candelaria se debe a que, según contó Eva en

³ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=38419>

el programa El Periodista por Canal 12, **desde que nació sufre de crisis convulsivas**: «Por años seguimos terapias y medicaciones, estudios y análisis, pero siempre es lo mismo», manifestó.

Adrián no habla, apenas camina y no puede hacer nada por sí solo. Cuando aún era pequeño lo llevaron hasta el Hospital Garrahan, donde se le practicaron los estudios y tratamientos necesarios para su condición. «Llegó un momento en que el doctor nos dijo: ‘él chico no habla, no se manifiesta’. **No puede hacerse absolutamente nada solo**, nosotros lo higienizamos, le damos la comida», contó.

Adrián pasa sus días en un corralito de madera tal como el que usan los bebés, pero más grande acorde su tamaño. «Él no entiende. **Si lo saco de ahí, tira o tumba las cosas.** Camina muy poquitito y después ya se sienta. Ese corralito ya tiene como 15 años, su papá se lo mandó a hacer y está reforzado por su peso», sostuvo Eva.

«**A una persona extraña no le va a pellizcar ni morder, es buenito, pero él solo se autolesiona.** Fuimos a ver psiquiatras porque se agrede. Mi esposo y yo somos quienes lo cuidamos, no tenemos niñera ni empleada. Solo mamá y papá», expresó.

Tras 22 años bajo las mismas condiciones, Eva asegura que «es realmente cansador. **No tiene vida. Esto va a seguir, el neurólogo dijo que no hay cura**, va a seguir siendo un chico convulsivo. Su cerebro convulsiona cuando quiere y cada convulsión es un retraso de todo lo que ya hiciste».

Luego de haber transcurrido tanto tiempo y tras haber aceptado con el paso de los años que **Adrián no podrá vivir su vida como cualquier otro joven de su edad, su familia hoy pide aplicarle la eutanasia o muerte digna**. «Yo ya estoy bastante grande y su papá también lo está, ¿a quién le dejo la criatura si nos pasa cualquier cosa? Porque mañana no sabés si estás», apuntó.

Antes de llegar a esta conclusión, Eva explicó que debieron asesorarse muchísimo. Contó que **le presentaron la posibilidad de internarlo en un hospital psiquiátrico** o alguna otra institución donde pudieran atenderlo, pero «¿cómo haces para meterlo a un Carrillo si camina solo entre tres o cuatro pasitos?».

«**Yo prefiero que el chico descance, él también sufre.** Lo cuidamos al cien por cien para que no se enferme, pero a veces llora y no sabemos lo que le pasa. Pedimos una eutanasia porque está sufriendo. **Yo no sé si recuperaría mi vida a estas alturas, pero lo que busco es vivir bien al menos un poquito**», manifestó.

Consultada sobre **qué piensa acerca de las repercusiones**, alegó: «**Muchos van a decir que soy una madre loca que quiere matar a su hijo**, pero yo les digo a esas personas **que se pongan en mis zapatos**. Es una criatura con una parálisis cerebral del 100% y tenés que estar las 24 horas arriba de él. Hay que vivirlo eso».

Muerte digna en Argentina

En Argentina fue sancionada en mayo de 2012 la ley de «muerte digna», que reconoce el **derecho de toda persona a rechazar tratamiento médico** cuando éste sólo puede prolongar la vida en un estado de enfermedad irreversible o incurable. Sin embargo, y hasta el momento, esta ley no contempla la eutanasia.

«Ayudar a recobrar la orientación sexual normal»: documento del episcopado polaco sobre temas LGBT⁴

Diálogo y acogida, sí; ideología de género y promiscuidad, no



En la foto, los obispos polacos en su reunión de agosto en Jasna Gora, donde aprobaron el documento

P.J.G./ReL, 31 agosto 2020

La Conferencia Episcopal Polaca ha difundido al finalizar este mes de agosto un documento de 27 páginas sobre asuntos "LGTB+", anunciándolo también con una nota de prensa en la que destacan que hay que respetar a las personas con sentimientos homosexuales, pero a la vez es necesario discrepar de la ideología de género y poder discrepar de las posturas incompatibles con las enseñanzas católicas sobre sexualidad, familia y derechos de los niños, por ejemplo.

El documento, fruto de un año de trabajo y debate, se organiza en 4 capítulos:

⁴ <https://www.religionenlibertad.com/europa/690430639/documento-obispos-polacos-LGBT-2020.html>

- La sexualidad del hombre y la mujer en la visión cristiana del hombre
- el movimientos LGBT+ en una sociedad democrática
- las personas LGBT+ en la Iglesia Católica;
- la Iglesia y las propuestas LGTB+ sobre educación sexual de niños y jóvenes

Destacamos 7 ideas que presenta el documento de los obispos polacos.

1. La Iglesia está abierta al diálogo con todos, también las personas LGTB+

Los obispos destacan que la Iglesia está abierta al diálogo con todo "hombre de buena voluntad" que busque la verdad. Ponen el ejemplo de cómo el Papa Francisco recibe a "personas que se identifican con LGBT +, les tiende la mano amablemente, expresa comprensión por las inclinaciones, pero al mismo tiempo no evita presentar claramente la enseñanza de la Iglesia sobre la ideología de género y las prácticas contrarias a la naturaleza y la dignidad humana".

2. La revolución sexual y la ideología de género, contra la moral tradicional

Los obispos polacos marcan el origen del conflicto en "la llamada revolución sexual y los cambios culturales y morales que la acompañan" y "el rechazo de la moral tradicional". La ideología de género es una expresión de los cambios causados por la revolución sexual, que busca "la prioridad del sexo sociocultural sobre el sexo biológico, así como el esfuerzo por crear una sociedad sin diferencias de género".

3. Hay que crear centros que ayuden a quienes quieren "recuperar la orientación sexual natural"

El documento pide que "ante las dificultades, sufrimientos y lágrimas espirituales que viven estas personas, es necesario crear centros de asesoramiento (también con la ayuda de la Iglesia o sus estructuras) para ayudar a las personas que desean recuperar la salud sexual y la orientación sexual natural".

4. Hay que respetar a todas las personas: el comportamiento agresivo es inaceptable

Los obispos defienden "el respeto a todas las personas, incluidas las personas que se identifican con LGBT+" y que "cualquier acto de violencia física o verbal, toda forma de comportamiento de gamberro y agresión hacia personas LGBT+ es inaceptable". Pero, en paralelo, se deben respetar también los sentimientos religiosos y principios morales y de orden público de otros miembros de la sociedad.

5. La Iglesia sí se opondrá a la ideología de género

La Iglesia hablará contra la ideología de género. Dentro de esta ideología está la estrategia de llamar "homófobos" o "discriminadores" a todos los que se oponen al matrimonio del mismo sexo, y declarar que las sociedades tradicionales practican una "normatividad heterosexual opresiva".

Esta ideología además niega la complementariedad entre hombres y mujeres y "socava al menos implícitamente su llamado parental". **Los obispos recuerdan que la Iglesia no puede aceptar la ampliación del concepto de matrimonio y la familia a las uniones del mismo sexo**, incluyendo "la regulación de la situación de la propiedad, la pensión alimenticia y la herencia, así como permitir que las uniones monosexuales adopten niños, ni otorgar a las personas mayores de 16 años el derecho a determinar su género".

6. Hay una estrategia LGTB+ para cambiar las sociedades

"Conscientes de la radicalidad de la transformación cultural postulada y de las demandas de una sociedad" sin diferencias de género los movimientos LGBT + proponen utilizar **el método de pequeños pasos encaminados a forzar una lenta transformación cultural** a través de la familiarización gradual de la sociedad con conductas que hasta hace poco se consideraban inaceptables y moralmente reprobables. Algunas redes sociales apoyan estos proyectos **propagando la ideología de género, promoviendo el supuesto atractivo del divorcio, la infidelidad, la promiscuidad sexual**, ridiculizando la fidelidad, la virginidad, la pureza y la religiosidad", denuncian los obispos polacos. Estos movimientos quieren transmitir su ideología a los niños a través de **una educación sexual escolar temprana ideologizada**.

7. La Iglesia acogerá a las personas en los sacramentos, pero no actitudes transgénero

La Iglesia no acepta que una persona haya cambiado su sexo porque le hayan dado unos documentos civiles o porque le hayan practicado una cirugía (lo considera sólo un acto de mutilar a una persona). La Iglesia considera que el sexo genético es el real. A la hora de bautizar niños, no aceptará nombres incongruentes con el sexo real, ni mantener el sexo "indefinido" en los registros parroquiales a la espera de que el niño crezca y se "autodefina".

La Iglesia **acepta bautizar a personas adultas que en el pasado hayan podido sufrir una llamada "reasignación de género" siempre que durante el catecumenado esta persona acepte la visión católica sobre el cambio de sexo.** "Teniendo en cuenta que la reasignación quirúrgica del sexo genital es irreversible, se debe pedir un arrepentimiento sincero". No hay que dificultar a

estas personas (arrepentidas) el acceso a los sacramentos. Sí se impedirá en para quienes buscan ambigüedades (como casarse con alguien del mismo sexo, ocultar el sexo verdadero, etc...)

El documento completo en polaco en PDF se puede consultar [aquí en Episkopat.pl](#)

Bayer pagará \$1.600 millones en demandas por daños provocados por anticonceptivos⁵

Redacción ACI Prensa, 21 de agosto de 2020



Logotipo de Bayer sobre edificio / Crédito: Flickr de André-Pierre du Plessis (CC BY 2.0)

La empresa farmacéutica alemana Bayer anunció el jueves 20 de agosto que pagará 1.600 millones de dólares para solucionar miles de demandas de mujeres de Estados Unidos que alegaron que su dispositivo anticonceptivo Essure les causó graves daños de salud.

Essure es un dispositivo anticonceptivo implantable que bloquea permanentemente las trompas de Falopio y, por ende, el paso de los óvulos al útero.

“Bayer anunció hoy que ha llegado a acuerdos con los bufetes de abogados demandantes para resolver aproximadamente el **90% del total de casi 39.000 reclamaciones presentadas** y no archivadas de Essure™ en Estados Unidos

⁵ <https://www.aciprensa.com/noticias/bayer-pagara-1600-millones-en-demandas-por-danos-provocados-por-anticonceptivos-19961>

que involucran a mujeres que alegan **lesiones relacionadas con dispositivos**”, indicó un comunicado emitido por la farmacéutica⁶.

“La empresa pagará aproximadamente **1.600 millones de dólares** estadounidenses (1.350 millones de euros) **para resolver estas reclamaciones**, incluida una provisión para reclamaciones pendientes, y está en conversaciones de resolución con los abogados de los demandantes restantes”, añadió Bayer, que además resaltó el requerimiento de “que los demandantes en conciliación **desestimen sus casos o no los presenten**”.

La empresa alemana recordó que en 2018 “anunció la suspensión voluntaria de las ventas y distribución de Essure™ en los Estados Unidos, que siguió a una acción similar en todos los demás mercados un año antes”. Según la organización, la decisión se basó en “**una disminución en las ventas**” en los últimos años.

Sin embargo, según apunta The Wall Street Journal⁷, la disposición ocurrió dos años después de una decisión de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) “que requería que el dispositivo incluyera advertencias destacadas en recuadros sobre posibles efectos secundarios graves”.

“Posteriormente, la FDA requirió que los pacientes y los médicos firmaran un formulario aceptando los riesgos asociados con Essure”⁸, añadió el medio estadounidense.

Por su parte, el medio alemán DW, explicó⁹ que las mujeres demandantes informaron de efectos secundarios ocasionados por el dispositivo, como “dolor persistente, desarrollo de un agujero en el útero o las trompas de Falopio, y movimiento del dispositivo desde las trompas de Falopio hacia la pelvis o el abdomen”.

“Los estudios sobre la seguridad del dispositivo Essure continuaron, incluso después de su retiro del mercado”, subrayó el medio local.

Este no es el único acuerdo monetario alcanzado por Bayer con personas perjudicadas por sus productos. En junio de 2020 la empresa enfrentó decenas de miles de reclamos¹⁰ que vinculaban a su herbicida Roundup Maker con casos

⁶ <https://media.bayer.com/baynews/baynews.nsf/id/Bayer-announces-resolution-of-US-Essure-claims>

⁷ <https://www.wsj.com/articles/bayer-settles-essure-birth-control-litigation-for-1-6-billion-11597954204>

⁸ <https://www.wsj.com/articles/fda-adds-restrictions-on-sale-of-bayers-essure-1523307029>

⁹ <https://www.dw.com/es/bayer-pagar%C3%A1-millonaria-suma-para-cerrar-demandas-sobre-implante-anticonceptivo/a-54641725>

¹⁰ <https://www.nytimes.com/2020/06/24/business/roundup-settlement-lawsuits.html>

de cáncer, y por ello desembolsó la suma 10 mil millones de dólares para llegar a acuerdos.

En el 2014, Bayer también reconoció que pagó cerca de dos mil millones de dólares¹¹ en acuerdos por denuncias de daños causados por sus medicamentos anticonceptivos orales Yasmin, Yaz, Ocella y Gianvi en Estados Unidos.

¹¹<https://www.aciprensa.com/noticias/bayer-paga-casi-2-mil-millones-de-dolares-por-danos-causados-por-anticonceptivos-26551>

Bélgica: 94% de profesionales de la salud apoyan eliminar recién nacidos con discapacidad¹²

Redacción ACI Prensa, 15 de agosto de 2020



Imagen referencial / Crédito: Unsplash

Un reciente estudio reveló que el 94% de los médicos y paramédicos en la región de Flandes, Bélgica, están a favor eliminar la vida de los recién nacidos si es que a los bebés se les diagnostica una discapacidad.

La encuesta realizada a través del estudio “Healthcare professionals’ attitudes towards termination of pregnancy at viable stage”¹³, publicado a inicios de agosto, encontró que el 93,6% de los médicos encuestados “están de acuerdo en que en el caso de una afección neonatal grave (no letal), la administración de medicamentos con la intención explícita de terminar con la vida neonatal es aceptable”.

¹² <http://www.aciprensa.com/noticias/belgica-94-de-profesionales-de-la-salud-apoyan-eliminar-recien-nacidos-con-discapacidad-56420>

¹³ <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aogs.13967?af=R>

El artículo de investigación también establece que “los médicos prefieren con mayor frecuencia el feticidio a los cuidados paliativos neonatales en caso de afecciones fetales no letales”.

“Casi nueve de cada diez encuestados (89,1%) están de acuerdo en que en el caso de condiciones neonatales graves (no letal), administrar medicamentos con la intención explícita de terminar con la vida neonatal es aceptable”, señala.

Michael Robinson, Director de Comunicaciones de la Sociedad para la Protección del Niño por Nacer de Reino Unido (SPUC), una de las organizaciones de defensa de la vida más antiguas y grandes del mundo, dijo que es “es profundamente perturbador que los profesionales médicos que deberían proteger y valorar cada vida humana tengan estas creencias impactantes”¹⁴.

“La posición proaborto se basa en la deshumanización de todo un grupo de humanos. Si bien es inquietante, no es de extrañar que con el tiempo estas actitudes se empiecen a reafirmar en relación con otros grupos de personas, en este caso los recién nacidos”, comentó.

Además, recordó que “la última vez que actitudes deshumanizantes como estas ganaron gran popularidad fue durante el funcionamiento del programa T4 en la Alemania nazi, cuando los humanos discapacitados y vulnerables fueron considerados como 'una vida indigna de la vida'".

“Con el resurgimiento de tales actitudes, nunca ha habido un momento más vital para defender y defender el derecho a la vida de todo ser humano”, aseguró.

Por otra parte, la portavoz de Right to Life UK, Catherine Robinson, comentó que “hace menos de 10 años, hubo una fuerte condena a la idea de poner fin a la vida de un bebé después de su nacimiento, independientemente de si tenía o no una discapacidad, cuando esta idea fue presentada por académicos en el British Medical Journal”¹⁵.

En 2012, en un artículo publicado por el British Medical Journal, dos especialistas en ética médica argumentaron que se debería permitir a los médicos matar a bebés recién nacidos discapacitados porque no son “personas reales”.

La portavoz acotó que en la actualidad, “trágicamente, la idea de poner fin intencionalmente a la vida de un bebé nonato y un bebé recién nacido ahora

¹⁴ <http://www.aciprensa.com/noticias/spuc.org.uk/News/ID/384506/Disturbing-94-percent-of-Belgian-doctors-support-killing-babies-with-disabilities-AFTER-birth>

¹⁵ <https://righttolife.org.uk/news/94-of-belgian-doctors-surveyed-support-after-birth-abortion-for-babies-with-disabilities/>

parece haber pasado de un experimento de pensamiento académico extravagante a ser visto como algo moralmente aceptable por estos profesionales de la salud en Bélgica”.

Robinson también calificó de “perturbador” que los profesionales de la salud “estén enormemente a favor de los ‘abortos posparto’ y el infanticidio de bebés con discapacidad” en vez de “defender el derecho a la vida y brindar a cada bebé la mejor oportunidad posible de vivir”.

En Bélgica el aborto es legal hasta las 12 semanas de gestación. Los abortos posteriores a ese periodo se permiten si el embarazo pone en riesgo la vida de la madre o si el bebé es discapacitado.

En marzo de este año la Comisión de Eutanasia de Bélgica anunció que 2.655 ciudadanos murieron a causa de la eutanasia en 2019, incluido un menor de edad.

Desde que se introdujo la ley de eutanasia en 2002 el aumento en el número de estos casos ha sido exponencial. Para el 2018 la eutanasia fue aplicada a 2.357 belgas, en 2017 se aplicó a 2.309 y en el 2010 hubo 954 muertes por la misma causa, lo que representa un aumento del 278% en nueve años.

Cinco razones por las que los médicos no pueden ser «neutrales» en casos de suicidio asistido¹⁶

Un debate deontológico: ¿puede la profesión renunciar a definir sus estándares éticos?



¿Cómo pueden los médicos renunciar a pronunciarse sobre la vida y la muerte? ¿Cómo pueden dejar a otros la regulación deontológica de su profesión, tan antigua como el juramento hipocrático? Son algunas preguntas que suscita la pretensión de «neutralidad» ante el suicidio asistido. Foto: Dimitri Houtteman / Unsplash.

ReL, 19 agosto 2020

¿Es posible para los médicos ser neutrales sobre el suicidio médicaamente asistido? Así se lo planteó en su momento Michael Cook, director de MercatorNet, en un artículo publicado en *BioEdge*¹⁷:

En octubre de 2018, la American Academy of Family Physicians (AAFP)¹⁸ rompió filas con la American Medical Association

¹⁶<https://www.religionenlibertad.com/polemicas/304303992/Cinco-razones-por-las-que-los-medicos-no-pueden-ser-AneutralesA-en-casos-de-suicidio-asistido.html>

¹⁷<https://www.bioedge.org/indepth/view/is-it-possible-for-doctors-to-be-neutral-on-physician-assisted-suicide/12875>

¹⁸ <https://www.aafp.org/news/2018-congress-fmx/20181010cod-hops.html>

(AMA) adoptando una posición de “**neutralidad comprometida**” sobre el **suicidio asistido y la eutanasia**.

¿Qué diantres es "neutralidad comprometida"?

La AMA, una federación de docenas de asociaciones médicas estadounidenses, se opone a “ayudar a morir”. Su posición oficial¹⁹ es que “**el suicidio médicaamente asistido es esencialmente incompatible con el papel del médico** como persona que cura, y además sería difícil o imposible de controlar y plantearía graves riesgos sociales”.

Pero en su congreso de delegados celebrado en Nueva Orleáns, la AAFP, la segunda mayor organización que forma parte de la AMA, con más de 131.400 miembros, rechazó esto. Una gran mayoría de delegados votaron que se adoptase una posición de “neutralidad comprometida” y que se rechazase el uso de términos como “suicidio asistido” o “suicidio médicaamente asistido”.

“A través de nuestra continua y presente relación con nuestros pacientes, los médicos de cabecera tenemos una buena posición para asesorar a los pacientes sobre los cuidados terminales, y **nos comprometemos a suscitar cambios** en el mejor interés de nuestros pacientes”, dijo el presidente de la AAFP, Michael Munger, médico de Kansas.

La neutralidad, como saben bien los historiadores, es un concepto confuso. Costa Rica es neutral y no tiene ejército. Moldavia es neutral y alberga al 14º Ejército ruso.

Así que ¿qué diantres es “neutralidad comprometida”?

Según los bioeticistas John Frye y Stuart Youngner²⁰, de la Case Western Reserve University, la “neutralidad comprometida” es una política que **anima al médico a minimizar los males del suicidio médicaamente asistido**, y por tanto va más allá de un mero respaldo a los cuidados paliativos. Permite a los médicos estudiar potenciales problemas y mejorar las políticas existentes. Por ejemplo, “la Royal Dutch Medical Society forma a los médicos de cabecera, promueve una revisión a fondo de cada caso y publica **directrices clínicas** para los profesionales que incluyen ejemplos de casos discutibles y cómo responder a ellos”.

En otras palabras, la “neutralidad comprometida” es el equivalente médico de la neutralidad política moldava: no es en absoluto neutralidad.

¹⁹ <https://www.ama-assn.org/delivering-care/physician-assisted-suicide>

²⁰ https://casemed.case.edu/cwruimed360/news-releases/release.cfm?news_id=409&news_category=8

Cinco razones contra la neutralidad

De hecho, es imposible ser neutral en torno al suicidio médicaamente asistido, como numerosos médicos y eticistas de relieve, entre ellos Daniel Sulmasy y la baronesa Ilora Finlay, sostuvieron este año en el *Journal of General Internal Medicine*²¹.

Ofrecieron varias razones por las que habría que oponerse a esa neutralidad.

En primer lugar, la idea una neutralidad compatible con diferentes opiniones o incertidumbres podría ser razonable si se tratase solamente de un asunto interno. Pero el pronunciamiento de una organización profesional –en particular si cuenta con más de 131.400 miembros como la AAFP– tiene consecuencias políticas y sociales que se reflejan mucho más allá de un congreso de delegados:

“La neutralidad no es neutral. Pasar de la oposición a la neutralidad supone un cambio sustantivo en un posicionamiento profesional, ético y político, al declarar que una política ya no es moralmente inaceptable; el efecto político es darle luz verde. Como es lógico, la neutralidad supone: ‘No nos oponemos’. Cuando la California Medical Society pasó a ser neutral sobre el suicidio médicaamente asistido, los periódicos informaron correctamente de que ‘los médicos californianos abandonan su oposición a la Ley de Muerte Asistida’”.

En segundo lugar, los médicos no pueden ser neutrales sobre asuntos de la vida y de la muerte. Es el corazón mismo de su profesión. Tienen que posicionarse: “Las profesiones tienen una responsabilidad ética positiva de asumir posicionamientos públicos en asuntos esenciales para el sentido de su trabajo. Según esto, la neutralidad sobre el suicidio médicaamente asistido parece una abdicación de la responsabilidad profesional. **Cada profesión tiene el deber de definir los parámetros éticos de su práctica** en la esfera pública, sujeta a los límites políticos precisos para sostener y promover el bien común”.

En tercer lugar, las asociaciones médicas pueden mantener su rechazo aunque en algunas jurisdicciones (como California, Oregón, Washington, Hawái, Montana, Vermont, Colorado y el Distrito de Columbia) los facultativos puedan realizar legalmente suicidios médicaamente asistidos. El hecho es que **muy pocos médicos participan en suicidios médicaamente asistidos: ¿por qué tendrían que forzar a su asociación profesional a hacerse “neutral”?** Los autores señalan que en 30 estados los médicos pueden intervenir en la aplicación de la pena de muerte. El código ético de la AMA prohíbe toda implicación en la pena de muerte, pero hay doctores que ignoran sistemáticamente esta

²¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29722005>

prohibición²². Sin embargo, advierten los autores, “este hecho no afecta a la oposición ética que adopta la profesión, ni tampoco las organizaciones médicas se han sentido impulsadas a dar instrucciones sobre cómo ejecutar bien a los reos para uso de los pocos miembros que lo hacen”.

En cuarto lugar, la discrepancia entre miembros no obliga a adoptar una posición de neutralidad. En la Medicina tienen lugar encarnizados debate en los que algunos médicos rechazan activamente la postura de sus asociaciones. Sin embargo, nadie pide a la AMA que adopte una posición de “neutralidad comprometida” sobre las mamografías.

Finalmente, la apelación a la neutralidad mina el especial papel del médico como profesional: “Parte de la idea de la profesión es que **debe definir su ética independientemente del estado, del mercado y de los vaivenes de la opinión popular**. Adoptar una posición de neutralidad implica que la medicina organizada está evitando asumir la responsabilidad de definir sus propios principios éticos fundamentales”.

Romper las defensas adversarias

Los autores destacan la incoherencia de decirles a los médicos que sean neutrales sobre el suicidio médicaamente asistido, y sin embargo **exigirles que sean sus guardianes** en un sistema legalizado. ¿Por qué se les necesita, entonces?

En realidad, la apelación a la “neutralidad”, y mucho menos a la “neutralidad comprometida”, es solo **una forma inteligente de abrir brecha en las defensas de quienes se oponen al suicidio asistido y a la eutanasia**.

En el periodo anterior a la Segunda Guerra Mundial, Dinamarca, Noruega, Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Lituania, Letonia y Estonia eran todas neutrales. Luego, de golpe, dejaron de serlo.

Publicado en ReL el 2 de noviembre de 2018.

Traducción de Carmelo López-Arias.

²² <https://www.theatlantic.com/health/archive/2012/07/georgias-doctors-and-the-ethics-of-execution/260083/>

Courage publica manual para hacer apostolado a personas con atracción al mismo sexo²³



Imagen referencial / Crédito: Unsplash

Redacción ACI Prensa, 28 de setiembre de

Courage Internacional, el reconocido apostolado católico para personas con atracción al mismo sexo, ha publicado gratuitamente la versión actualizada del “Manual para capellanes de Courage y EnCourage” en español²⁴.

El manual ofrece herramientas espirituales y pastorales a los sacerdotes que sirven en este apostolado como capellanes y a todas aquellas personas interesadas en servir a quienes experimentan atracción al mismo sexo (AMS), así como a sus familiares.

El documento fue publicado el sábado 26 de septiembre en el marco de las celebraciones del cuadragésimo aniversario de Courage Internacional.

“La idea de compartir este nuevo manual con todos los sacerdotes y laicos agentes de pastoral, es ofrecerles una idea clara sobre cómo nuestro apostolado

²³<https://www.aciprensa.com/noticias/courage-publica-manual-para-hacer-apostolado-a-personas-con-atraccion-al-mismo-sexo-97985>

²⁴ <https://couragerc.org/2020-handbook/?lang=es>

presenta las enseñanzas de la Iglesia con compasión, caridad y verdad”, dijo el P. Philip Bochanski, director ejecutivo de Courage International.

“Creemos que el manual será útil no solo para los capellanes de Courage o EnCourage, sino también para otros sacerdotes que quizá aún no se sienten preparados para tener un diálogo con alguien que experimenta AMS y que se acerca buscando ayuda pastoral, pues tienen temor de decir algo equivocado al no saber qué tipo de ayuda necesita la persona en cuestión”, añadió.

El documento actualizado se basa en la visión espiritual del fundador de Courage, el P. John Harvey, así como en las “Cinco metas” establecidas por él y los primeros miembros.

“Ofrecer y divulgar este manual para su estudio y uso pastoral es la manera perfecta de celebrar el legado de nuestros fundadores. Parte de ese legado es el gran número de hispanohablantes, miembros de Courage y EnCourage, alrededor del mundo, que día a día se esfuerzan por llevar una vida de virtud y alcanzar la santidad, teniendo como programa de vida las Cinco metas”, comentó el P. Bochanski.

También resaltó que “en una sociedad en la que las interrogantes sobre la sexualidad y la identidad se vuelven cada día más apremiantes y exigen respuestas, Courage cuenta con los recursos pastorales y espirituales para responder a esas preguntas ofreciendo un sólido testimonio basado en la Sagrada Escritura y en las auténticas enseñanzas la Iglesia”.

“El nuevo manual es precisamente uno de estos recursos”, subrayó.

El documento presenta una breve historia del apostolado y define cada una de las cinco metas de Courage (castidad, oración, hermandad, apoyo y buen ejemplo) y EnCourage (oración y dedicación, formación, caridad, unidad y testimonio), que conforman el programa de vida de los miembros del apostolado.

También contiene un apéndice con recursos sobre identidad sexual y discordancia de género, así como con documentos del Magisterio de la Iglesia sobre la atención pastoral dirigida a personas con AMS.

Para acceder al manual ingrese AQUÍ²⁵.

²⁵ <https://couragerc.org/2020-handbook/?lang=es>

Dios nos creó como personas que aman y son amadas, no como objetos para usar, predica el Papa²⁶



El Papa ha predicado contra la cultura del descarte, también en el contexto de la crisis del coronavirus

ReL, 12 agosto 2020

La cultura del descarte usa a las personas como cosas: las compra, las utiliza, y después las desecha. Pero **las personas no son cosas.** Dios creó a los seres humanos como seres personales, a su imagen y semejanza, **para amar y ser amados.**

Así ha predicado el Papa Francisco este miércoles en la audiencia habitual (después del mes de julio, en que se suspendieron estas catequesis), para intentar **reforzar la centralidad de la persona amada por Dios en nuestras culturas**, también en el contexto de la crisis mundial del coronavirus.

“La pandemia ha puesto de relieve lo vulnerables e interconectados que estamos todos. Si no cuidamos el uno del otro, empezando por los últimos, por los que están más afectados, incluso de la creación, no podemos sanar el mundo” advirtió el Pontífice en su alocución desde la Biblioteca del Palacio Apostólico.

²⁶https://www.religionenlibertad.com/papa_francisco/699491318/Dios-nos-creo-personas-no-objetos-para-usar.html

Una visión distorsionada de la persona

Al inicio, explica el resumen en español de VaticanNews²⁷, el Santo Padre reconoció el loable compromiso “de tantas personas que en estos meses están demostrando el amor humano y cristiano hacia el prójimo, dedicándose a los enfermos poniendo también en riesgo su propia salud: son héroes”. Sin embargo, afirmó el Pontífice, “el coronavirus no es la única enfermedad que hay que combatir, sino que la pandemia ha sacado a la luz patologías sociales más amplias”, como “la visión distorsionada de la persona, una mirada que ignora su dignidad y su carácter relacional.” **Una mirada de los otros como objetos, pasa usar y descartar, que “fomenta una cultura del descarte individualista y agresiva**, que transforma el ser humano en un bien de consumo”.

Creados a imagen y semejanza de Dios

Dios, por el contrario, mira al hombre y a la mujer de otra manera, afirma Papa Francisco. “Él nos ha creado no como objetos, sino como personas amadas y capaces de amar, nos ha creado a su imagen y semejanza”, donando al hombre una dignidad única, invitándolo a vivir en comunión con Dios, en comunión con los hermanos y hermanas, en el respeto de la creación. La creación es una armonía a la cual estamos llamados a vivir: una armonía que es comunión.

Dar la vida por los demás

El Papa reconoce que en los Evangelios hay un ejemplo de esta mirada individualista: la petición que la madre de Santiago y Juan hace a Jesús para que sus hijos puedan sentarse a la derecha y a la izquierda del nuevo rey (Mt. 20, 20-28). Frente a esta petición, **el Señor propone otro tipo de visión: “la del servicio y del dar la vida por los otros”**. Esta búsqueda de ser superior, es un individualismo que destruye la armonía. **"La armonia es otra cosa: es el servicio"**, subraya el Pontífice

Mirada atenta

“Como discípulos de Jesús no queremos ser indiferentes ni individualistas” afirmó el Santo Padre, y pidió al Señor “que nos de ojos atentos a los hermanos y a las hermanas, especialmente a aquellos que sufren”, reconociendo la dignidad humana de cada persona, cualquiera sea su raza, lengua, o condición. “La armonía te lleva a reconocer la dignidad humana, aquella armonía creada por Dios”.

²⁷ https://www.youtube.com/watch?v=CD4JXCcPVfQ&feature=emb_logo La catequesis completa se encuentra en la siguiente dirección: https://www.youtube.com/watch?v=C0Sv47sPG2o&feature=emb_logo

La dignidad humana es inalienable

Citando la Constitución Pastoral *Gaudium et spes* del Concilio Vaticano II, Papa Francisco recordó que “la dignidad humana es inalienable, porque ha sido creada a imagen de Dios”, fundamento de toda la vida social y determina los principios operativos. En la cultura moderna, **“la referencia más cercana al principio de la dignidad inalienable de la persona es la Declaración Universal de los Derechos del Hombre”**. El Santo Padre afirmó que “los derechos no son solo individuales, sino también sociales, de los pueblos y de las naciones”; el ser humano en su dignidad personal es un ser social creado a imagen de Dios Uno y Trino.

Compasión y empatía

Luego, Papa Francisco profundizó sobre las “serias implicaciones sociales, económicas y políticas” que surgen de esta renovada conciencia de la dignidad de todo ser humano, que suscitan un comportamiento de atención, de cuidado y de estupor. El creyente, contemplando al prójimo como un hermano y no como un extraño, lo mira con compasión y empatía, no con desprecio o enemistad, esforzándose por desarrollar su creatividad y su entusiasmo para resolver los dramas de la historia.

“Mientras trabajamos por la cura de un virus que golpea a todos indistintamente, la fe nos exhorta a comprometernos seria y activamente para **contrarrestar la indiferencia delante de las violaciones de la dignidad humana; la fe siempre exige que nos dejemos sanar y convertir de nuestro individualismo**, tanto personal como colectivo”, exhortó el Pontífice.

Finalmente, el Santo Padre pidió al Señor que “pueda ‘devolvernos la vista’ para redescubrir qué significa ser miembros de la familia humana”, y para que esta mirada “pueda traducirse en acciones concretas de compasión y respeto para cada persona y de cuidado y custodia para nuestra casa común.”

EE.UU: uno de cada cuatro jóvenes de 18 a 24 años ha pensado en suicidarse en el último mes²⁸



TOMMY TIGHE: DATOS «REALMENTE DESGARRADORES, AUNQUE ESPERADOS»

Más de una cuarta parte de los jóvenes estadounidenses entre 18 y 24 años han contemplado seriamente el suicidio durante el último mes, según una nueva encuesta de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

17/08/20

(CNA/ACI Prensa) El informe titulado «*Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic – United States, June 24–30, 2020*» se publicó el 14 de agosto. **Los datos se recopilaron de adultos en los Estados Unidos a fines de junio.**

Tommy Tighe, consejero matrimonial y familiar y presentador del podcast católico de salud mental «Saint Dymphna's Playbook», le dijo a CNA –agencia en inglés del Grupo ACI– que encontró que **los datos eran «realmente desgarradores, aunque esperados».**

²⁸ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=38405>

Después de meses de confinamientos prolongados en todo el país y ansiedad por la pandemia de coronavirus, Tighe dijo que «**nuestro nivel básico de ansiedad ha aumentado** durante esta experiencia».

«Tratar de vivir con esta base más alta ciertamente ha **afectado nuestra capacidad para tolerar la frustración y el estrés**», acotó.

Según el CDC, «el **40.9%** de los encuestados informaron al menos una condición adversa de salud mental o conductual, incluidos síntomas de trastorno de ansiedad o trastorno depresivo (30.9%), síntomas de un trastorno relacionado con el trauma y el estrés (TSRD) relacionado con la pandemia (26.3%) y haber comenzado o aumentado el consumo de sustancias para afrontar el estrés o las emociones relacionadas con el COVID-19 (13.3%)».

Esas cifras aumentaron considerablemente entre ciertos grupos. **Casi tres de cada cuatro adultos de 18 a 24 años, y un poco más de la mitad de los adultos de 25 a 44 años**, informaron «al menos un síntoma de salud mental o conductual adverso» en la encuesta. **Entre los hispanos, el 52.1%** de los encuestados informaron al menos un síntoma de salud mental adverso relacionado con la pandemia, así como dos tercios de los encuestados que tenían menos de un diploma de escuela secundaria.

El 54% de los trabajadores esenciales encuestados dijeron que habían experimentado al menos un síntoma de salud mental o conductual adverso relacionado con COVID-19.

De todos los encuestados, el 10.7% informó «haber considerado seriamente el suicidio» en los 30 días anteriores a la realización de la encuesta. **Ese número aumentó al 25.5% de los encuestados de 18 a 24 años**, al 18.6% de los hispanos encuestados y al 15.1% de los encuestados negros no hispanos. Un poco más del 30% de los «cuidadores de adultos no remunerados que realizaron una autoevaluación» y el 21.7% de los trabajadores de servicios esenciales autoevaluados dijeron que ellos también habían considerado seriamente el suicidio en el último mes.

Conciencia sobre la importancia de la salud mental

Tighe dijo que las **cifras sombrías reflejan una falta de conciencia sobre la salud mental** en una cultura más amplia y una falta de acceso a los servicios.

«**Nuestra cultura en general ignora los síntomas de salud mental** y las habilidades de afrontamiento saludables para combatir esos síntomas y, por lo tanto, muchos de nosotros no estamos preparados para enfrentar una experiencia de esta magnitud», dijo.

Con la pandemia de COVID-19, **las escuelas de todos los niveles en todo el país cerraron a la instrucción presencial**. Para los estudiantes de último año que se graduán en colegios y universidades, la mayoría de los cuales están en el grupo de edad de 18 a 24 años, esto significó que su último semestre de la universidad se pasó en línea. Muchos estudiantes vieron cancelados sus trabajos o pasantías debido a los efectos económicos inestables de la pandemia.

James Marafino, un trabajador social católico en el área de Washington DC, le dijo a CNA que estos factores ciertamente han jugado un papel en los sentimientos reportados por los jóvenes de 18 a 24 años.

«Esta es la edad en que [los adultos jóvenes] van a la universidad y encuentran empleo. Esta es una de sus primeras experiencias con la vida independiente, y lo más probable es que **estén manejando una pandemia por su cuenta**», dijo Marafino.

«**Esto causaría una angustia mental/emocional significativa**. Pueden sentir que sus vidas están paralizadas o retrasadas, y no saben cuándo pueden 'reanudar sus vidas'», dijo.

Sophia Swinford, fundadora de Catholic Mental Health, una organización sin fines de lucro que tiene como objetivo aumentar la conciencia y el acceso a los recursos de salud mental para los católicos, dijo a CNA que **le preocupa que el estigma que rodea al suicidio impida que las personas, en particular las de una fe religiosa, obtengan ayuda**.

«Es irónico, 'estigma' proviene de una palabra que se refiere a una marca o marca en un esclavo, y es de esta palabra que obtenemos 'estigmas'. Entonces, tal vez sea precisamente el 'estigma' en torno a los sufrimientos de estas personas lo que debería dejar en claro que estamos llamados a servir a Cristo en ellos», dijo Swinford.

Swinford calificó las **tasas de suicidio y de ideación suicida como un «fracaso social»**.

«Nosotros, como sociedad, les hemos fallado a esas personas, y ya es hora de que comencemos a discernir seriamente cómo podemos cambiar eso», dijo.

Tanto Tighe como Marafino creen que es importante comunicarse entre sí durante este tiempo.

«Necesitamos hablar entre nosotros y ver cómo le va a la gente. Vivimos en una época en la que tenemos tecnología para estar en contacto constante entre nosotros», acotaron.

La espiritualidad también juega un papel en la salud mental.

La gente necesita «orar unos por otros como si todo dependiera de ello», dijo Tighe. También sugirió que las personas que enfrentan estrés reserven tiempo para «hacer una pausa, respirar, orar, meditar» y tomar nota de sus sentimientos sin juzgar.

Tighe sugirió que **tomarse un descanso de los medios y otros entornos que aumentan la ansiedad también es importante**.

«Recuerde tomar descansos del contenido perturbador», agregó Tighe.

«Las redes sociales realmente funcionan en nuestra contra. Si estamos tratando de trabajar con nuestra ansiedad, debemos prestar atención al impacto que tiene en nosotros y tomar descansos cuando sea necesario», concluyó.

El 69% de los problemas de las parejas «no» tienen solución²⁹

Los problemas de pareja, algunos tienen solución, otros «no», lo importante es saber enfrentarlos



ReL, 25 agosto 2020

En la pareja ¿todos los conflictos tienen solución? Esta es la gran pregunta que se hacen matrimonios, novios, psicólogos, terapeutas... Cecilia Gelfi³⁰, experta en temas de pareja, explica que todos los conflictos de una pareja, desde los más pequeños y rutinarios hasta los más complejos, se pueden dividir en dos categorías: los que pueden ser resueltos, y los perpetuos, los que formarán parte de nuestra vida siempre, de una u otra manera. Por eso lo importante es aprender a diferenciarlos para saber qué podemos hacer en cada caso

Problemas perpetuos o irresolubles

De acuerdo con las investigaciones del Dr. John Gottman, **la mayoría de los problemas que tiene una pareja, el 69%, son problemas que no tienen**

²⁹ https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/309652971/problemas-de-pareja-algunos-tienen-solucion-saber-enfrentarlos.html

³⁰ <https://www.lacienciadeamar.com/>

solución. Son esos temas o discusiones que nos acompañan desde el inicio y que se repiten. Por ejemplo, la frecuencia de las relaciones sexuales, algunos aspectos de la educación de los hijos, estilos diferentes a la hora de encarar las tareas del hogar, diferencias fundamentales de personalidad, etc.

Las parejas felices también conviven con este tipo de conflictos pero encuentran una forma de tratar o de lidiar con estos problemas sin que los asfixie o los destruya. Han aprendido a mantener el problema en su lugar e incluso a contemplarlo con sentido del humor.



Gracias a las investigaciones también sabemos que, para que una relación funcione, no es necesario que se resuelvan los grandes conflictos.

Las parejas que funcionan bien entienden intuitivamente que **algunos problemas forman parte de la relación inevitablemente**, podemos compararlo con un dolor de espalda crónico, no nos gusta que esté pero aprendemos a vivir con él y que nos limite lo menos posible.

En las parejas inestables o que no funcionan bien, los problemas perpetuos terminan matando la relación. En lugar de tratarlos de forma efectiva, la pareja se queda estancada en estos problemas, sostienen las mismas discusiones una y otra vez, se repiten las mismas peleas y **no pueden avanzar**. Aparecen el desprecio, la crítica y desaparece el sentido del humor, cada uno se queda fijado en una posición y les es muy difícil ponerse en el lugar del otro. Como tratar el problema se vuelve cada vez más doloroso, a veces las parejas eligen dejar de hablarlo, negarlo y de esta manera se orientan al camino de la desconexión y el distanciamiento.

Problemas solubles

El que un problema tenga solución no significa que se solucione. Una forma de diferenciar e identificar los problemas solubles es que parecen menos intensos, menos dolorosos. Se trata de un dilema o una situación particular, no existe un conflicto subyacente que intensifique la disputa.

¿Cuál es la clave para la resolución? La base para enfrentarnos de forma efectiva a cualquier clase de problema es la misma, comunicar nuestra aceptación básica de la personalidad de nuestra pareja. Por nuestra naturaleza humana, es prácticamente imposible que aceptemos consejo de alguien a menos que sintamos que esa persona nos comprende.

La regla básica es: antes de pedirle a nuestra pareja que modifique su modo de comer, conducir, hacer el amor, o lo que sea, tenemos que hacerle saber que lo comprendemos. Si alguno de los dos se siente juzgado, incomprendido o rechazado por el otro, no podrán enfrentarse a los problemas de la pareja.

Las personas solo podemos cambiar si nos sentimos aceptadas tal como somos. Si nos sentimos criticados o poco apreciados, no podemos cambiar, por el contrario, nos sentimos abrumados y nos "atrincheramos" para protegernos.

Para terminar, algo muy importante, en todas las discusiones, las que tienen solución y las que no, ninguno tiene toda la razón. **No existe una verdad absoluta en el conflicto de pareja, siempre hay dos verdades subjetivas.**

¿Qué distingue a las parejas felices?

Como psicoterapeutas de parejas, para poder ayudar a las personas que nos consultan, necesitamos tener en claro cuáles son las cosas que hacen que una

pareja funcione: hay parejas que funcionan porque en su vida cotidiana han logrado una dinámica, una forma de convivir, que impide que sus pensamientos o emociones negativas sobre la pareja invadan toda la relación, es decir, que **los pensamientos negativos no ahoguen a los positivos**.

Las parejas que funcionan tienen 3 características que las definen: la amistad, el buen uso de los intentos de reparación y un propósito común.



Amistad

Son parejas que se conocen profundamente, conocen los gustos, la personalidad, los miedos y los sueños de su pareja. Muestran gran consideración el uno por el otro y expresan su amor, no sólo con grandes gestos, sino con pequeños detalles cotidianos. La amistad es la mejor

protección contra los sentimientos negativos hacia la pareja. Los pensamientos positivos que tienen el uno sobre el otro y sobre su pareja, son tan dominantes, que prevalecen sobre los negativos. Si hay una "preponderancia de sentimientos positivos" hace falta mucha más negatividad para afectar o dañar la relación.

Buen uso de los intentos de reparación

Podemos llamar "intentos de reparación" a cualquier frase o acción, cómica o no, que impide que la negatividad aumente sin control. Cuando empezamos una discusión y vemos que estamos levantando el tono de voz y que no vamos a llegar a nada productivo en ese momento, podemos recurrir a un intento de reparación para frenar esa escalada.

Por ejemplo, si la mujer le dice al marido: “¡Al final cocinaste, pero dejaste todas las ollas sucias, no me parece justo!”. Puede haber dos reacciones: la del enfrentamiento y ponerse a la defensiva o la de responder: “Sí, tienes razón: déjalas que yo más tarde las lavo”.

Lo que distingue a los matrimonios emocionalmente inteligentes no es que sus intentos de reparación sean mejores o más inteligentes, sino que **la persona que los escucha es capaz de recibirlos**. Esto es así porque la relación no está cargada de negatividad.

Propósito

Son las parejas en las que existe **una sensación de trascendencia**, en las que hay valores compartidos, que respaldan las esperanzas y los sueños o aspiraciones de sus parejas.

El propósito tiene que ver con la posibilidad de sentir que **hay una vida interior compartida**, que hay símbolos y rituales que hemos construido juntos y que forman parte de la cultura de nuestra relación. Por ejemplo, cómo nos manejamos con las comidas, cómo festejamos los cumpleaños, cómo nos gusta disfrutar las vacaciones, cómo nos despedimos antes de ir a dormir, cómo actuamos cuando alguno de los dos está enfermo, etc. **Son todos los códigos que vamos generando con el otro y que nos identifican como pareja y familia.**

Es importante que en esta cultura, estén contemplados los sueños y las necesidades de ambos.

El embajador de EE.UU contribuye a aclarar el asunto del aborto y los derechos globales de la mujer bajo el mandato de Trump³¹



By Lisa Correnti | July 31, 2020

WASHINGTON DC, 31 de julio (C-Fam) Los funcionarios de la Administración Trump aparecieron en una audiencia ante el subcomité de Seguridad Nacional la semana pasada para proporcionar a los miembros del congreso una actualización de la implementación de los temas de la Mujer, la Paz y la ley de Seguridad, aprobada por el congreso y ratificada por el presidente Trump en octubre de 2017. Los demócratas y los partidarios de los derechos del aborto han tratado de empañar el historial del Presidente, que ha promovido los derechos de la mujer a nivel mundial, debido a los esfuerzos de su gobierno para mantener el aborto fuera de la política y los programas internacionales.

“Mientras el tema de la Mujer, la Paz y la Estrategia de Seguridad se ve bien sobre el papel, la administración Trump ha fracasado repetidamente en demostrar su compromiso en la defensa de los derechos de las mujeres y las niñas por el hecho de atacar el acceso a la salud sexual y reproductiva marginando a las mujeres durante la resolución de conflictos y las negociaciones de paz”, dijo el congresista Stephen Lynch (D-MA) en su discurso de apertura. En junio, la Administración Trump publicó planes de implementación para los cuatro departamentos responsables de administrar la Estrategia de Mujeres, Paz y Seguridad de EE.UU. – Departamento de Estado, Departamento de Defensa, la U.S. Agencia para el Desarrollo Internacional y el

³¹https://c-fam.org/friday_fax/el-embajador-de-ee-uu-contribuye-a-aclarar-el-asunto-del-aborto-y-los-derechos-globales-de-la-mujer-bajo-el-mandato-de-trump/

Departamento de Seguridad Nacional. Al mismo tiempo que funcionarios de la Administración aparecían en un evento virtual de la sociedad civil para desplegar los nuevos planes, rechazaban una invitación del Congreso de los Demócratas de la Cámara de Representantes debido al procedimiento de la Casa Blanca que exige que los testigos aparezcan en persona.

Esta negativa originó una carta dirigida al secretario de las cuatro agencias acusándoles de “obstrucción”, y a la Administración Trump de llevar a cabo políticas “agresivas” que están en conflicto con su Estrategia WPS.

La carta escrita por la presidenta del Comité de Supervisión y Reforma de la Cámara de Representantes, Carolyn Maloney (D-NY), criticó los esfuerzos de la Administración Trump para eliminar la frase “salud sexual y reproductiva” en los documentos negociados de las Naciones Unidas y en el Consejo de Seguridad. Citó la suspensión de la financiación al Fondo de Población de la ONU y el reciente acuerdo de paz negociado entre los Estados Unidos y los talibanes como prueba de que el presidente Trump no protege los derechos de las mujeres y las niñas. El subcomité se ofreció a celebrar una audiencia en persona con un número limitado de miembros presentes.

Aunque los cuatro representantes del Organismo expusieron detalladamente los esfuerzos por promover los derechos y la protección de la mujer mediante la participación en la prevención y solución de conflictos, las preguntas formuladas por los Miembros se centraron en la salud sexual y reproductiva.

“En primer lugar, quiero aclarar que no existe un derecho humano al aborto internacionalmente reconocido. Ese no es un derecho reconocido”, dijo la embajadora Kelly Currie. Currie, que ahora preside la Oficina Mundial de Asuntos de la Mujer, respondió a una pregunta del congresista Harley Rouda (D-CA), quien se opuso a los esfuerzos de la Administración para obstaculizar la promoción del aborto a través del sistema de la ONU.

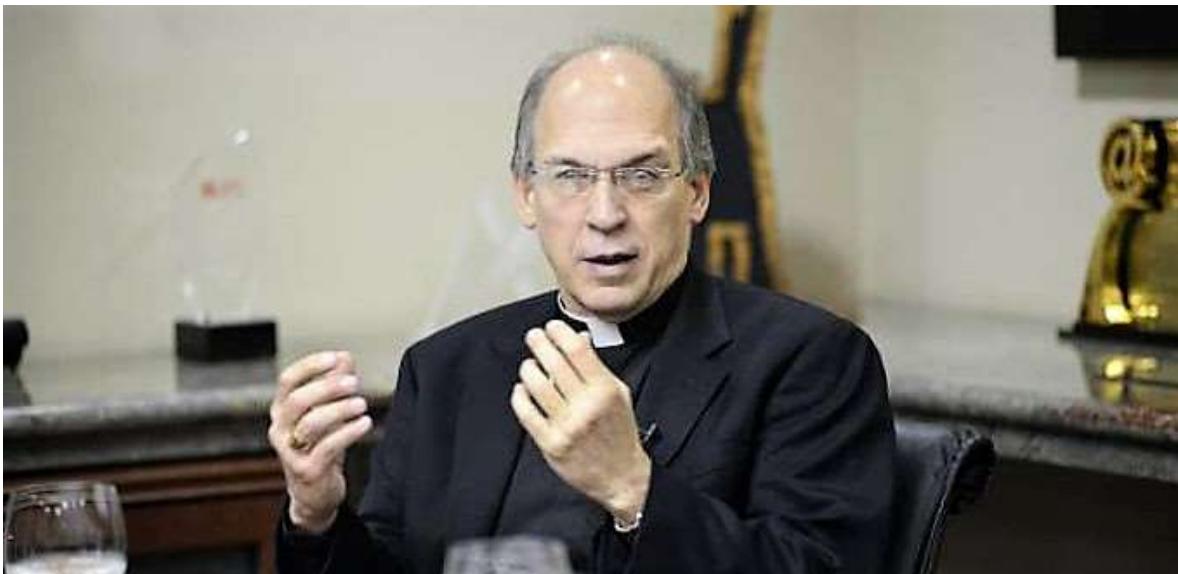
Currie intentó citar la ley de EE.UU. que prohíbe los fondos de los contribuyentes de EE.UU. para la planificación familiar coercitiva para justificar la decisión de retener fondos al Fondo de Población de la ONU, pero fue interrumpido por el congresista de California. Rouda redirigió el interrogatorio a la restricción de la anticoncepción, otra falsa acusación que hacen los defensores de los derechos reproductivos.

Currie respondió que la Administración no restringe el acceso a la anticoncepción. EE.UU. es el mayor proveedor de asistencia para la planificación familiar, dijo, y continúa haciéndolo a través de gastos masivos de asistencia bilateral y multilateral.

El miembro republicano de mayor rango del subcomité Glenn Grothman (R-WI) expresó la preocupación por la “reproducción” de sus colegas demócratas. “Y les advierto: hay algunas cosas en los Estados Unidos de las que no creo que debamos estar orgullosos y no creo que debamos exportar alrededor del mundo.” Grothman citó la naturaleza permisiva de las leyes del aborto de EE.UU. diciendo que EE.UU. es uno de los siete países que permite un derecho al aborto sin restricciones.

Además del extenso trabajo de la Administración Trump sobre Mujeres, Paz y Seguridad, Trump firmó legislación que ordena la programación de USAID para promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, y tomó medidas ejecutivas en una iniciativa mundial para ayudar a empoderar económicamente a 50 millones de mujeres para 2025.

El episcopado dominicano recuerda que el derecho a nacer no es una concesión de la sociedad ni del Estado³²



LOS OBISPOS ENTREGAN UNA CARTA AL PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS

Mons. Emilio Masalles, obispo de Maní, en compañía de una representación de las Comisiones Nacionales de Pastoral de Vida y de Familia de la Conferencia del Episcopado Dominicano (CED), ha entregado al presidente de la Cámara de Diputados de República Dominicana un documento con la postura de la Iglesia ante la posible reapertura del debate sobre el aborto.

3/09/20

(Aica) «**Los derechos del hombre no están subordinados ni a individuos ni a los padres, y tampoco son una concesión de la sociedad o el Estado:** pertenecen a la naturaleza humana y son inherentes a la persona en virtud del acto creador que la ha originado», manifiesta el escrito, ante la propuesta de eliminar la prescripción del Código Penal que castiga el aborto, abriendo paso a la despenalización.

Debate agotado

Para Mons. Masalles la despenalización del aborto es «un debate agotado a nivel nacional» y **querer introducir el tema retrasa la entrada en vigor de un Código Penal, «necesario y urgente».**

³² <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=38532>

«La Iglesia Católica está completamente de acuerdo con el Proyecto de Ley de Código Penal tal como fue presentado hace unos días en la Cámara de Diputados, pues se apega fielmente a los principios constitucionales que rigen la República Dominicana y es el fruto de largos años de debates y discusiones que llevaron a construir el consenso actual», expresa el documento.

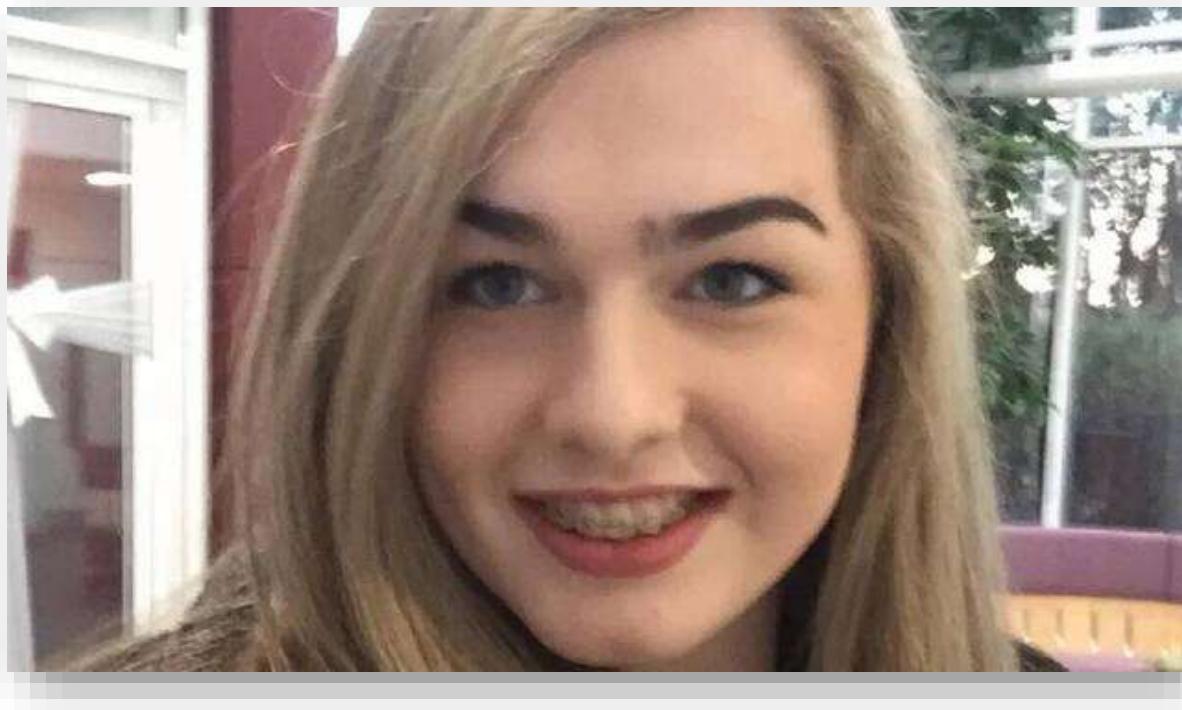
En el documento entregado a la presidencia de la Cámara de Diputados, se incluyen consideraciones médicas y jurídicas acordes con la doctrina de la Iglesia sobre el derecho a la vida desde la concepción. Y se explaya sobre la invalidez de tres causales que se quiere introducir para permitir el aborto.

Expresa también el texto, que **los intentos de legalizar el aborto son producto de presiones económicas extranjeras.**

«La liberalización del aborto normalmente es una **vía fácil** para la solución de los embarazos no deseados, y también representa un **negocio rentable para muchos**. Además, lo único que se logra es aumentar el número de abortos de una nación», indica el documento.

La madre de un adolescente trans muerto quiere honrar a su hijo «creando» un hijo con su esperma³³

El joven murió en pleno proceso hormonal de cambio de sexo



Este joven trans murió con 16 años una vez iniciado el proceso hormonal para convertirse en mujer

J. Lozano / ReL, 07 septiembre 2020

Una de las ofensivas más potentes de la ideología de género³⁴ en este momento es la transgénero. Una vez que en muchos lugares se han logrado los objetivos reclamados por los colectivos gays ha llegado el turno del lobby trans³⁵.

Tras años de empuje desde el ámbito de la política y de la propaganda en medios de comunicación, cine y series, e incluso en la educación, **son miles de personas, muchos de ellos menores de edad, los que están tomando una decisión sin evidencia científica que cambiará irremediablemente su vida**, o directamente la perderán.

³³ <https://www.religionenlibertad.com/personajes/179449282/madre-adolescente-transgenero-utilizar-esperm-hijo.html>

³⁴ <https://www.religionenlibertad.com/secciones/1/50/tag/ideologia-de-genero.html>

³⁵ <https://www.religionenlibertad.com/secciones/1/203/tag/transsexualidad.html>

Estos cambios de sexo repentinos que implican **bloqueadores hormonales primero** e incluso **intervenciones quirúrgicas** que suponen la extirpación de sus órganos sexuales son cada vez más frecuentes, y provocan grandes dramas personales y familiares.

El adolescente muerto en pleno proceso

Recientemente, en Reino Unido se ha conocido un caso que ejemplifica esta confusión generalizada que privilegia la ideología a la ciencia. Y además el suceso producido en Escocia mezcla otros debates morales que añaden si cabe más drama a este asunto.

Se trata de “**Ellie Anderson**”, un **adolescente escocés transexual de 16 años que falleció el mes pasado por causas “no determinadas”** tras iniciar la terapia hormonal para ser mujer. Sin embargo, en ninguna información como la que ofrece la BBC se profundiza en los motivos de la muerte y la relación con estas terapias.

Hace unos días nacía SEGM³⁶, la Sociedad para una Medicina de Género Basada en la Evidencia, formada por profesionales médicos que alertan de estos tratamientos y recordaban que ya **hay estudios que demuestran una asociación con muertes prematuras³⁷, altas tasas de suicidio, complicaciones cardiovasculares y desajustes óseos.**



Pero el caso no ha quedado en la triste muerte de este adolescente escocés sino que su caso ha salido en los medios de comunicación debido a lo siguiente: **dos años antes, cuando apenas tenía 14 años, había congelado su esperma** para que en el futuro ya tras el cambio de sexo pudiera tener dos hijos a través de un vientre de alquiler y una donante de óvulos. Era su sueño. *La madre asegura que no parará de luchar hasta que pueda utilizar el esperma congelado de su hijo*

³⁶ <https://www.segm.org/>

³⁷ https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/513180582/SEGM-transexual-ciencia-medica-real-evidencia.html

La lucha legal de la madre

Su madre asegura que quiere defender el legado de su hijo y quiere convertirlo en padre/madre una vez muerto. “Cuando era adolescente retrasó los bloqueadores hormonales para **salvar su esperma y permitirle tener sus propios hijos biológicos**”, contó la madre a la *BBC*³⁸.

En su intervención, añadió que “**me había hecho prometerle que si le pasaba algo, sus hijos serían traídos al mundo.** Voy a hacer todo lo que pueda para cumplir sus deseos, no sólo por ella, sino por cualquier otra persona que esté atrapada en esta posición. Encendió fuego en mi interior y quiero hacer realidad sus deseos”.

Su objetivo pasa por **utilizar ahora el esperma de su hijo menor recientemente fallecido para contratar un vientre de alquiler y una donante de óvulos**. Sin embargo, tal y como recoge *Mercatornet*³⁹, esto no es actualmente legal en Reino Unido puesto que en estos casos el esperma debe ser destruido.

En el caso de que el joven hubiera tenido pareja, éste podría haber tenido derecho a pedir la conservación del esperma. Pero **su madre no se da por vencida y asegura que agotará todas las vías legales para conseguirlo**.

El debate ético

“Lo que estamos tratando de lograr es obtener una orden del tribunal para que la madre de **Ellie tenga derecho a utilizar su esperma para el propósito que pretendía, que es crear un hijo genético suyo y un nieto para la señora Anderson**”, afirma el abogado. Si esto no prospera, el siguiente objetivo es comenzar una campaña para cambiar la ley escocesa.

³⁸ <https://www.bbc.com/news/uk-scotland-glasgow-west-53889359>

³⁹ <https://mercatornet.com/mother-of-dead-trans-teen-seeks-to-create-a-child-to-remember-him-by/66290/>



Pero el debate ético y moral sobre este tipo de casos vuelve a brillar por su ausencia al quedar ensombrecido por la vía sentimental, que es el gran aliado de la ideología de género frente a la ciencia.

Los bebés no son premios ni trofeos

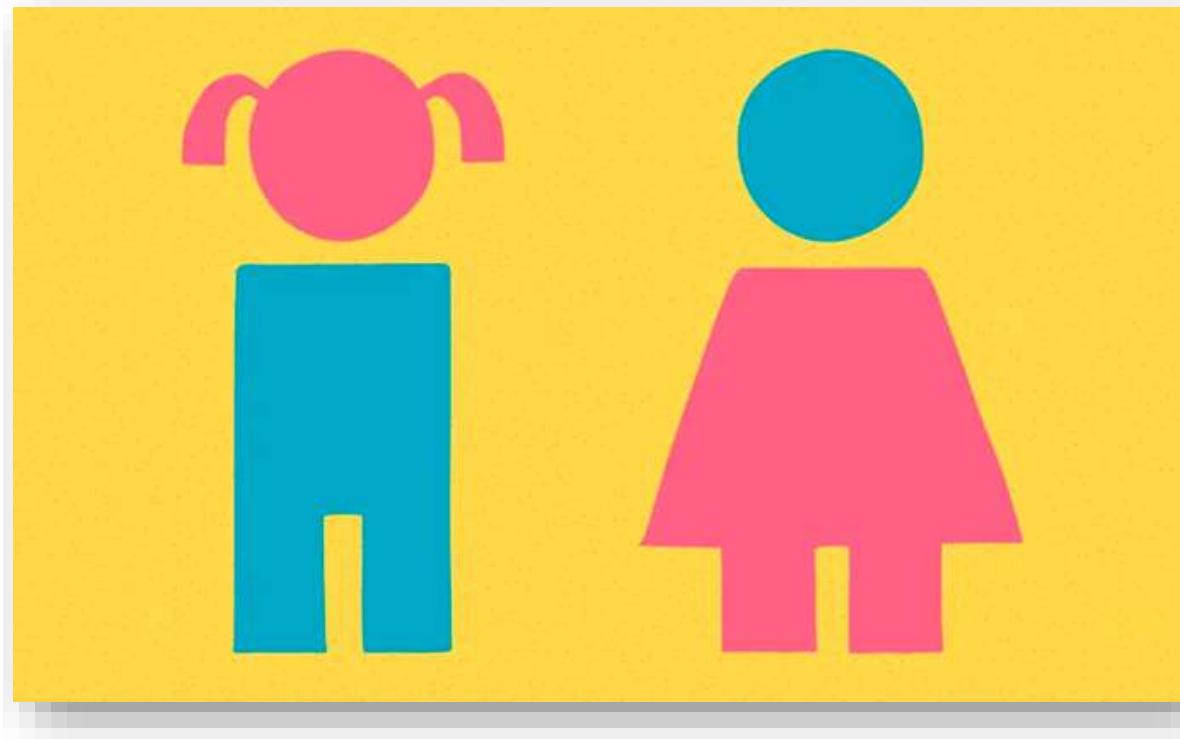
En el caso de que la madre de Ellie lograra su objetivo nacerían uno o dos bebés sin madre ni padre. **Todo niño tiene un derecho internacionalmente reconocido a tener padres. No existe, por otro lado, un derecho a ser padres.**

En este caso concreto, lo que Louise Anderson quiere es un recuerdo de su hijo, un ser humano creado para honrar su memoria. Pero **los seres humanos existen por sí mismos, no como trofeos.**

Otra tragedia de este suceso es que este adolescente murió en un estado de profunda confusión sobre su vocación biológica de ser padre. **Ser padre es más que ser un donante de esperma.** Es un profundo sentido de responsabilidad personal engendrar, amar y cuidar a otro ser humano en una relación comprometida con una mujer amorosa.

En él, **implicaba reducir su masculinidad a un accidente biológico** para después destruir sus órganos reproductivos masculinos para más adelante contratar a una mujer para gestar un embrión.

El tratamiento hormonal para cambio de Sexo en menores ¿Derecho Humano o Tortura?⁴⁰



septiembre 7, 2020

La CONAPRED (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación) publica en su portal- “Diez Historias de niñas y niños transgénero”⁴¹. Allí relatan la vida de menores que iniciaron su transición de cambio de sexo, por ejemplo, Jazz Jennings- quien inicio su cambio de hombre a mujer a los 5 años de edad, y “Ahora a los 13 años se enfrenta a nuevos retos. La pubertad le ha dado miedo, pero en la actualidad se somete a la **terapia hormonal** que impedirá el crecimiento del vello corporal y otras características sexuales masculinas”.

Organismos como la Asociación por las Infancias Transgénero⁴² , anuncia en sus testimoniales “Desde que estaba embarazada de mi primer hijo sabía que tendría un arcoíris, y fue así como Pau llegó... Mi esposo y yo trabajamos en

⁴⁰ <http://www.haztesentir.mx/el-tratamiento-hormonal-para-cambio-de-sexo-en-menores-derecho-humano-o-tortura/>

⁴¹ http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=noticias&id=5600&id_opcion=&op=44

⁴² <https://infanciastrans.org/>

teatro, personal, laboral, y este mismo nos fue preparando el camino para cuando llegara Pau”. Esta asociación está avalada por la CNDH y Derechos Humanos de la Ciudad de México, CONAPRED y COPRED.

Legisladores de Morena en la Ciudad de México, comandados por Temístocles Villanueva y Paula Soto, aprobaron en Comisiones una Ley que permite a menores modificar su acta de nacimiento sin juicio y sin el consentimiento de sus padres⁴³. Lo cual es la antesala para iniciar procesos de hormonización.

En medios de comunicación, personajes Ana Francisca Vega, conductora de noticieros Televisa, festejó como un gran triunfo para la niñez y activistas la conversión de un niño de 6 años a niña, en el programa matutino Despierta con Loret hace un par de años.

Tenemos entonces a organismos anti-discriminación, Derechos Humanos, legisladores, medios de comunicación y hasta algunos padres de familia apoyando el tratamiento hormonal a menores. ¿Es esto correcto? Para determinarlo creemos esencial el responder a las siguientes preguntas:

¿El cambio de género en menores es en realidad un Derecho Humano?

¿Es normal que el menor quiera cambiar su género, cuenta con la suficiente madurez como para tomar esa decisión?

¿Tienen los padres el derecho a cambiar a su hijo de género?

¿Puede el estado obligar a los padres a cambiar a su hijo de género?

¿Tienen las terapias hormonales efectos secundarios de largo plazo?

Intentemos responderlas:

¿El cambio de género en menores es en realidad un Derecho Humano?

Analistas progresistas como Eder Guevara y Martín Vivanco del programa Punto y Contrapunto afirman que es parte del “desarrollo integral” o “autodeterminación”⁴⁴; y por lo tanto es un derecho de la niñez ya que el Derecho a la Identidad es un principio de la Convención de los Derechos del Niño.

¿Es esto verdad?

La Convención de los Derechos del Niño el concepto de identidad se encuentra en el Artículo 8, el cual declara que: “Los Estados Parte se comprometen a

⁴³ <https://www.publimetro.com.mx/mx/noticias/2020/01/22/van-ley-infancia-trans-cdmx.html>

⁴⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=OlrmF1cqPqY>

respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas.”⁴⁵

Los niños conforme crecen desarrollan el concepto de identidad, antes de su tercer cumpleaños toman conciencia física en las diferencias entre varones y mujeres, sin embargo, cuando su identidad de género no es igual al sexo biológico estamos hablando de una enfermedad mental llamada disforia de género (del cual hablaremos más adelante), por lo que es una extrapolación sin sustento el considerar un trastorno como parte inmutable de una identidad que está en etapa desarrollo temprano.

Aquí los analistas están claramente queriendo meter su ideología con calzador.

Respuesta- **Es falso** que el cambio de genero de los niños sea un derecho humano de acuerdo con la Convención de los Derechos del niño, o ningún otro tratado en DDHH firmado por México.

¿Es normal que el menor quiera cambiar su género? ¿Cuenta con la suficiente madurez como para tomar esa decisión?

En medicina esta confusión de identidad de género se conoce como Disforia de Género, la cual es considerada como una enfermedad mental en el manual de trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psicología. Las investigaciones muestran que entre el 75 y el 95 por ciento de los niños con disforia de género que pasan por la pubertad sin ningún tratamiento transgénero en realidad se sienten cómodos con sus cuerpos⁴⁶.

Por lo que afirma Lisa Sánchez, directora de México Unido Contra la Delincuencia, en el mismo programa de Punto y Contrapunto, sobre que la mayoría de los niños con Disforia de Genero no se arrepienten es completamente falso⁴⁷.

Paulina Amozurrutia, especialista en pedagogía y procesos cognitivos en menores de edad, explica que desde el punto de vista pedagógico un menor de edad no está listo para tomar ninguna decisión trascendente de esta relevancia. Y precisamente el sistema educativo y las políticas públicas se generan para

⁴⁵ <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

⁴⁶ <https://www.heritage.org/marriage-and-family/commentary/pelosis-equality-act-could-lead-more-parents-losing-custody-kids-who>

⁴⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=OlrmF1cqPqY>

preparar al menor en un proceso paulatino y longitudinal para hacer frente a este y muchos otros tipos de decisiones⁴⁸.

Respuesta- La disforia de género es una enfermedad mental, que la gran mayoría de las veces se corrige naturalmente o por medio de acompañamiento profesional⁴⁹ y por lo tanto **no es normal ni recomendable** que el niño quiera cambiar su género, además de no tener la suficiente madurez intelectual como para tomar este tipo de decisiones.

¿Tienen los padres el derecho a cambiar a su hijo de género?

La Convención de los Derechos del Niño en su artículo 3ro dice lo siguiente: “En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”

Al ser la disforia de género considerada una enfermedad mental, el mantenerla o profundizarla no puede estar en sintonía con el interés superior del menor, por lo que el estado no puede permitir que los padres inicien procedimientos para el cambio legal o físico del sexo de su hijo; lo cual incluye:

- Cambio de género en documentos de identidad
- Bloqueadores de pubertad
- Hormonas de sexo cruzado
- Cirugía de reasignación de sexo.

Dr. Stephen B. Levine, profesor de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Case Western Reserve, hace la pregunta pertinente: ¿Son los niños realmente capaces de comprender la forma en que los tratamientos hormonales alterarán sus vidas y los harán incapaces de tener sus propios hijos? Existe una razón por la que contamos con leyes de consentimiento informado: para proteger a las personas, como a los niños, de que se aprovechen de ellas⁵⁰; y como demostramos anteriormente que el menor no tiene la suficiente madurez para consentir este tipo de decisiones, estas no deben ser permitidas, aunque así lo deseen los padres o tutores.

⁴⁸ <https://siete24.mx/vida-y-familia/un-nino-no-tiene-la-madurez-intelectual-para-definir-su-identidad-sexual-especialista/>

⁴⁹ <https://cultureoflife.org/2005/11/21/gender-identity-disorder-in-children/>

⁵⁰ <https://www.heritage.org/marriage-and-family/commentary/pelosis-equality-act-could-lead-more-parents-losing-custody-kids-who>

Respuesta- Los padres de familia o tutores no tienen derecho a cambiar el género de un menor de edad.

¿Puede el estado obligar a los padres a cambiar a su hijo de género?

En Ohio, unos padres de familia perdieron la custodia de su hija biológica por negar a que tomara suplementos de testosterona⁵¹. La clínica de género infantil de Cincinnati recomendó estos tratamientos para la disforia de género. Cuando sus padres quisieron tratarla con consejería, el fiscal del condado los acusó de abuso y negligencia, mientras que los activistas transgénero y los médicos pro-trans compararon su decisión con negar el tratamiento para el asma o incluso para los pacientes con cáncer.

Por lo anterior considero ingenua (por decirlo en forma suave) la opinión de Lisa Sanchez y Genaro Lozano cuando afirman que la Ley de Infancia Trans, dictaminada en el Congreso de la CDMX, donde la infancia podrá modificar su acta de nacimiento de acuerdo a la identidad de género sin necesidad de pasar por un juicio⁵², ni obligará a los Padres a hormonar a sus hijos.

Es cierto, esa ley tal cual no los obliga, pero esto abre la puerta a que grupos de presión LGBT coaccionen a jueces para que los Padres pierdan la patria potestad si no cumplen los deseos del menor.

En Estados Unidos, la demócrata Nancy Pelosi, presentó la Iniciativa de Ley “Equality Act”, la cual permitirá a los activistas transgénero el demandar a médicos y hospitales por “discriminación” por no hacer cirugías de cambio de sexo, como ya sucede e Nueva Jersey y California⁵³.

En México, diputados de Morena en la Ciudad de México (con la complicidad de Mauricio Tabe y Jorge Triana del PAN y el beneplácito de Claudia Sheinbaum) aprobaron en Julio de este año la ley que prohíbe las Terapias de Conversión, con sanciones que van de 2 a 5 años de prisión para terapeutas o padres de familia que atenten contra el “libre desarrollo de la personalidad o identidad sexual”. Esta ley y la iniciativa de Infancia Trans son los primeros pasos de un estado totalitario que pretende imponer la Ideología de Género por encima de la voluntad de los padres⁵⁴.

⁵¹ <https://www.heritage.org/marriage-and-family/commentary/pelosis-equality-act-could-lead-more-parents-losing-custody-kids-who>

⁵² <https://www.forbes.com.mx/organizaciones-piden-al-congreso-de-la-cdmx-descongelar-ley-de-infancias-trans/>

⁵³ <https://www.heritage.org/marriage-and-family/commentary/pelosis-equality-act-could-lead-more-parents-losing-custody-kids-who>

⁵⁴ <https://www.forbes.com.mx/noticias-congreso-cdmx-aprueba-castigar-terapias-de-conversion-sexual/>

Respuesta- En teoría el Estado no te puede obligar a hormonar a tu hijo, pero en países como Estados Unidos el lobby gay ya logró la pérdida de la patria potestad para quienes se oponen, y en México se están dando los primeros pasos en ese sentido al aprobar leyes que vulneran el DH de los padres a educar a sus hijos.

¿Las terapias hormonales tienen efectos secundarios de largo plazo?

En Occidente ya se están dando cuenta de que los experimentos de bloque hormonal y hormonización cruzada en niños si tienen efectos secundarios a largo plazo.

Estos **efectos secundarios** pueden incluir **pérdida de densidad ósea, disminución de la capacidad cognitiva e infertilidad.**, además de **complicaciones cardiovasculares, muertes prematuras y altas tasas de suicidio postoperatorio»** según múltiples estudios⁵⁵.

El endocrinólogo Dr. Michael Laidlaw también advierte que los daños a largo plazo para los niños pueden no aparecer hasta años después, cuando, como adultos jóvenes, comienzan a preguntarse: «¿Cómo es que no puedo tener hijos en este momento?» Bueno, es porque su fertilidad fue destruida por una combinación de bloqueadores de la pubertad, hormonas sexuales incorrectas y cirugía ».

La Dra. Michelle Cretella, directora ejecutiva del Colegio Americano de Pediatras, lo describe como **«abuso infantil institucionalizado»**⁵⁶.

Respuesta- La terapia hormonal **SI** tiene efectos secundarios a corto, mediano y largo plazo que dañan al paciente, y ni hablamos de una cirugía de reasignación, la cual tiene efectos **irreversibles**.

En resumen, las terapias hormonales para cambio de sexo **no son un Derecho y Humano y si entran en la definición de tortura.**

Respondimos ya a las preguntas, ahora ¿Qué debemos de hacer?

Ante estos hechos, más de un centenar de médicos de diferentes especialidades provenientes de diferentes países han puesto en marcha la Sociedad por una Medicina de Género basada en Pruebas (en inglés, Society for Evidence based Gender Medicine, SEGM). Se trata de un grupo multidisciplinario cuyo objetivo

⁵⁵ <https://www.actuall.com/familia/medicos-de-todo-el-mundo-contra-la-experimentacion-descontrolada-en-menores-que-dicen-ser-transexuales/>

⁵⁶ <https://www.heritage.org/marriage-and-family/commentary/pelosis-equality-act-could-lead-more-parents-losing-custody-kids-who>

es «promover la atención médica segura, compasiva, ética y basada en pruebas para niños, adolescentes y adultos jóvenes con disforia de género»⁵⁷.

Sin embargo, tienen como adversario al movimiento transgénero, financiado por organismos internacionales como la Open Society de George Soros⁵⁸ entre otros. Este movimiento ignora los hechos mostrados a través de estadísticas, presionando agresivamente para que los niños con disforia de género sean tratados con medicamentos no aprobados por organismos reguladores; demostrando que no quieren su bienestar, sino imponer su enferma ideología.

El enemigo es poderoso, los médicos no van a poder solos, requieren de nuestro apoyo organizado.

Proponemos lo siguiente:

- **Combatamos** iniciativas de ley que menoscaban la tutela de los padres y sirven como Caballo de Troya para la imposición de la Ideología de Género como son la del cambio de género en documentos de identidad y la recién aprobada prohibición de terapias de conversión; en esta última se utilizaron como justificantes una supuesta tortura física al paciente, lo cual tiene lustros sin presentarse.
- **Apoyemos** a los legisladores que buscan leyes más coherentes, basadas en la ciencia y en los verdaderos derechos humanos.
- **Secundemos** a los profesionales de la salud que cumplen el juramento hipocrático “trataré de prevenirles contra todo lo que pueda serles dañino o perjudicial”.
- **Socorramos** a los padres de familia en su derecho humano de transmitir valores a sus hijos.
- **Informemos** a la sociedad sobre los peligros de la Ideología de Género, y luchemos contra las iniciativas del gobierno actual, el cual, a través de Olga Sánchez Cordero, busca imponerlo en la educación primaria y secundaria⁵⁹.
- **Organicémonos** finalmente, a través de asociaciones que defienden los verdaderos Derechos de los Niños⁶⁰. En México hay varias como Frente

⁵⁷ <https://www.actuall.com/familia/medicos-de-todo-el-mundo-contra-la-experimentacion-descontrolada-en-menores-que-dicen-ser-transexuales/>

⁵⁸ <https://www.opensocietyfoundations.org/events/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-funders-report-release>

⁵⁹ <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/07/13/el-pin-parental-confronta-a-gobernacion-y-organizaciones-profamilia>

⁶⁰ <https://www.actuall.com/democracia/grupos-pro-familia-rechazan-el-avance-de-proyecto-de-infancia-trans-en-la-ciudad-de-mexico/>

Nacional por la Familia, Red Familia, ConParticipación, Red de Comunicadores, etc.; así seremos mucho más eficaces.

Defendamos a nuestros niños, protejamos su integridad e inocencia, asistamos en su sano desarrollo y no permitamos que caigan en las garras de quienes se quieren aprovechar de su falta de madurez para realizar en ellos experimentos que dañan su salud y dignidad, causándoles daños permanentes.

Recordemos las sabias palabras de Jesús en el evangelio de San Lucas:

Es inevitable que vengan tropiezos, pero ¡ay de aquel por quien vienen! Mejor le sería si se le colgara una piedra de molino en el cuello y fuera arrojado al mar, que hacer tropezar a uno de estos pequeños.

Hazte Sentir.

Esta profecía sobre el aborto estuvo “enterrada” 50 años en una revista médica⁶¹

Redacción ACI Prensa, 15 de setiembre de 2020



Foto referencial. Crédito: Pixabay.

Una revista para profesionales en medicina de hace 50 años que admite sin rodeos que la vida inicia desde la concepción, profetizó que solo mediante la “gimnasia semántica” se podría negar algo tan obvio.

La revista de Golden State llamada “The Western Journal of Medicine” publicó en 1970 un editorial claramente profético titulado “A New Ethic for Medicine and Society”⁶² (Una nueva ética para la medicina y la sociedad), en la que se admite sin rodeos que **“todo el mundo sabe realmente” cuándo comienza la vida y que sería necesaria la “gimnasia semántica” para negarlo.**

⁶¹ <https://www.aciprensa.com/noticias/esta-profecia-sobre-el-aborto-estuvo-enterrada-50-anos-en-una-revista-medica-54820> Traducido y adaptado por Cynthia Pérez. Publicado originalmente en el National Catholic Register <https://www.ncregister.com/blog/a-prophecy-buried-in-a-50-year-old-medical-journal>

⁶² <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1501546/pdf/califmed00141-0097.pdf>

El artículo fue publicado tres años antes de la aprobación del fallo Roe vs Wade de 1973, con el que la Corte Suprema legalizó el aborto a pedido y durante los nueve meses de embarazo en todos los estados.

En la época de la publicación del profético artículo, los esfuerzos para legalizar el aborto habían alcanzado su cenit, pues en 1967 California había ampliado las bases para el aborto y en mayo de 1970, Nueva York había adoptado lo que era la ley estadounidense más permisiva sobre el aborto, que permitía practicarlo a pedido hasta las 24 semanas de gestación.

Si bien la ley de Nueva York representó el mayor “logro” de la legalización del aborto en las legislaturas estatales, los defensores de la vida también obtuvieron victorias en los referendos y legislaturas estatales entre 1970 y 1973; algo que el autor del artículo podría no haber sabido.

En muchos sentidos, el editor de California Medicine anticipa que el problema está en el inicio del título de su artículo “Una Nueva Ética”, que 25 años más tarde el Papa San Juan Pablo II explicaría en su encíclica “Evangelium vitae”, donde contrasta una “cultura de la vida” y una “cultura de la muerte”.

En el artículo se explica que dos éticas distintas están en competencia, no solo por la medicina sino, quizás más importante, por una mayor aceptación social.

En esa época, la ética imperante era la de la “santidad de la vida” que afirmaba la “reverencia por todas y cada una de las vidas humanas” como la “piedra angular de la medicina occidental”.

Esa ética disfrutó de “la bendición de la herencia judeocristiana y ha sido la base de la mayoría de nuestras leyes y gran parte de nuestra política social”. Además, fomentó un espíritu dentro de la medicina que hizo que los médicos “trataran de preservar, proteger, reparar, prolongar y mejorar cada vida humana” que estaba bajo su cuidado profesional.

No obstante, si bien esta ética era “claramente dominante”, estaba “siendo erosionada en su núcleo e incluso podía ser abandonada eventualmente”. En contraste con el valor absoluto que la ética de la “santidad” otorga a todas y cada una de las vidas humanas, su competencia era una ética de la “calidad de vida” que relativiza y plantea que no todas las vidas son creadas iguales.

El artículo reconoció varias tendencias más amplias que promovieron esta “nueva ética”. Por ejemplo, si bien en 1968 Paul Ehrlich publicó “La explosión demográfica”, en 1970 fue la era del “crecimiento demográfico cero”, es decir, al menos durante dos tiempos o momentos la diferencia entre nacimientos, muertes y migración fue cero.

Asimismo, el progreso tecnológico que hizo realidad cosas antes imposibles también fomentaba una creciente preocupación por la “calidad de vida” que, en el juego de suma cero del crecimiento demográfico cero, significaba que más vidas podrían amenazar los estilos de vida a los que ellos “están acostumbrados o les gustaría acostumbrarse”.

Si bien lo anterior podría haber creado el clima intelectual para el cambio ético, la revista médica reconoció proféticamente el aborto, tema que se convirtió en el cartel “anti-niño” de la “nueva ética”, y realizó un diagnóstico preciso de lo que estaba pasando.

“El proceso de erosionar la vieja ética y sustituir la nueva ya ha comenzado. Puede verse más claramente en el cambio de actitudes hacia el aborto humano”, señaló. “Dado que la vieja ética aún no ha sido completamente desplazada, ha sido necesario **separar la idea del aborto de la idea de matar, que sigue siendo socialmente aborrecible**”, añadió.

El autor subrayó que “el resultado ha sido una curiosa forma de evitar el hecho científico, que todo el mundo realmente conoce, de que la vida humana comienza en la concepción y es continua, ya sea intrauterina o extrauterina hasta la muerte”.

“La muy considerable ‘gimnasia semántica’ que se requiere para racionalizar el aborto como cualquier otra cosa que no sea quitar una vida humana sería ridícula si no se presentara bajo auspicios socialmente impecables. Se sugiere que **esta especie de subterfugio esquizofrénico es necesaria**, porque mientras se acepta la nueva ética, la antigua aún no ha sido rechazada”, agregó.

En la actualidad, ¿es posible imaginar una revista convencional, incluso una revista médica profesional, admitir abiertamente que “todos realmente saben” cuándo comienza la vida y que evitar esa pregunta implica una “gimnasia semántica esquizofrénica” que, si no es presentada por los formadores de opinión de la élite y las instituciones que los respaldan con aval del “poder judicial” serían tachados de risibles y ridículos?

San Juan Pablo II notó el progreso de esa “nueva ética” en 1995 cuando advirtió sobre la invasión de la “cultura de la muerte” en el mundo. Si uno mira las tendencias médicas desde la publicación de este artículo, la cosecha mortal de tal “nueva ética” es bastante espantosa.

¿Podría el editorialista haber imaginado que, 50 años después, 63 millones de bebés estadounidenses habrían muerto?

¿Podría haber imaginado que los países más desarrollados del mundo, que en su mayoría prohíben la pena de muerte, ahora consideran la pena capital prenatal como un “derecho civil y humano”?

¿Podría haber imaginado que, en algunos países, los médicos prostituyen su profesión ayudando a matar a sus pacientes, a veces a pedido de ellos, a veces a pedido de su familia, a veces juzgando que el cuidado continuo, incluida la comida y la bebida, es “inútil”?

¿Podría haber imaginado que, en algunos países, incluso los menores de edad pueden pedir a sus médicos que los ayuden a matarlos?

¿Podría haber imaginado que, en algunos países, el hecho de que un médico no prostituya sus artes médicas al negarse a participar en la “asistencia médica para morir”, que es otra “gimnasia semántica” para la eutanasia, requeriría derivar el caso a un colega que sí podría practicarlo o si no, perdería la capacidad de practicar la medicina?

¿Podría haber imaginado que algunas asociaciones profesionales intentarían exigir la participación en el aborto como una parte necesaria de la educación médica, de modo que los médicos a favor de la vida sean retirados de la especialización de obstetricia y ginecología?

Cuando se decidió el caso Roe vs. Wade, esta editorial fue citada con frecuencia para criticar el doble discurso en el que se involucró el entonces juez de la Corte Suprema Harry Blackmun.

En el polémico caso que dio lugar al aborto en Estados Unidos, el juez Blackmun “utilizó una metodología intratextual para explicar el significado de ‘persona’ en lugar de explorar el significado original del término” presente en la Constitución de 1968.

Según la Decimocuarta Enmienda⁶³ de la Constitución, “la palabra ‘persona’ garantiza el debido proceso y la misma protección a todos los miembros de la especie humana”, señaló Joshua Craddock en un artículo publicado en la revista Harvard Law Journal and Public Policy.

Con el tiempo y el ascenso de la “nueva ética” como bioética, esta corriente ha hundido sus tentáculos cada vez más profundamente en la medicina.

Recuerdo a Daniel Callahan del que fue considerado el primer instituto de bioética del mundo, el “Hastings Center”, admitiendo alguna vez que la bioética

⁶³ <https://constitutioncenter.org/interactive-constitution/amendments/amendment-xiv>

contemporánea surgió no porque faltara una ética médica, sino **porque estaba demasiado ligada a la tradición católica de la “santidad de la vida”**.

Si bien aún hay resistencia y el hecho de que muchos médicos estadounidenses no practican abortos lo atestigua, como recordó Edmund Burke, la noche está muy avanzada y el mal triunfa cuando los hombres y mujeres buenos no hacen nada. Cincuenta años después, vuelva a leer “A New Ethic for Medicine And Society” y tal vez incluso comparta una copia con su médico.

Estados Unidos se planta ante el intento de la ONU de aprovechar la pandemia para establecer el derecho al aborto⁶⁴



NACIONES UNIDAS CALLA ANTE LOS ABUSOS DE LA DICTADURA COMUNISTA CHINA

Los Estados Unidos enviaron una carta enérgica a varios comités de la ONU a principios de agosto en la que el país norteamericano rechaza como «estrafalaria» cualquier idea de que existe un derecho al aborto, dentro del contexto de las presiones de Naciones Unidas para que se pueda seguir abortando durante la pandemia

31/08/20

(Register/InfoCatólica) La carta fue enviada el 11 de agosto de 2020 a varios departamentos de las Naciones Unidas, entre ellos: el *Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas*; al Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; y al Relator Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. La carta se hizo pública en internet el 25 de agosto.

La misiva fue emitida por la Misión de los Estados Unidos ante las Naciones Unidas en Ginebra. Andrew Bremberg es el Embajador de los Estados Unidos

⁶⁴ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=38509>

ante la Oficina de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales en la ciudad suiza.

Aborto y pandemia

«Recibimos su extraña e inexplicable carta del 22 de mayo de 2020, relativa a las supuestas 'restricciones indebidas tomadas en el contexto de la pandemia COVID-19 que impiden el acceso a los servicios de aborto' en los Estados Unidos», dijo Bremberg, refiriéndose a las críticas que los Estados Unidos recibieron después de que algunos estados dieran pasos para restringir los procedimientos médicos no esenciales para detener la propagación del coronavirus.

«Como titulares de mandatos de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos, sin duda **están ustedes al tanto de que la legislación internacional de derechos humanos no reconoce ningún 'derecho al aborto'**», escribió.

«Los Estados Unidos están decepcionados y rechazan categóricamente este **intento transparente de aprovechar la pandemia de COVID-19 para afirmar la existencia de tal derecho**. Se trata de una **perversión del sistema de derechos humanos** y de los principios fundacionales de las Naciones Unidas», dijo el embajador.

En la carta se señalaba que el Secretario General de las Naciones Unidas, Antonio Guterres, declaró en una carta del 1 de junio a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional que «las Naciones Unidas no intervienen en asuntos que están esencialmente dentro de la jurisdicción interna de ningún Estado. Por lo tanto, la atención de la salud se presta con pleno respeto a las leyes nacionales. **No promueve, y mucho menos impone, el aborto a nadie, ni tiene la intención de hacerlo**».

Los Estados Unidos están «**particularmente decepcionados de que hayan decidido desperdiciar el tiempo y los recursos limitados de sus mandatos en acusaciones tan espurias**, en lugar de centrar sus energías en las áreas en las que su atención es más apropiada y está más justificada», dijo Bremberg en la carta de agosto.

Que la ONU denuncie la opresión comunista china a los uigures

La carta citaba los «**verdaderos abusos de los derechos humanos**» que se producen en la provincia china de Xinjiang como algo que sería más apropiado para que el comité se preocupara en comparación con las políticas de aborto de los Estados Unidos.

El gobierno chino mantiene actualmente a más de un millón de uigures y otras minorías étnicas y religiosas en campos de concentración, y los grupos de derechos humanos informan constantemente de casos de tortura, adoctrinamiento antirreligioso, trabajos forzados, abortos forzados y esterilizaciones.

«**Sin embargo, el sistema de las Naciones Unidas** -incluidos el Secretario General, el Consejo de Derechos Humanos y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos- **se ha mantenido notablemente callado en este tema**, aun cuando encuentran amplias oportunidades para opinar sobre cuestiones de interés político interno de los Estados Unidos», escribió.

Según la carta, los Estados Unidos y otros Estados «consideran cada vez más que **el sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas está totalmente quebrantado**», debido a su condición de «**guardianes autodesignados para etiquetar ciertas preferencias políticas como 'derechos'**».

«**Al mismo tiempo, vemos violaciones de los derechos humanos** y las libertades fundamentales a escala masiva que **generan pocos o ningún comentario por parte de estos mismos guardianes**», dijo Bremberg.

El lunes, durante un encuentro virtual con organizaciones de mujeres de la sociedad civil, se le preguntó a Guterres qué se puede hacer para asegurar que los «derechos críticos» -referidos a la atención de la salud reproductiva- sean protegidos durante la pandemia.

«Está claro que estamos siendo testigos de un ataque muy fuerte», en los términos de la Declaración de Beijing, dijo Guterres, en aparente referencia a las objeciones de los EE.UU. y otros países. La Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing es un documento de 1995 que «señaló 12 áreas clave en las que era necesario tomar medidas urgentes para garantizar una mayor igualdad y oportunidades para mujeres y hombres, niñas y niños», incluida la salud reproductiva.

Guterres dijo que las Naciones Unidas estaban trabajando para asegurar que «los gobiernos no se aprovechen de la COVID-19 para socavar los derechos de la salud sexual y reproductiva», y que esos servicios seguirán estando disponibles.

Eutanasia legal en plena pandemia, prioridad para el Gobierno: 6 argumentos de médicos contra la ley⁶⁵

El Congreso debate el proyecto de ley este jueves y quiere «acelerar» su aprobación



Pedro Sánchez, y Pablo Iglesias, su vicepresidente, pretenden liderar la nueva ley de eutanasia

Javier Lozano / ReL, 10 septiembre 2020

En plena pandemia de coronavirus, con una segunda ola de casos que ha provocado decenas de miles de contagios y con cada vez más personas siendo hospitalizadas, **el Gobierno quiere seguir adelante y “acelerar” su proyecto de ley de eutanasia**⁶⁶. De hecho, este jueves el Congreso ha votado seguir adelante con la ley tras rechazar las enmiendas a la totalidad presentadas por PP y Vox.

El Gobierno de PSOE y Podemos tiene prisa en legalizar la eutanasia. Así lo ha reconocido la diputada socialista y exministra **María Luisa Carcedo**, que ha

⁶⁵ <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/288159465/congreso-gobierno-eutanasia-pandemia-argumentos-medicos.html>

⁶⁶ <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/790941606/Ley-de-eutanasia.html>

declarado a los medios que espera que en la votación se repitan los apoyos para así “**acelerar todo lo que se pueda para que la ley de eutanasia vea la luz cuanto antes**”.

Esta ofensiva gubernamental para legalizar la eutanasia ha provocado grandes críticas entre importantes médicos. Uno de ellos es Jacinto Bátiz, uno de los mayores expertos en cuidados paliativos en España. A través de Twitter ha denunciado que “nuestros políticos desaprovechan una oportunidad para demostrar su sensibilidad humana ante el dolor de los ciudadanos. **En medio de tantas muertes y batallas para luchar contra ella durante esta pandemia, debaten una ley para que los médicos ayudemos a adelantarla. ¿Es el momento?**”.

Bátiz, que entre 1993 y 2017 fue el jefe de Área de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurce (Vizcaya) y ahora dirige el Instituto para Cuidar Mejor avisa que “**un Parlamento que antes de legislar sobre cuidados paliativos legisle sobre la eutanasia será un Parlamento poco responsable** y poco sensible con lo que necesitan sus ciudadanos, ser cuidados adecuadamente, no eliminados”.

Y el punto fundamental que demuestra el carácter ideológico de este proyecto de ley es el **abandono de los cuidados paliativos, y la apuesta decidida por la eutanasia**. Y así lo denuncian numerosos expertos médicos, que durante años y especialmente durante estos meses han ido mostrando por qué esta ley no debe ser aprobada.

Estos son algunos de los argumentos ofrecidos por algunos de estos médicos referentes en la materia:

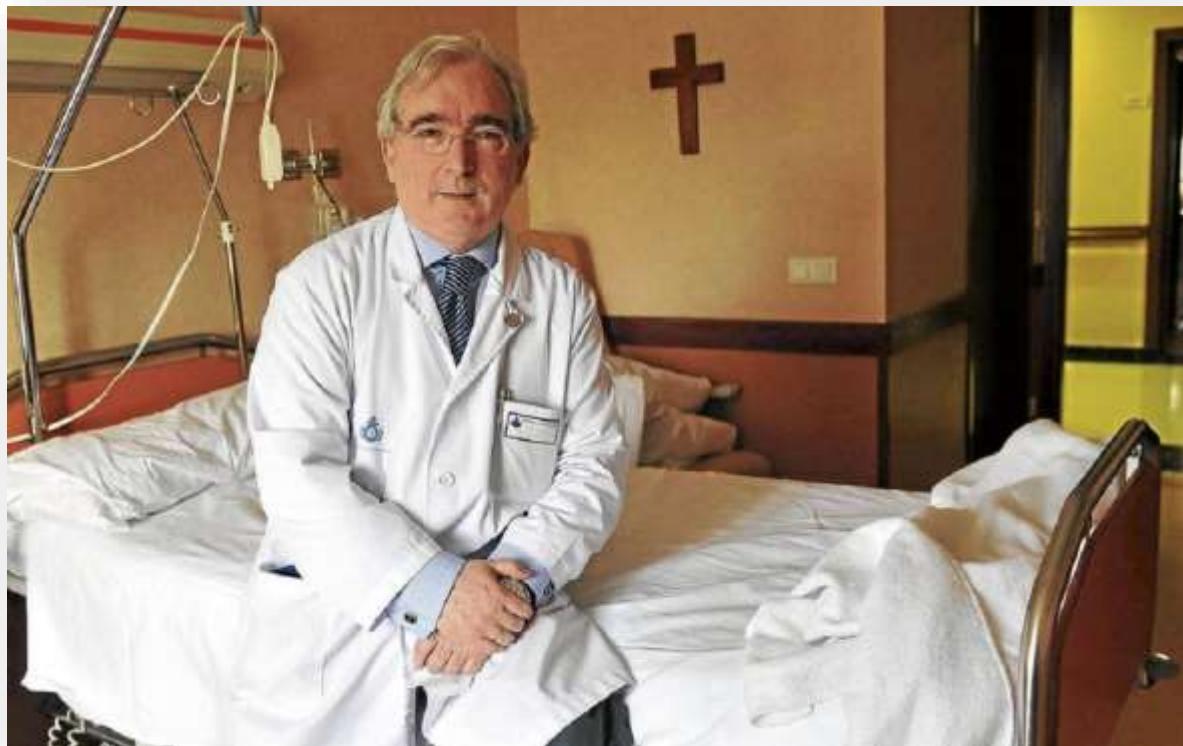
1. Va contra la medicina y la mayoría de médicos no la quieren.

Serafín Romero, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, ha repetido por activa y por pasiva que España no necesita la eutanasia y que más del 70% de los profesionales médicos no la aprueban.

“La eutanasia no es un problema médico⁶⁷, es más, va totalmente en contra del ser médico porque éste no es nuestro deber. El Código de Deontología Médica deja claro que ‘el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste’ y la Asociación Médica Mundial (AMM), integrada por 106 asociaciones de todo el mundo, que representa a más de nueve millones de médicos, en su última declaración al respecto considera que ‘el acto deliberado de poner fin a la vida

⁶⁷<https://www.religionenlibertad.com/polemicas/202168439/La-eutanasia-Ava-contra-la-profesion-medica-mejoremos-los-paliativosA-dicen-los-medicos-espanoles-.html>

de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética”.



Jacinto Bátiz es uno de los mayores expertos en cuidados paliativos en España

2. La eutanasia arrincona a los cuidados paliativos.

El doctor Bátiz explicaba en una entrevista con ReL⁶⁸ que en 25 años atendiendo a personas al final de la vida aplicando cuidados paliativos “muy pocos pacientes me han pedido la eutanasia. Cuando lo han hecho y les he preguntado por qué, me han dicho que lo que no quieren es sufrir y vivir con ese sufrimiento. **o les he ofrecido todo para aliviar su sufrimiento y ya no volvieron a pedirla más”.**

“Lo primero debe ser una ley de atención médica al final de la vida y si una vez que esta ley está universalizada y todos los ciudadanos pueden acceder a ella hay ciudadanos que aún así persisten en acabar con su vida entonces los políticos sí podrían plantear una ley. Pero la OMS ya lo dijo en 1993, un

⁶⁸https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/358337234/Muy-pocos-me-han-pedido-la-eutanasia-cuando-les-ofreci-aliviar-su-sufrimiento-no-la-pidieron-mas.html

gobierno que antes de elaborar una ley de cuidados paliativos aprueba la eutanasia es un gobierno irresponsable”, agregaba.

Aunque los defensores de la eutanasia lo niegan, la realidad es que la extensión de la eutanasia repercute negativamente en los cuidados paliativos, que son desplazados del sistema. **La Asociación Europea de Cuidados Paliativos ha criticado duramente el modelo de cuidados paliativos utilizado en Bélgica y Holanda.** Los médicos de cuidados paliativos con más experiencia insisten en que pueden ayudar a sobrellevar el dolor y el sufrimiento de sus pacientes sin eutanasia

3. Pendiente resbaladiza

El doctor **Manuel Martínez-Sellés**, catedrático de Medicina y jefe de Cardiología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid y autor del libro *Eutanasia, un análisis a la luz de la ciencia y la antropología*⁶⁹ (Rialp) advierte que la eutanasia se ha descontrolado allí donde lleva años aplicándose⁷⁰.



⁶⁹ <https://www.ociohispano.es/libro/eutanasia>

⁷⁰ https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/582351469/Un-prestigioso-medico-ofrece-4-claros-motivos-por-los-que-la-eutanasia-es-inaceptable-siempre.html

“La historia nos demuestra lo rápido que se llega a la eutanasia en enfermos psiquiátricos, dementes, ancianos vulnerables y recién nacidos discapacitados. En Holanda la eutanasia se aplica ya no sólo a enfermos, sino simplemente a gente que no quiere vivir, sin que exista razón médica. Además, **la eutanasia tiende a hacerse especialmente accesible y es dirigida de forma prioritaria a las clases económicamente más débiles, los grupos étnicos desfavorecidos y a las personas más vulnerables**. Al limitar la oferta en cuidados paliativos, estos se pueden convertir en un lujo para aquellos con determinado poder adquisitivo”, afirma uno de los médicos más prestigiosos de España.

4. El peligro para los más débiles y vulnerables

Pablo Requena, sacerdote, médico experto en Bioética y delegado de la Santa Sede en la Asamblea Médica Mundial, señalaba a ReL⁷¹ que la eutanasia se vende como una manifestación de libertad, “pero hay que ver la libertad para quién”. Y para ello ponía en el foco a muchas **personas “vulnerables” que con esta ley “de alguna manera se encontrarán presionadas a decidir y a contestar a la pregunta de por qué quieren seguir viviendo** y por tanto de por qué quieren seguir siendo un peso para su familia y la sociedad”.



⁷¹ https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/305164133/ALa-eutanasia-es-libertad-Un-experto-alerta-muchos-AvulnerablesA-deberan-justificar-por-que-vivir.html

“Se presenta como una ley que aumenta las libertades, pero no sé hasta qué punto aumenta o complica aún más la vida a tantas personas vulnerables que tenemos en la sociedad ahora mismo, y que serán cada vez más”, agrega.

El propio doctor Selles ahonda en este punto asegurando que “en un país sin eutanasia, los médicos y otros profesionales sanitarios se esforzarán por curar esta depresión y devolver las ganas de vivir, y frecuentemente tienen éxito si el entorno ayuda. Por el contrario, en un país con eutanasia, en vez de esforzarse por eliminar la depresión, tenderán a eliminar al paciente deprimido”. De hecho, recuerda que **“muchos pacientes sienten que sobran, que son una carga o una molestia para su familia, que son ignorados, o que están solos. Este es un caldo de cultivo para solicitar la eutanasia.** Nuestra tarea como médicos y como sociedad debe ser reconducir esa situación con cariño y acompañamiento”.

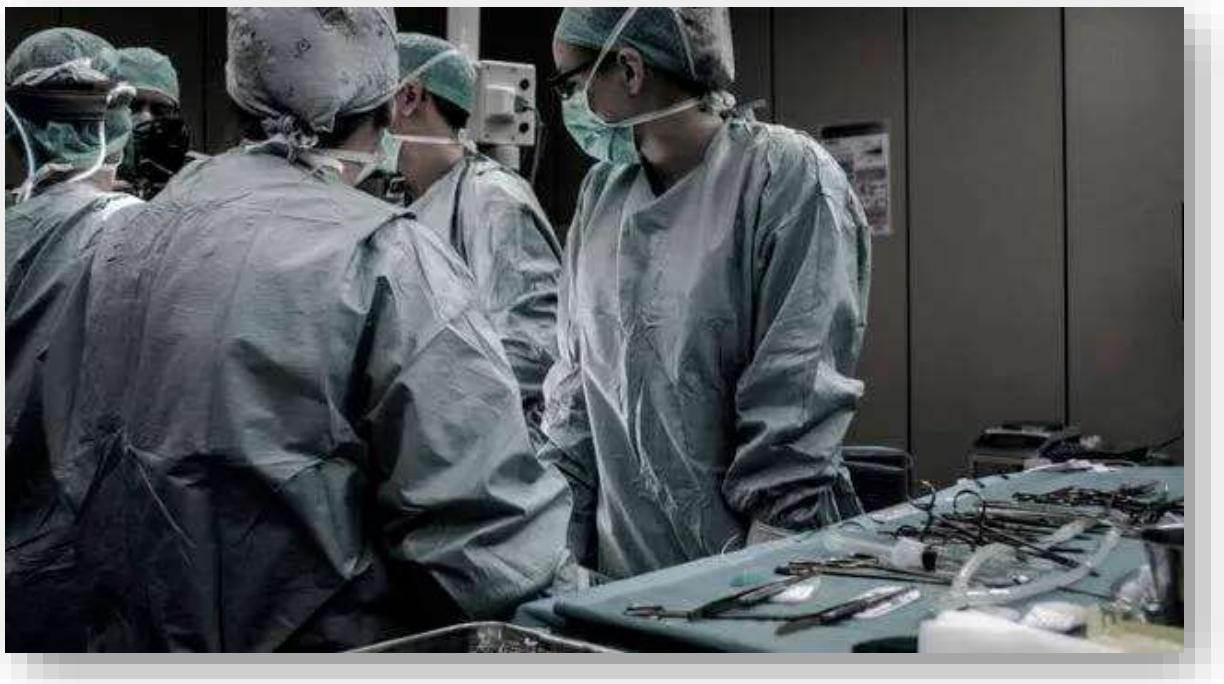
5. Un mensaje confuso sobre el suicidio

El suicidio se cobró en España el pasado año más de 3.600 vidas. Es un problema de grandes dimensiones pero al que las autoridades no saben cómo enfrentarse. Para ver la gravedad de la situación, vale comparar esta cifra con los 1.200 muertos por accidentes de tráfico, una cifra tres veces inferior. Mientras se quiere atajar el incremento de los suicidios, una ley de eutanasia y de suicidio asistido permitiría a las personas deprimidas, solitarias o que no ven una salida a sus problemas a poder suicidarse con la ayuda del Gobierno. El Estado sería el cooperador necesario.

6. La eutanasia da a los médicos un poder sin precedentes

A tenor de lo visto en Bélgica y Holanda, muchos médicos tienen ahora en sus manos el poder decidir sobre la vida o muerte no sólo de pacientes en estado terminal, sino de personas sanas o con problemas con una solución factible. De su buen hacer o no dependen muchas vidas. **El doctor Patrick Wyfells es un médico de cabecera belga, y entre su trabajo está aceptar o no las peticiones de eutanasia.** Afirma: “Estoy asustado del poder que tengo en este momento”.

Frente al matonismo trans, nace SEGM.org, una asociación mundial de ciencia médica real⁷²



Ciencia basada en evidencias y hacer preguntas incómodas, pero necesarias

P.J.Ginés/ReL, 01 septiembre 2020

Acaba de presentarse **SEGM**⁷³, la **Sociedad para una Medicina de Género Basada en la Evidencia**, con científicos, médicos e investigadores de distintos países anglohablantes (EEUU, Canadá, Nueva Zelanda, Inglaterra, Australia, Irlanda), y algunos de Suecia y Noruega, varios de los cuales ofrecen -con coraje, parece que hay que decir- su nombre y fotografía.

SEGM se define como "**un grupo internacional de más de 100 médicos e investigadores** preocupados por la falta de evidencia de calidad para el uso de intervenciones quirúrgicas y hormonales como tratamiento de primera línea para jóvenes con disforia de género. Nuestros objetivos incluyen evaluar las intervenciones actuales en disforia de género, aportar sumarios equilibrados en evidencia, promover acercamientos psicosociales eficaces y de apoyo para

⁷²https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/513180582/SEGM-transexual-ciencia-medica-real-evidencia.html

⁷³ <http://www.segm.org/>

cuidar a los jóvenes con disforia de género y **generar preguntas buenas, que se puedan responder, en la investigación**".

"**Los jóvenes con disforia de género merecen respeto, compasión y cuidados de alta calidad.** Por favor, súmense a nosotros en nuestra misión de ofrecer **cuidados basados en la evidencia para niños, adolescentes y jóvenes** que prioricen la vida -por ejemplo, que midan la mortandad-, la calidad de vida, los resultados a largo plazo y un verdadero consentimiento informado", añade el grupo.

SEGM declara además estar libre de "**influencias políticas, ideológicas, religiosas o financieras**".

Cuando la mala ciencia daña, pese a las "buenas intenciones"

SEGM, desde su web, recuerda que "**la historia de la medicina tiene muchos ejemplos de intentos bienintencionados** de buscar alivio a los síntomas a corto plazo que ha llevado a **resultados devastadores a largo plazo**; por ejemplo, el uso en el pasado de **la talidomida, las lobotomías o la reciente epidemia de opiáceos**".

Ahora, hay un enorme crecimiento de casos de adolescentes (y mayoría de chicas) que dicen sentir que son de otro sexo. Tradicionalmente, del 60 al 98% de los niños y adolescentes con esas sensaciones veían que los síntomas desaparecían por sí mismos al adentrarse en la edad adulta. Pero desde hace pocos años, **se han multiplicado los tratamientos hormonales y quirúrgicos a menores sin que haya evidencia de que les ayuden**, y no de que les dañen, dice la SEGM.

Se basa todo, a nivel mundial, en **el llamado "protocolo holandés"**, que se **basa en una única investigación científica que se realizó con tan sólo 55 sujetos** (y solo 40 la finalizaron), de los que el 100% tenían la disforia desde niños (ninguno desde la adolescencia), sin grupo de control, sin evaluación de efectos físicos y analizando los efectos sólo 1 año después del tratamiento.

Tratamientos graves y mutiladores

Con este **único y dudosos estudio en mano**, hoy se practican miles de tratamientos mutiladores y graves con:

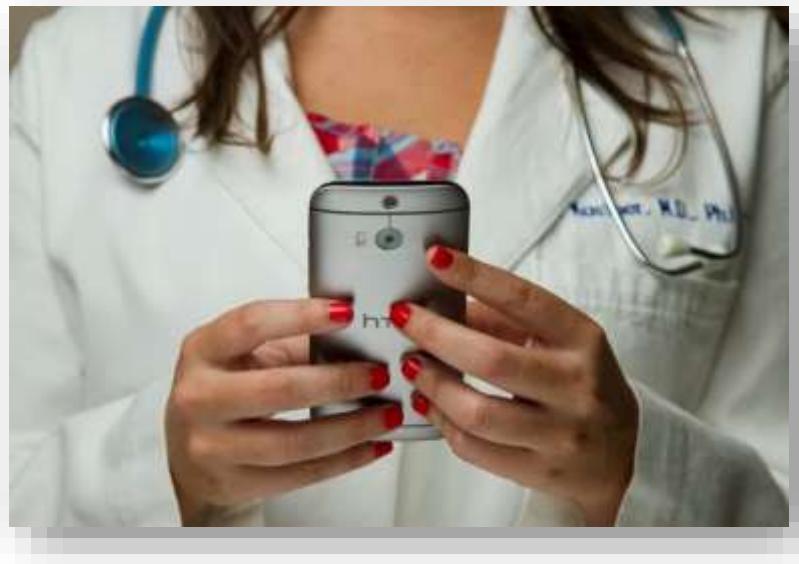
- bloqueadores de pubertad
- hormonas cruzadas para toda la vida
- mutilación de pechos, o implantes de pechos
- retirada de ovarios o testículos

- extirpación de úteros
 - mutilación de los órganos genitales
- Todas estas intervenciones acumulan peligros para los jóvenes así manejados, y probablemente más peligros a largo plazo, como:
- cambios físicos irreversibles
 - complicaciones médicas y efectos secundarios de los fármacos
 - complicaciones quirúrgicas
 - infertilidad
 - bloqueo de la pubertad, que es un proceso de desarrollo normal

Ya hay estudios, señalan, que muestran una asociación con:

- **altas tasas de suicidio post-cirugía**
- **muertes prematuras**
- complicaciones cardiovasculares
- desajustes óseos y del esqueleto

De hecho, denuncian desde SEGM, las clínicas de cambio de sexo están animando a una "transición social temprana" (declararse del otro sexo cuanto antes, de niños, y empezar a actuar como tal), algo que el protocolo holandés explícitamente contraindicaba, y se aplican a personas que sienten la disforia sólo cuando ya son adolescentes... una edad que el estudio no investigó.



Las redes sociales e Internet -con grupos para animar e incentivar- parecen jugar un papel en las exageradas peticiones de cambio de sexo, especialmente entre las chicas adolescentes

Poder hacer ciencia sin represalias

Estos médicos hablan de "**generar preguntas buenas, que se puedan responder**", pero eso es precisamente lo que desde hace un par de años es cada vez más difícil por la **extrema virulencia del activismo transexual y el dogmatismo anti-ciencia** con el que muchos asumen sus dictámenes.

El activismo transexual actúa con técnicas de matones y castigos fulminantes para amedrentar a quien le cuestione. La creadora del mago infantil Harry Potter, J.K.Rowling, ha sido su objetivo⁷⁴ más sonado hasta la fecha, pero es multimillonaria, popular y tenaz y no se ha dejado arredrar. De hecho, desde sus redes sociales ha recomendado la web e investigaciones de SEGM.

El columnista **Douglas Murray, homosexual pero contrario al discurso de género más extremo**, el 27 de agosto en *The Times*⁷⁵ señalaba un ejemplo de este matonismo que le parecía elocuente. Se trata del caso de **Sasha White, que escribió** en su cuenta de Twitter pocos días antes: "la inconformidad de género es magnífica, pero **negar el sexo biológico no lo es tanto**". **Por osar hablar de "sexo biológico" fue despedida** al instante de la agencia literaria neoyorquina en la que trabajaba.

Científicos con miedo a hablar

Más grave es que el matonismo se extienda al ámbito de la investigación médica. Murray comenta el caso de la **neurocientífica Debra Soh, autora del libro "The end of gender"**⁷⁶, que tuvo que dejar su centro académico "por la misma razón que otros científicos están considerando ya: **es la primera vez en sus vidas profesionales que se les pide, incluso ordena, que ignoren el método científico**. La primera vez en siglos que un dogma -religión si se quiere- asume preponderancia sobre su ámbito", escribe Murray.

[Un repaso a algunos absurdos de la ciencia soviética recordaría a Murray que hace apenas unas décadas en Europa, y probablemente en China hoy mismo, los dogmas del Partido gobernante preceden a las normas del método científico en numerosos ámbitos].

*Ver: Debra Soh en una entrevista subtitulada en español, sobre las diferencias biológicas erales entre los sexos*⁷⁷

⁷⁴<https://www.religionenlibertad.com/polemicas/186126387/JKRowling-planta-cara-al-fundamentalismo-trans-violento-y-explica-sus-5-razones-para-no-achantarse.html>

⁷⁵<https://www.thetimes.co.uk/article/trans-warriors-need-to-put-down-their-weapons-vxsrxz8j>

⁷⁶<https://www.goodreads.com/book/show/50892227-the-end-of-gender>

⁷⁷https://www.youtube.com/watch?v=wFMa2PQZ9n0&feature=emb_logo

"Los activistas [trans, de género extemo] parecen imaginar que si consiguen eliminar a todos los oponentes en su camino, pueden ganar por insistencia", señala Murray. "Nada más lejos de la verdad. La realidad biológica puede ignorarse, pero no mucho tiempo. Nuestra sociedad se esfuerza en entender la cuestión trans. Es un noble esfuerzo. Pero **si vas a tener que abordar un tema complejo, es necesidad rechazar las mejores herramientas analíticas** que cualquier sociedad ha desarrollado", escribe Murray.

Por supuesto, **los activistas transexuales, no ven nada "complejo"** que abordar: en su discurso, **ellos son lo que ellos dicen que son, porque lo dicen ellos** y punto. Como decía una activista trans visitando un colegio al sur de Madrid hace pocos años⁷⁸ (véase el vídeo abajo): "la ciencia no puede saber si soy hombre o mujer"⁷⁹. Y ese es el dogma que quieren enseñar a niños y padres.

Grabación en 2016 en un colegio al sur de Madrid; el director ha invitado a unos activistas transexuales a hablar con niños y con padres; ellos proclaman que "la ciencia no puede saber si soy hombre o mujer" (aunque es algo que la ciencia puede hacer perfectamente)

https://www.youtube.com/watch?v=kMgjcS8cYGE&feature=emb_logo

⁷⁸<https://www.religionenlibertad.com/polemicas/53723/cura-dos-periodistas-van-una-clase-transexualidad.html>

⁷⁹ <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/53515/clase-transexual-grabada-colegio-hay-ninas-con-pene-ciencia.html>

Gobierno de Ciudad de México facilitará cambio de nombre a niños “trans”⁸⁰

POR DAVID RAMOS | ACI Prensa, 7 de setiembre de 2020



Imagen referencial. Crédito: Pixabay / Dominio público.

La jefa de Gobierno de la Ciudad de México, Claudia Sheinbaum Pardo, anunció la próxima instalación de una “Clínica de atención integral de personas trans” y el establecimiento de un consejo interdisciplinario para facilitar el cambio legal del nombre de los niños “trans” en el Registro Civil de la capital mexicana. En conferencia de prensa el 5 de septiembre⁸¹, Sheinbaum Pardo señaló que en las antiguas instalaciones del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológico (InDRE), un espacio de alrededor de 8.000 metros cuadrados, se establecerá, entre otras oficinas, la Clínica de atención integral de personas trans.

Tras saludar a “**todos, todas y todes**”, la jefa de Gobierno de la Ciudad de México, que llegó al poder por el partido Morena, del hoy presidente de México

⁸⁰ <https://www.aciprensa.com/noticias/gobierno-de-ciudad-de-mexico-facilitara-cambio-de-nombre-a-ninos-trans-74119>

⁸¹ <https://twitter.com/GobCDMX/status/1302280985522905095>

Andrés Manuel López Obrador, dijo que la idea de la clínica para personas transgénero surgió durante un acercamiento con activistas durante la campaña electoral de 2018.

Más adelante, Sheinbaum Pardo señaló que “una serie de familias se ampararon porque se hizo una interpretación desde el propio Registro Civil también, de que **niños y niñas que querían cambiar su nombre, reconocidos como niños y niñas trans**, donde el papá y la mamá están totalmente de acuerdo para que haya un cambio de nombre, se les negó y tuvieron que irse a un amparo”.

“Quiero decirles que el próximo miércoles estaremos instalando, más allá de la ley que se vaya a aprobar en el Congreso, un Consejo del Gobierno de la Ciudad de México, en donde a partir de este consejo interinstitucional se va a permitir, de acuerdo a las condiciones, y se va a revisar cada uno de los casos, para que se pueda permitir, en los casos particularmente que están en amparos, este cambio en el Registro Civil sin necesidad de que continúen con sus amparos”, indicó.

La integrante del partido de López Obrador expresó que en el Gobierno de la Ciudad de México “**tenemos la convicción de que finalmente las familias son diversas**, y esa es una esencia de los derechos en la ciudad”.

Sheinbaum Pardo destacó además que “ha sido muy importante el reconocimiento en la Ciudad de México del matrimonio de personas del mismo sexo, de la adopción”, y alentó el trabajo para que lo que considera “los estereotipos, los prejuicios, queden a un lado y realmente pueda todo la persona que vive en la ciudad, o que visita la ciudad, ser libre y que tenga las libertades que le da el marco de los derechos humanos en nuestra Ciudad”.

“Imposición de una agenda ideológica”

En diálogo con ACI Prensa, Marcial Padilla, director de la plataforma ConParticipación, dijo que los anuncios de Sheinbaum Pardo “demuestran un compromiso en contra de la infancia y de imposición de una agenda ideológica”.

“La jefa de gobierno de Ciudad de México no está a favor de los niños con confusión sexual, está imponiendo la confusión sexual a **cualquier niño que, a partir de ahora, podría ver el cambio de sexo como un cambio de ropa**”, advirtió.

Padilla señaló que “las personas que estamos a favor de los valores fundamentales de la dignidad de la persona, el bien de la familia y el desarrollo de la sociedad **debemos alzar la voz y lograr frenar estos despropósitos del Gobierno de Ciudad de México**”.

Grupos homosexuales demandan a universidad católica por norma basada en Catecismo⁸²

Redacción ACI Prensa, 13 de agosto de 2020



Imagen referencial. Crédito: Unsplash.

Frente a las demandas de supuesta discriminación contra personas homosexuales, una universidad católica en Filipinas recordó que sus normas sobre la “inmoralidad” se basan en el Catecismo de la Iglesia y señaló que no rechazan a las personas, sino a los actos incorrectos.

La universidad Assumption Iloilo se encuentra en una ciudad costera de la isla de Panay y es dirigida por la congregación de las Religiosas de la Asunción, fundada en París en 1839.

El 7 de agosto, un grupo de 80 organizaciones homosexuales del país emitió un comunicado donde denunciaba que las normas contempladas por la universidad

⁸²<http://www.aciprensa.com/noticias/grupos-homosexuales-demandan-a-universidad-catolica-por-norma-basada-en-catecismo-10881>

sobre la inmoralidad afectaban directamente la ley contra la discriminación de Filipinas.

Por medio de un comunicado⁸³, la portavoz de la Comisión de Derechos Humanos (CHR), Atty Jacqueline Ann de Guia, se pronunció a favor de estas demandas y señaló que el incluir dentro de sus normas la homosexualidad implica un rechazo hacia la diversidad.

Frente a estas demandas, Assumption Iloilo emitió un comunicado donde señala que las normas sobre la “inmoralidad” que se incluyen en los Manuales del Empleado, los Contratos de Trabajo y Formularios de Matrícula de Estudiantes, hacen referencia “a actos que son contrarios a la moral, las enseñanzas y los valores católicos según se definen, describen y/o discuten en el Catecismo de la Iglesia Católica”.

“La inmoralidad se considera una falta grave sancionable con la suspensión o la expulsión”, agregó.

La institución educativa resaltó que esta norma ha provocado duras críticas por parte de los grupos LGTB en el país y subrayó que las acusaciones de discriminación están lejos de la verdad.

Assumption Iloilo recordó que la Iglesia enseña que las personas con tendencias homosexuales deben ser acogidas “con respeto, compasión y delicadeza” y se debe evitar “todo signo de discriminación injusta”.

Asimismo, la universidad subrayó que la palabra “inmoralidad” en sus normas se refiere a los actos y no a la “condición” u “orientación” de una persona.

“La norma sanciona los ‘actos’ que constituyen conductas sexuales inapropiadas desde el punto de vista de una institución católica independientemente de la ‘condición’ u ‘orientación’ de una persona”, resaltó.

En ese sentido, afirmó que la universidad tiene el derecho de adoptar la definición de inmoralidad en base a las enseñanzas de la Iglesia Católica.

“Assumption Iloilo es una institución católica cuyo objetivo es proporcionar un programa y un entorno educativos guiados por las creencias, tradiciones, enseñanzas y doctrinas religiosas católicas, cuyo ejercicio está protegido por la Constitución de la República de Filipinas, y promover dentro de su comunidad académica los valores católicos”, concluyó. Ver el comunicado completo AQUÍ⁸⁴.

⁸³<http://chr.gov.ph/statement-of-chr-spokesperson-atty-jacqueline-ann-de-guia-on-the-homophobic-enrollment-policy-of-assumption-iloilo/>

⁸⁴ <http://assumptioniloilo.edu.ph/statement-regarding-the-charges-of-discrimination-against-homosexuality/>

Hipersexualización de niñas: una película lo aborda y Netflix escandaliza con su promoción⁸⁵

La plataforma ha rectificado ante la oleada de protestas



A la derecha de la imagen, Amy, la protagonista, interpretada por Fathia Youssouf.

C.L. / ReL, 21 agosto 2020

Un **Jesús** presentado como gay activo⁸⁶, un **Benedicto XVI** tergiversado y difamado⁸⁷, una recreación del mito artúrico en clave agresivamente anticatólica⁸⁸... y ahora, el polémico anuncio de una película, estrenada en español con el título de *Guapis [Cuties, Mignonnes]* en español, cuyo estreno está previsto para el 9 de septiembre y donde las protagonistas son niñas de 11 años apasionadas de **bailes inapropiados para su edad**. Para entregarse a esa

⁸⁵ <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/146823941/hipersexualizacion-ninas-pelicula-aborda-netflix-escandaliza.html>

⁸⁶ <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/525651847/Masiva-movilizacion-contra-Netflix-y-la-pelicula-de-Navidad-que-presenta-a-Jesus-como-un-gay-activo.html>

⁸⁷ <https://www.religionenlibertad.com/cultura/922055911/Munilla-sobre-Los-dos-Papas-de-Netflix-una-pelicula-al-servicio-de-la-heresia-de-nuestros-dias.html>

⁸⁸ <https://www.religionenlibertad.com/cultura/411482862/monjes-genocidas-crucificadores-maldita-affrenta-netflix-cristianos.html>

pasión, Amy, la protagonista, se enfrenta a su educación familiar, tradicional y religiosa en el ámbito de un hogar musulmán en Francia.

En *Change.org*⁸⁹, una petición de retirada del film lo acusa de promover la "cultura de la pedofilia", y se acerca ya a las 200.000 firmas en español y las 150.000 en inglés. La denuncia se centra fundamentalmente en los elementos promocionales del film, que Netflix ha tenido que rectificar ante el aluvión de quejas.

La sinopsis presentada por la plataforma decía así: "Amy, de 11 años, queda fascinada ante la danza del *twerking* de un grupo de baile. Con la esperanza de unirse a ellos, empieza a explorar su feminidad, desafiando las tradiciones de su familia". Ahora ha quedado así: "A los 11 años, Amy empieza a rebelarse contra las tradiciones familiares. Y es que está fascinada con un grupo de baile del colegio donde la libertad es la norma".

Se ha eliminado así la referencia al *twerking*, un estilo de baile explícitamente sexual que encandila a los personajes, en edad infantil. En el cartel aparecían las cuatro niñas protagonistas con trajes habituales para ese estilo y poses sensuales propias de mujeres adultas.

Tras la revuelta en las redes sociales, con comentarios abrumadoramente escandalizados, Netflix explicó su rectificación a través de Twitter: "Sentimos profundamente la inapropiada cartelería que hemos utilizado para *Mignonnes/Cuties [Guapis]*. No estuvo bien ni era representativa de esta película francesa galardonada en Sundance. Hemos actualizado las imágenes y la descripción".

Guapis es una película francesa, de título original *Mignonnes*, opera prima de Maïmouna Doucouré⁹⁰, bióloga, nacida en Francia de padres senegaleses, que ha hecho algunos otros trabajos como actriz y guionista.

Ella misma ha explicado a Cineuropa⁹¹ cómo le nació la idea de la película: "Surgió cuando en una fiesta de barrio, vi a un grupo de chicas de 11 años subirse al escenario y bailar de una manera muy sensual y con ropa muy corta. Me chocó bastante y me pregunté si eran conscientes de la disponibilidad sexual que transmitían. Entre el público también había madres

⁸⁹ https://www.change.org/p/reclamo-por-la-cancelacion-de-cuties-por-hipersexualizacion-a-menores-de-edad-chenetflix-netflixlat-netfixes-netflix?utm_content=cl_sharecopy_24202682_es-AR%3A4&recruiter=852600046&utm_source=share_petition&utm_medium=copylink&utm_campaign=share_petition&utm_term=share_petition

⁹⁰ https://www.imdb.com/name/nm5057444/bio?ref_=nm_ov_bio_sm

⁹¹ <https://cineuropa.org/es/interview/390968/>

más tradicionales, algunas con velo: era un verdadero choque de culturas. Estaba sorprendida y pensé en mi propia infancia porque me hacía muchas preguntas sobre mi feminidad, que evolucionaba entre dos culturas: mi cultura senegalesa, que me viene de mis padres, y mi cultura occidental".

Una edad en la que rige la imitación sin entender

Durante un año y medio, Maïmouna habló con chicas, las grabó "con el consentimiento de los padres" y recopiló sus historias y relatos "para saber dónde se situaban ellas como niñas, como futuras mujeres, **cómo se situaban en la sociedad con sus amigas, sus familias, el colegio o las redes sociales**".

La película no emite juicios, porque, según su directora, "no es un anuncio de prevención", aunque sí quiere presentar una realidad: "En mis investigaciones, constaté que todas las chicas están expuestas a las redes sociales. Y con los nuevos códigos, cambia la forma de escenificar. Comprobé que chicas muy jóvenes tenían 400.000 seguidores en las redes sociales y yo intentaba comprender por qué. **No había ninguna razón en particular, excepto el hecho de que habían publicado fotos sexys o desnudas**: eso es lo que les dio 'fama'. Hoy, cuanto más sexy es una mujer, más se la percibe como un objeto y más valor tiene para las redes sociales. **Y cuando tienes 11 años, no comprendes bien todos estos mecanismos, pero tienes tendencia a imitar**, a hacer lo mismo para obtener un resultado similar. Me parece que es urgente hablar de ello, abrir un debate sobre el tema".

Una hipersexualización consentida

Esa tendencia a imitar es palpable en las redes sociales más visuales, principales repositorios de esas imágenes y vídeos donde las niñas se graban emulando bailes y gestos de adultos, actuando como **imán para pederastas**. Recientemente, antiguos empleados de Tik Tok⁹² denunciaron a la compañía por la que consideran escasa proactividad de la red social cuando detecta pedófilos.

Según expuso algún crítico⁹³ cuando en enero *Guapis* fue exhibida en Sundance⁹⁴ (donde Maïmouna Doucouré fue galardonada), ese deseo de no juzgar expresado por su directora es un punto no bien resuelto: "Una vez que la

⁹² <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/181259823/tik-tok-acusada-antiguos-empleados-responder-debilmente-presencia-pedofilos.html>

⁹³ <https://www.hollywoodreporter.com/review/cuties-mignonnes-review-sundance-2020-1271494>

⁹⁴ <https://www.sundance.org/projects/award-winner-tba-08>

película establece su **visión crítica de una cultura que arrastra a las jóvenes impresionables hacia la hipersexualización de sus cuerpos**, plantea un **choque contra los valores tradicionales** que podría haber dado lugar a un sólido tercer acto, sobre todo por el rico potencial contextual que ofrece explorar la identidad africana en un país europeo".

Informe del Observatorio de Bioética sobre el Proyecto de Ley de la eutanasia⁹⁵

Por su interés, reproducimos el documento del ente de la Universidad Católica de Valencia sobre el proyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida

9 septiembre, 2020



Autores: Juan Martínez Otero, Justo Aznar, Ignacio Gómez y Germán Cerdá

1. [INTRODUCCIÓN.](#) 1

2. [CONTEXTO DE APARICIÓN DEL PROYECTO DE LEY.](#) 2

[III. ANTECEDENTES LEGALES AUTONÓMICOS.](#) 3

1. [ESTRUCTURA DE LA LEY.](#) 3

2. [ASPECTOS DEL PROYECTO QUE MERECEN UNA VALORACIÓN POSITIVA.](#) 4

3. [ASPECTOS DEL PROYECTO QUE MERECEN UNA VALORACIÓN NEGATIVA.](#) 6

[VII. ASPECTOS CONTROVERTIDOS DEL PROYECTO.](#) 9

[VIII. CONCLUSIONES.](#) 15

⁹⁵<https://www.forumlibertas.com/informe-del-observatorio-de-bioetica-sobre-el-proyecto-de-ley-de-la-eutanasia/>

I. INTRODUCCIÓN

El 17 de junio de 2001 se publicó en el Boletín Oficial de las Cortes Generales el Proyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida^[1].

Esta iniciativa del Gobierno ha suscitado una fuerte controversia pública. En relación con ello, de forma conjunta, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), y la Organización Médica Colegial (OMC) sugirieron 36 alegaciones al Anteproyecto de Ley, que fueron remitidas al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Por su parte, la Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española también aprobó una Declaración en la que alertaba sobre la posible deriva eutanasica que el texto en proceso de aprobación podía iniciar.

En este contexto, el Observatorio de Bioética de la Universidad Católica de Valencia quiere contribuir al diálogo abierto sobre esta propuesta legislativa. Para ello, se presenta el siguiente Informe, en el que se pretende analizar en profundidad el texto del Proyecto de Ley, subrayando los puntos en los que el mismo ha sido objeto de mayores críticas, tanto desde instancias profesionales, como desde otras instancias sociales de carácter académico, asociativo o religioso.

II. CONTEXTO DE APARICIÓN DEL PROYECTO DE LEY

En las últimas décadas hemos asistido a profundas transformaciones dentro del ámbito sanitario, entre las que cabe destacar principalmente dos.

En primer lugar, la reivindicación del principio de autonomía del paciente. Frente a un modelo de relación médico-enfermo de carácter paternalista, caracterizado por un total protagonismo del profesional sanitario, paulatinamente se ha ido abriendo paso un modelo de responsabilidad compartida, en el que el enfermo participa de la toma de decisiones en su proceso de curación o tratamiento^[2]. Tanto a nivel internacional como nacional, desde el último tercio del siglo XX, van surgiendo normas que subrayan el principio de autonomía del paciente, reconociéndole una serie de derechos: autonomía, información, intimidad, etc. Mención obligada es el Convenio del Consejo de Europa sobre Derechos Humanos y Biomedicina, firmado en Oviedo en 1997, que en sus artículos 5 y 10 regula el consentimiento informado, el derecho a la información y el derecho a la intimidad de los pacientes. En nuestro país, la Ley 14/2002, 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente, constituye un importante hito legislativo en esta materia, consagrando

los mencionados derechos como exigencias irrenunciables en cualquier relación sanitaria. En esta misma línea se sitúa el Proyecto de Ley Reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida. Entre otros extremos, el Proyecto regula el principio de autonomía del paciente, su derecho a la información y a la intimidad en el proceso final de la vida.

El segundo cambio en el panorama sanitario que se enumeraba anteriormente es la creciente capacidad de la medicina para curar enfermedades, paliar el sufrimiento, y prolongar la vida de las personas. Los espectaculares avances de la medicina de las últimas décadas, “con una magnitud, extensión e implicaciones desconocidas en cualquier otro período de la Historia” [\[3\]](#), permiten a los médicos alargar enormemente la vida de los pacientes, como acredita la creciente esperanza de vida en los países desarrollados. Este hecho, que de entrada ha de ser bienvenido, no está exento de consecuencias que invitan a la reflexión. ¿Puede alargarse la vida a cualquier precio? ¿Cómo atender a las personas que sufren lentes enfermedades degenerativas? ¿La prolongación de la vida es siempre un bien, o en ocasiones ha de ceder ante otras consideraciones médicas, humanas, o económicas? ¿Es éticamente aceptable reducir el esfuerzo terapéutico en determinados supuestos y dejar que una persona fallezca? De manera creciente, estas cuestiones se plantean en familias, relaciones médico-enfermo y hospitalares. Hasta la fecha no existe una regulación específica que ofrezca criterios claros sobre lo que en cada caso pueda o deba hacerse. Si bien existen normas de diversa índole (positivas y deontológicas), así como guías clínicas, que ofrecen respuestas a los profesionales, el proceso final de la vida no ha sido objeto de regulación específica por parte del Legislador. Con el presente Proyecto de Ley el Legislador español se ocupa detenidamente de esta cuestión.

Señalado lo anterior, cabe concluir esta Introducción apuntando que el Proyecto de Ley sigue una línea de regulación sanitaria extendida en nuestro panorama comparado, y viene a ofrecer respuestas a cuestiones actuales. Por consiguiente, estamos *a priori* ante una Ley oportuna.

Veamos si el modo en que el Proyecto de Ley regula los derechos de la persona ante el proceso final de la vida es garantista con los derechos del enfermo, o si por el contrario su contenido puede implicar riesgos contra la dignidad del mismo.

III. ANTECEDENTES LEGALES AUTONÓMICOS

En los últimos meses se han aprobado tres normas autonómicas de similar propósito y contenido que el Proyecto de Ley nacional: la Ley andaluza 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte; la Ley Foral Navarra 8/2011, de 24 de marzo, con el mismo nombre que la andaluza; y la Ley aragonesa 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir. Estas tres normas, la última de las cuales todavía no ha entrado en vigor, han servido de falsilla para la redacción del Proyecto de Ley estatal.

IV. ESTRUCTURA DE LA LEY

Antes de abordar el estudio sustantivo del Proyecto, valga recoger brevemente su estructura. Tras una prolífica Exposición de Motivos, la Ley se divide en cuatro Títulos.

En el Título Preliminar se concretan el objeto y el ámbito de aplicación de la Ley, y se incluyen unas breves definiciones (situación terminal y situación de agonía).

En el Título Primero se recogen los derechos de las personas en el proceso del final de la vida. Se reconoce el derecho a la protección de la dignidad, a la información asistencial, a la toma de decisiones (en el que se encuadra el derecho a la renuncia a un tratamiento y el consentimiento informado), a otorgar instrucciones previas, al tratamiento del dolor, al acompañamiento y al auxilio espiritual, y a la intimidad personal y familiar. Al tratar sobre el derecho a la toma de decisiones, se incluyen sendos artículos referidos a los pacientes menores de edad (art. 7) y a aquellos en situación de discapacidad (art. 8).

El Título II, por su parte, se ocupa de las actuaciones de los profesionales sanitarios. Regula el modo en que han de facilitar la información asistencial, la obligación de los profesionales sanitarios de respetar la voluntad del paciente, su concurso de cara a valorar la incapacidad de hecho del paciente, la proporcionalidad de las medidas terapéuticas a aplicar, y el deber de respetar las convicciones y creencias de los pacientes.

Finalmente, el Título III recoge las obligaciones de las Administraciones sanitarias. El artículo 19 incluye un elenco de las mismas, entre las que cabe destacar ciertas obligaciones en relación con la información y confidencialidad de las instrucciones previas, y en relación con la promoción de los cuidados paliativos. El artículo 20 se ocupa de los Comités de Ética Asistencial de los

centros sanitarios. Y el artículo 21 habla del apoyo emocional durante el proceso del final de la vida.

A tenor de la Disposición Adicional Segunda del Proyecto, el régimen sancionador aplicable es el recogido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

V. ASPECTOS DEL PROYECTO QUE A NUESTRO JUICIO MERECEN UNA VALORACIÓN POSITIVA

1. Ausencia del término “muerte digna”

Un primer elemento positivo del Proyecto es la ausencia a lo largo de su Exposición de Motivos y articulado del sintagma nominal “muerte digna”. Dos motivos aconsejan la evitación de dicha expresión.

La primera y más importante es que lo que sea o no sea una muerte digna no corresponde al Legislador determinarlo. El proceso de muerte está relacionado con multitud de aspectos –físicos, psíquicos, espirituales, familiares, de sentido– muchos de los cuales son de carácter eminentemente personal, que exceden la competencia del Legislador. Sólo un Estado de intenciones absolutistas, casi orwellianas, intrusivo de cualquier faceta de la vida de sus ciudadanos, se propondría determinar por Ley las características de una muerte digna. Por otro lado, la expresión “muerte digna” no es una expresión aséptica, sino que está cargada connotaciones de corte eutanásico, como lo prueba el hecho de que las principales asociaciones que reclaman la muerte como un derecho apelan a un presunto derecho “a morir dignamente”[\[4\]](#).

Por consiguiente, resulta positivo que el Proyecto, aunque incida reiteradamente en la necesidad de respetar la dignidad del enfermo y de preservar la dignidad de sus condiciones materiales de vida, evite cuidadosamente hablar de “muerte digna”.

2. Reconocimiento de los cuidados paliativos como derecho

En segundo lugar, nos encontramos ante el primer texto de carácter normativo que consagra como un derecho de las personas el acceso a los cuidados paliativos. Efectivamente, el artículo 11 del Proyecto señala:

“Derecho al tratamiento del dolor.

1. Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a recibir la atención idónea integral que prevenga y alivie el dolor y sus manifestaciones, lo que incluye, además del tratamiento analgésico específico, la sedación.

2. De acuerdo con lo anterior, estas personas tienen derecho:
3. a) A recibir cuidados paliativos integrales de calidad, entendidos como un conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la prevención y alivio de su sufrimiento , por medio de la identificación temprana, y la evaluación y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos y psíquicos que pudieran surgir.
4. b) A la asistencia domiciliaria en los cuidados paliativos que precisen, siempre que no esté clínicamente contraindicada.
5. c) A recibir, cuando lo necesiten, sedación paliativa, aunque ello implique un acortamiento de la vida, mediante la administración de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia, con el fin de aliviar adecuadamente su sufrimiento o síntomas refractarios al tratamiento específico.”

En el proceso final de la vida el objetivo médico no es curar al enfermo, sino hacerle más llevadero el tránsito de la muerte, aliviando su sufrimiento y dándole el máximo consuelo y confort posible en sus últimos momentos. Este conjunto de actuaciones médicas, conocidas como cuidados paliativos, son todavía bastante desconocidas por la sociedad. Este desconocimiento lleva en muchos casos a tener imágenes del final de la vida ciertamente distorsionadas, en las que el dolor físico insopportable ocupa un lugar protagonista, cuando en realidad los cuidados paliativos permiten aliviar satisfactoriamente su intensidad en la práctica totalidad de los casos. Sin quitar un ápice de gravedad al trance de la muerte, la medicina paliativa mejora la calidad de vida en las etapas finales de la enfermedad. La dignidad de las personas en el proceso final de su vida exige que la medicina les ofrezca cuidados paliativos que les permitan concluir su andadura terrestre con la mayor tranquilidad, paz y confort posible.

En este sentido, consagrar los cuidados paliativos, hospitalarios y domiciliarios, como un derecho de los pacientes constituye un punto positivo del presente Proyecto.

Dicho esto, cabe mencionar algunos aspectos que en la redacción del Proyecto podrían mejorarse, en relación al derecho a los cuidados paliativos. En primer lugar, el artículo en el que este derecho se recoge lleva por título *Derecho al tratamiento del dolor*. Pensamos que sería más oportuno denominar el artículo *derecho a los cuidados paliativos*, ya que éstos se extienden más allá del tratamiento del dolor, incluyendo otra serie de cuidados no orientados exclusivamente a mitigar el dolor físico. Los cuidados paliativos van orientados

a paliar el sufrimiento del paciente, sufrimiento que puede ser tanto físico (dolor), como psíquico y espiritual. Identificar los cuidados paliativos con el tratamiento del dolor, en una ecuación que equiparase cuidados paliativos a sedación, resulta reductor: éstos se extienden también a las necesidades psíquicas y espirituales del enfermo y de su entorno familiar^[5]. Por otro lado, sería deseable que el Proyecto subrayase la importancia de contribuir a la formación específica en cuidados paliativos de estudiantes y profesionales sanitarios, de cara a un ulterior desarrollo pormenorizado de dicha formación a través de un reglamento o decreto^[6].

3. Regulación pormenorizada de los derechos al acompañamiento y a la intimidad personal y familiar

Un tercer punto que merece una valoración positiva es la regulación de los derechos al acompañamiento y a la intimidad personal y familiar (arts. 12 y 13 respectivamente). El primero, incluye el derecho al acompañamiento en los centros e instituciones sanitarias, cuando el mismo sea compatible con una buena atención sanitaria. El segundo, se concreta en el derecho a una habitación de uso individual durante la estancia hospitalaria. Esta medida manifiesta una oportuna sensibilidad hacia el enfermo en fase terminal, cuya situación aconseja un respeto particular hacia su intimidad personal y familiar^[7].

Desde algunas tribunas se ha interpuesto una objeción a estos elementos positivos descritos anteriormente, objeción consistente en su viabilidad práctica debido a su alto coste económico. Establecer y mantener servicios de cuidados paliativos con acceso universal en la geografía nacional resulta sumamente costoso. Igualmente, la situación de los centros hospitalarios hace difícil, por no decir inviable a día de hoy, la garantía efectiva del derecho a la habitación individual. Por ello, algunos autores han afirmado que estamos ante reconocimientos de derechos hueros, y han mostrado su escepticismo respecto de estas previsiones, al menos hasta que una Ley de Presupuestos convierta estas buenas intenciones en realidades palpables^[8]. Por lo que a nosotros corresponde, sólo cabe dar la bienvenida a dichas previsiones legales y confiar en su efectiva puesta en marcha en el menor tiempo posible.

4. Otros derechos recogidos en el Proyecto

Dentro de la valoración positiva, por último, puede mencionarse el resto de derechos que se reconocen al enfermo, tales como el derecho a la intimidad, a la protección de datos, a participar en el proceso de toma de decisiones, a la salvaguarda de la dignidad del enfermo. Si bien se trata de derechos ya reconocidos en otras normas (Constitución española, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, o Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía

del Paciente), no está de más que el Proyecto los mencione, con idea de subrayar su importancia y sensibilizar sobre la necesidad de respetarlos.

VI. ASPECTOS DEL PROYECTO QUE A NUESTRO JUICIO MERECEN UNA VALORACIÓN NEGATIVA

Una vez referidos y comentados los puntos más positivos del Proyecto de Ley, corresponde mencionar aquellos que resultan claramente negativos.

1. Definición imprecisa de eutanasia

En primer lugar, la Exposición de Motivos afirma que el objeto de la Ley no es modificar “la tipificación penal de la eutanasia o suicido asistido, concebido como la acción de causar o cooperar activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro”. Esta definición de eutanasia o suicido asistido resulta reductiva e imprecisa, por lo que debería concretarse algo más, principalmente incluyendo el término “omisión”. Y ello, porque determinadas omisiones, como por ejemplo no alimentar o hidratar a un paciente, pueden tener una intención y un efecto claramente eutanásico. Como señalan la SECPAL y la OMC en su Alegación 7 al Anteproyecto de Ley, “es esencial definir claramente todos los conceptos utilizados en esta Ley, particularmente aquellos que pueden crear mayor confusión entre los ciudadanos”. Por ello, sería deseable que la Exposición de Motivos incluyese sendas definiciones de eutanasia y suicido asistido más precisas y conformes tanto con el ordenamiento jurídico penal vigente, como con la terminología aprobada por la Organización Médica Colegial[9].

2. Eliminación de la mención expresa a la *lex artis* como límite a las voluntades anticipadas del paciente

En segundo lugar, la Disposición Final Primera del Proyecto deroga el artículo 11.3º de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente, que establece:

“No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis*, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas (...).”

Esta modificación elimina la *lex artis* como límite al derecho de autodeterminación del paciente[10]. Si por *lex artis* entendemos “la aplicación de las reglas generales médicas a casos iguales o parecidos, o la actuación conforme al cuidado objetivamente debido”[11], resulta que el Proyecto pone por encima del buen actuar médico el respeto a la voluntad del paciente. No hay que perder de vista que dentro de la *lex artis* se comprende la obligación de obtener, antes de cualquier tratamiento, el consentimiento informado del

paciente, con su correlativa prohibición de realizar tratamientos indicados si el paciente no los consiente. Según la redacción legal que se propone, a la obligación deontológica de abstenerse de intervenir cuando el paciente rechaza un tratamiento, se añade la obligación de actuar positivamente cuando el paciente exige una determinada intervención del personal sanitario, aunque la misma sea contraria a la buena praxis médica. El artículo 15.3º del Proyecto refrenda esta primacía de la voluntad del paciente, al exonerar de responsabilidad al médico por su conducta si ésta obedece a la voluntad del paciente. Esta exclusión de responsabilidad sólo tiene sentido para cubrir acciones contrarias a la *lex artis*, ya que nadie puede ser condenado por cumplir con las exigencias de la misma.

Como señalan la SECPAL y la OMC, “el Anteproyecto de Ley obliga al profesional sanitario a ejecutar las instrucciones de los pacientes, aunque éstas sean contrarias a la *lex artis*, y aunque dicho profesional haya propuesto una gama de intervenciones (esta vez sí, sujetas obligatoriamente a la *lex artis*) diferentes a las que el paciente quiere. De esta forma, el Anteproyecto no sólo permite, sino que despenaliza la mala praxis, e incluso obliga a ejecutar diagnósticos o procedimientos erróneos si el paciente así lo solicita”[\[12\]](#). Esta previsión supone el sacrificio del principio de beneficencia médica en el altar de la autonomía del paciente, sacrificio que consideramos inadmisible[\[13\]](#).

Antes de pasar al siguiente aspecto negativo del texto legal, parece oportuno recordar que la capacidad de decisión, incluso contra la *lex artis*, en muchas ocasiones no estará en manos del enfermo, que en los estadios finales de su vida puede hallarse en una situación de incapacidad. En estos casos, la decisión quedará en manos de sus representantes legales, conforme a lo establecido en el artículo 8 del Proyecto. En estos casos, la voluntad de estos representantes puede ponerse por encima del buen actuar médico. Que la mayoría de los representantes legales sean personas de bien, desinteresadas y generosas, que velan por los intereses del enfermo, es algo que nadie pone en duda. Pero en esos otros casos en que los mismos obren movidos por intereses particulares, ni los propios médicos podrán defender al enfermo de las decisiones de sus representantes contrarias a la *lex artis* médica.

3. Concepción maximalista de la autonomía del paciente

Un último elemento negativo, latente a lo largo de todo el Proyecto, es la concepción maximalista de la autonomía del paciente, concepción que contrasta con el olvido, cuando no la sospecha, acerca de la autonomía del médico. Esta concepción hipertrofiada de la autonomía no es, todo sea dicho, exclusiva del presente texto legal, sino que se trata de una tendencia creciente en nuestro

universo cultural, que en el ámbito sanitario se concreta en una huida general del paternalismo médico y la aspiración de dar al paciente todas las herramientas de decisión y autoafirmación personal. Esta visión de la autonomía como piedra de toque de la dignidad olvida la naturaleza interdependiente del ser humano, que necesita de los demás a lo largo de toda su vida. El hombre no es un ser autosuficiente que se basta a sí mismo y no necesita de los demás, sino que como ha subrayado MacIntyre, es alguien eminentemente dependiente [14]. Si esto es cierto para todos los seres humanos, es especialmente claro en los enfermos en fase terminal, que necesitan de todo el apoyo familiar y del cuerpo médico para llevar adelante su situación de un modo humano. Levantar una barrera entre el enfermo y los médicos, apelando a un presuntamente absoluto derecho a la autonomía, es un flaco favor al enfermo en fase terminal, que lo que necesita no es un refuerzo de su autonomía e independencia, sino por el contrario apoyo, consejo, compañía y orientación [15].

Los principales puntos del Proyecto que apuntan a esta concepción maximalista de la autonomía del paciente son:

Exposición de Motivos: el concepto *autonomía del paciente* aparece mencionado seis veces en la misma. Tras la lectura de la Exposición de Motivos, cabe extraer la conclusión de que la autonomía del paciente es puesta frecuentemente en riesgo en las instituciones sanitarias por médicos paternalistas y obstinados, por lo que es preciso reincidir una y otra vez en la importancia de protegerla. Esa insistencia no se corresponde con la realidad.

Artículo 15.3º. Como se ha señalado, dicho artículo exime de responsabilidad al profesional sanitario cuando actúe en cumplimiento de la voluntad del paciente. Este artículo despenaliza la mala praxis médica a petición del enfermo, mala praxis que puede llegar a concebirse como una obligación del médico en cumplimiento de la voluntad del enfermo.

Artículo 18. Señala que “todos los profesionales sanitarios tienen la obligación de respetar las convicciones y creencias de los pacientes en el proceso final de su vida, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en las suyas propias”. La redacción de este artículo parece concebir la relación médico-enfermo como una relación de pugna o desconfianza, decantándose por las preferencias del enfermo. La redacción alternativa que proponen la SECPAL y la OMC resulta más ponderada: “De acuerdo con lo anterior las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho al auxilio espiritual, bajo el máximo respeto a los valores, convicciones y creencias del paciente” [16].

Disposición Final Primera. Con la modificación del artículo 11 de la Ley 41/2002, resulta obligatorio cumplir las instrucciones previas dadas por el enfermo, aunque sean contrarias a la buena praxis. La autonomía del enfermo queda pues por encima del sentir general de la profesión médica ante un determinado problema.

Con esta crítica no se pretende impugnar el reconocimiento de la autonomía y los derechos del paciente, derechos reconocidos a nivel internacional y nacional y que merecen todo el respaldo. Simplemente se advierte sobre los riesgos de potenciar en exceso la autonomía del enfermo, dejando de lado la opinión y el criterio del personal sanitario. Entre el paternalismo, que trata al enfermo como un objeto, y la soberanía total del paciente, que apunta en el presente Proyecto de Ley, existe un amplio terreno para el correcto desarrollo de la relación médico-enfermo[17].

VII. ASPECTOS CONTROVERTIDOS DEL PROYECTO

Junto con los elementos que merecen una consideración positiva y los que merecen una consideración negativa, el Proyecto incluye algunos extremos que están siendo objeto de profundo debate. A continuación nos proponemos abordar estos aspectos más ambiguos del Proyecto, que admiten una interpretación abierta. Como veremos a continuación, según la interpretación que de los mismos se haga, se estará ante previsiones garantistas, peligrosas, o inocuas para los derechos del enfermo en fase terminal.

En algunos sectores las ambigüedades del Proyecto que inmediatamente se exponen han suscitado recelos. Detrás de cada ambigüedad se ven puertas abiertas a la eutanasia y al suicidio asistido. Quizá estas sospechas sean exageradas. Lo que no puede decirse, vista la política legislativa del Ejecutivo actual en relación con la vida de los últimos años, es que se trate de sospechas infundadas. Máxime cuando, tras varios ensayos en normativas autonómicas sobre la regulación del final de la vida, no hubiera resultado difícil eludir dichas ambigüedades y aprobar un texto nítido y que no dé lugar a dudas o a interpretaciones contradictorias.

Veamos cuáles son esas cuestiones debatidas.

1. Posible configuración de la sedación terminal como un derecho

El artículo 11 del Proyecto consagra el tratamiento del dolor como un derecho de las personas al final de la vida. Dentro de este derecho, se incluye “el

tratamiento analgésico específico, la sedación”. En esta línea, el artículo 11.2º.c, reconoce el derecho de estas personas, “a recibir, cuando lo necesiten, sedación paliativa, aunque ello implique un acortamiento de la vida, mediante la administración de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia, con el fin de aliviar adecuadamente su sufrimiento o síntomas refractarios al tratamiento específico”. De esta redacción cabe criticar la inclusión del inciso “aunque ello implique un acortamiento de la vida”, ya que no está demostrado que la sedación, aplicada en las dosis indicadas, suponga dicho acortamiento[18].

Como todo derecho, el derecho al tratamiento del dolor presupone el deber de los médicos de llevar a término dicho tratamiento. Esta obligación se articula en el Proyecto de Ley en dos artículos, que rezan como sigue:

“Artículo 15. Respeto a la voluntad del paciente

1. Los profesionales sanitarios están obligados a respetar la voluntad manifestada por el paciente sobre los cuidados y el tratamiento asistencial que desea recibir en el proceso final de su vida, en los términos establecidos en esta Ley.

Artículo 17. Proporcionalidad de las medidas terapéuticas.

1. El médico responsable, antes de proponer cualquier intervención a un paciente en el proceso final de su vida, deberá asegurarse de que aquella responde a la *lex artis*, en la medida en que está clínicamente indicada mediante un juicio clínico que se base en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado, gravedad y pronóstico del paciente.”

La cuestión que surge de la lectura de ambos artículos es la siguiente: ¿quién decide cuándo ha de llevarse a cabo la sedación? ¿Quién determina cuándo se necesitan los cuidados? ¿El paciente, conforme a lo que parece indicar el artículo 15? ¿O más bien, como parece desprenderse del artículo 17.1º, el médico responsable, cuando la *lex artis* aconseje dicha sedación?

Una interpretación que hiciera hincapié en la autonomía del paciente respondería que es el paciente quien ha de decidir cuándo quiere ser sedado, cuando lo estima necesario. Algunas previsiones del Proyecto parecen sustentar esta interpretación. Así, la Disposición Final Primera parece supeditar el respeto de la *lex artis* a la autonomía del paciente. Por otro lado, el artículo 15.3º, como se ha explicado, exime de responsabilidad al médico que incumple las exigencias de la *lex artis* en cumplimiento de la voluntad del paciente.

Sin embargo, si se atiende principalmente al artículo 17.1º, cabe interpretar que quien propone las intervenciones a los pacientes, siempre dentro del ámbito de actuación de la *lex artis*, es el médico responsable, y no el enfermo. Así, la sedación será propuesta y decidida por el médico cuando ésta quede indicada a la luz de la *lex artis*. Dos extremos de la redacción del artículo 11.2º.c parecen apuntar a esta dirección. En primer lugar, el artículo señala que el derecho a la sedación paliativa concurrirá cuando los pacientes “la necesiten”, y no resulta extraño al texto legal interpretar que la persona competente para detectar dicha necesidad no es otra que el facultativo médico, oída la opinión del paciente. En segundo lugar, el artículo habla de “aliviar adecuadamente” el sufrimiento o síntomas refractarios del paciente, de lo que cabe colegir que la sedación, ya sea reversible o irreversible, deberá ser conforme a la *lex artis*. Y ello porque una sedación contraindicada resultaría de difícil encuadre en el concepto “aliviar adecuadamente”.

2. El rechazo de tratamiento y la obstinación terapéutica

Que para iniciar un tratamiento hay que obtener el consentimiento previo del enfermo, y que por ello el paciente está en su derecho de rechazar el mismo, es una afirmación admitida unánimemente, por textos normativos, jurisdiccionales, deontológicos y doctrinales[19]. Así lo reconocen ya de modo implícito el artículo 5 del Convenio de Oviedo, y el artículo 8 de la Ley 14/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente. En ocasiones, es natural que el enfermo prefiera no iniciar o interrumpir tratamientos que son particularmente penosos o que prolongan la vida de forma innecesaria, y dejar que la enfermedad siga su curso natural.

En otros casos, será el propio equipo médico, de acuerdo con el paciente y su entorno familiar, el que decida no iniciar o interrumpir un tratamiento, por considerarlo fútil y/o excesivamente invasivo. Se evita de este modo incurrir en la llamada obstinación terapéutica, sobreesfuerzo médico contrario a la dignidad del paciente, al ordenamiento jurídico y a la *lex artis*. Como señala el nuevo Código de Deontología Médica en su artículo 36.2º, según su redacción de julio de 2011, es una obligación del médico no “emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas”.

La cuestión espinosa aquí consiste en determinar qué atenciones a un enfermo en fase terminal pueden considerarse tratamientos –que por lo tanto pueden rechazarse o interrumpirse-, y cuáles constituyen simples cuidados o atenciones ordinarias, que han de considerarse como debidos. Si todo el mundo comparte que existe un derecho a rechazar los primeros –o incluso una obligación de no

aplicarlos para no caer en la obstinación terapéutica- no existe el mismo consenso respecto al derecho a rechazar los segundos. Es más, hasta el momento parece generalmente admitido que determinadas atenciones, tales como las curas, las medidas de higiene, la hidratación, o la alimentación, no pueden dejar de ofrecerse al enfermo. Es evidente que un paciente está en su derecho a interrumpir, verbigracia, un tratamiento de quimioterapia. Sin embargo, resulta difícilmente admisible que un enfermo pueda rechazar las curas de heridas que su enfermedad le provoca. Existen algunos casos límite en los que la frontera entre cuidados ordinarios y tratamientos médicos no es nítida. Se trata de medidas de soporte vital que garantizan, por ejemplo, la alimentación o la respiración en situaciones de estado vegetativo persistente.

¿Se pronuncia el Proyecto de Ley a este respecto?

El artículo 6.1º, titulado *Derecho a la toma de decisiones*, señala:

“Las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a que se respete su decisión sobre la atención sanitaria que se les dispense.

De acuerdo con lo anterior, podrán rechazar las intervenciones y los tratamientos propuestos por los profesionales sanitarios, aún en los casos en que esta decisión pudiera tener el efecto de acortar su vida o ponerla en peligro inminente, salvo lo previsto por razones de salud pública en el artículo 9.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.”

Por su parte, respecto de la obstinación terapéutica y bajo el título *proporcionalidad de las medidas terapéuticas*, el artículo 17.2º prescribe:

“Conforme a lo previsto en el apartado anterior, el personal sanitario adecuará el esfuerzo terapéutico de modo proporcional a la situación del paciente, evitando la adopción o mantenimiento de intervenciones y medidas de soporte vital carentes de utilidad clínica, en atención a la cantidad y calidad de vida futuras del paciente, y siempre sin menoscabo de aquellas actuaciones sanitarias que garanticen su debido cuidado y bienestar.”

La lectura de los citados preceptos parece arrojar poca luz sobre las cuestiones más espinosas. El Proyecto de Ley resulta unívoco en las cuestiones que ya estaban claras: 1) existe un derecho a rechazar un tratamiento aunque dicho rechazo implique un acortamiento de la vida; 2) el personal sanitario deberá evitar la obstinación terapéutica, definida como la adopción o mantenimiento de intervenciones y medidas de soporte vital desproporcionadas carentes de utilidad clínica; y 3) las actuaciones sanitarias que garanticen el cuidado y bienestar del enfermo son actuaciones debidas, es decir, indisponibles.

Lo que no queda claro, y aquí es dónde surge la controversia, es qué haya que entender por: 1) intervenciones que el enfermo (o sus representantes) pueda rechazar; 2) medidas de soporte vital carentes de utilidad clínica, en atención a la cantidad y calidad de vida futuras del paciente; 3) actuaciones sanitarias que garanticen el cuidado y bienestar del enfermo.

¿Es la hidratación una intervención rechazable? ¿Y un respirador artificial, cuando el resto de constantes vitales funcionan con normalidad? ¿La hidratación o alimentación de una persona en fase terminal es una medida de soporte vital carente de utilidad clínica? ¿O más bien una actuación sanitaria que garantiza el cuidado y bienestar del enfermo? Estas preguntas, si bien no se plantean con la frecuencia que en ocasiones los *mass-media* quieren hacernos pensar, tampoco son cuestiones bizantinas planteadas en cenobios académicos alejados del mundo sanitario real. Casos como los de Inmaculada Echevarría, Terri Schilder Schiavo, o Eluana Englaro así lo acreditan.

Pues bien, en relación con qué tratamientos, medidas de soporte vital y cuidados son indisponibles y cuáles no, el Proyecto de Ley resulta ambiguo, y parece que cualquier postura, debidamente argumentada, puede encontrar acomodo en su tenor literal.

Desde el Observatorio de Bioética de la UCV entendemos que dentro del concepto de “intervenciones que garanticen el cuidado y bienestar” deben quedar comprendidas en todo caso la alimentación, la hidratación, las medidas de higiene y las curas ordinarias. ¿Hay un cuidado más básico que el hidratar o alimentar a un enfermo? ¿Es compatible con el bienestar del enfermo dejarle morir de inanición? La respuesta a ambas preguntas es negativa. Lo que suscita cierta sorpresa es el recelo del Proyecto a la hora de mencionar esos cuidados básicos en el texto del artículo. Por lo que se refiere a la instalación o el mantenimiento de asistentes a la respiración, habrá que atender a su carácter ordinario o extraordinario en relación con otros datos concomitantes, tales como la estabilidad del resto de constantes vitales, la conciencia del paciente y su reversibilidad, etc.

Cuando un paciente o sus representantes quieran renunciar a dichas atenciones mínimas—bien no instalándolas, bien solicitando su retirada- el facultativo o el centro hospitalario podrá oponerse apelando a diversas instancias: la *lex artis*, el principio de no maleficencia, su autonomía y/o su conciencia personal. En esos casos, que no serán muchos, lo oportuno será indicar al enfermo que si no desea dichos tratamientos deberá solicitar el alta voluntaria del hospital y obrar posteriormente bajo su criterio personal y su exclusiva responsabilidad. Y ello porque en la relación médico-paciente dichas atenciones y cuidados mínimos

son indisponibles. ¿Es esta conducta compatible con lo prescrito en el artículo 6.2º del Proyecto de Ley? Dicho precepto establece:

“La negativa a recibir una intervención o tratamiento, o la decisión de interrumpirlos, no supondrá menoscabo alguno en la atención sanitaria de otro tipo que se le dispense, especialmente en lo referido a la destinada a paliar el sufrimiento, aliviar dolor y otros síntomas y hacer más digno y soportable el proceso final de su vida.”

Pensamos que sí es compatible: un enfermo puede aceptar o rechazar un tratamiento o intervención, y en ambos supuestos debe ser convenientemente atendido por los profesionales sanitarios, como el mencionado artículo menciona. Ahora bien, lo que no resulta admisible es otorgar a un paciente el derecho a exigir atenciones contrarias a la *lex artis* médica, rechazar cuidados debidos por parte del personal sanitario, y pretender mantener la relación sanitaria en un pretendido clima de normalidad. Si un enfermo no acepta las normas mínimas de la relación médico-paciente, que incluyen la adopción de medidas tendentes a facilitar el cuidado y bienestar del enfermo, lo que ha de hacer es pedir el alta y abandonar el hospital.

3. Dignidad del enfermo y calidad de vida

Aunque se trata de una cuestión menor, no hemos querido pasar por alto una aparente confusión entre los conceptos dignidad personal y calidad de vida. En dos pasajes de la Exposición de Motivos parecen confundirse ambos conceptos, que por el contrario no son equiparables en ningún caso.

La Exposición de Motivos, en su párrafo 6º, sostiene que el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades de evolución progresiva “suscita interrogantes éticos y jurídicos sobre las respuestas que la sociedad y la ciencia, la medicina y los profesionales sanitarios y, por supuesto, las Administraciones y los poderes públicos, han de dar a un número creciente de procesos terminales, degenerativos e irreversibles, dolorosos y comprometedores de la dignidad personal de quienes lo sufren”. Un poco más adelante, se afirma que la Ley “se ocupa del proceso del final de la vida, concebido como un final próximo e irreversible, eventualmente doloroso y potencialmente lesivo de la dignidad de quien lo padece”[\[20\]](#).

Frente a estas afirmaciones, conviene recalcar que ninguna enfermedad –por dolorosa que sea o cargada de sufrimientos que esté– merma un ápice la dignidad del ser humano. Lo que puede resultar lesivo para la dignidad del enfermo es la falta de respeto a sus derechos –autonomía, intimidad, derecho a

una correcta atención médica-, bien por acción, bien por omisión[21]. Sería aconsejable, pues, que el Legislador evitare confundir la dignidad de la persona con la dignidad de sus condiciones de vida, con su calidad de vida. Equiparar ambos conceptos llevaría a la posibilidad de establecer escalas de dignidad entre los seres humanos, en función de criterios cuantificables –y arbitrarios- como el confort, la salud, las capacidades, etc.

4. Ausencia de mención al derecho a la objeción de conciencia

Un último punto del Proyecto de Ley que ha suscitado incomodo en algunos sectores doctrinales es la ausencia de mención alguna al derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario. Y ello cuando el propio Proyecto reconoce implícitamente la conexión de las decisiones relativas al final de la vida con las convicciones y creencias de los pacientes y los profesionales sanitarios (art. 18).

Esta ausencia de regulación, sin embargo, no debería sorprender a nadie. El autor del Proyecto de Ley afirma reiteradamente que con el texto se pretende exclusivamente salvaguardar los derechos del paciente en el final de su vida, y en ningún caso dar cabida a conductas eutanasicas o de contribución al suicidio[22].

Si se presume la buena fe del Legislador, que con el Proyecto pretende reforzar la autonomía del paciente dentro de pleno respeto a la *lex artis*, se comprende que la objeción de conciencia no sea regulada. Si, por el contrario, se parte de la sospecha hacia el Legislador, que con el presente texto pretende dar cabida de modo solapado a formas de mala praxis médica, eutanasia o suicido asistido, se comprende igualmente que la objeción de conciencia no aparezca por ninguna parte. Y ello porque si se regulase la objeción de conciencia hasta el más ingenuo de los lectores sospecharía que el texto legal da cabida a ciertas formas de eutanasia o asistencia al suicidio. De no ser así, ¿qué sentido tendría regular la objeción de conciencia?

Cabe preguntarse en qué situación queda el profesional sanitario, que a lo largo del texto legal ve ciertamente supeditada su voluntad al respeto a la autonomía del paciente. ¿Tiene obligación de sujetarse a la voluntad del paciente aún cuando ésta contradiga su criterio profesional? Y, si la tiene, ¿puede ejercitar su derecho a la objeción de conciencia? Su situación dependerá de la interpretación que del tenor de Ley –una vez entrada en vigor- haya efectuado la jurisprudencia. En el caso de que la jurisprudencia lleve a cabo una interpretación en la línea “*pro lex artis*”, el médico no tendrá obligación alguna de acceder a las peticiones del enfermo que sean contrarias a la misma, por lo

que podrá negarse a satisfacer sus deseos sin necesidad de objetar. En este caso, al no haber obligación jurídica alguna, la objeción de conciencia no ha lugar, bastaría con la simple negativa a iniciar o retirar determinada intervención sanitaria. Si, por el contrario, la jurisprudencia da primacía a la autonomía del paciente y entiende que los médicos están obligados a satisfacer sus pretensiones, sean éstas conformes a la *lex artis* o no, entonces el profesional sanitario podrá eludir dicha obligación ejerciendo su derecho a la objeción de conciencia. Para ello, deberá invocar ante los tribunales su derecho a la objeción de conciencia, en base al artículo 16 de la Constitución española (derecho a la libertad ideológica) y en la línea argumentativa de las SSTS 15/1982 y 53/1985[23].

VIII. CONCLUSIONES

1. El Proyecto de Ley reguladora de los derechos y garantías de la persona ante el proceso final de la vida es un Proyecto oportuno, tanto por la materia que regula como por el momento en el que aparece.
2. Incluye aspectos ciertamente positivos, entre el que cabe destacar el reconocimiento de los cuidados paliativos como un derecho de los pacientes en los últimos estadios de su enfermedad.

El Proyecto también contiene elementos injustificables y negativos, tales como la eliminación de la *lex artis* como límite expreso a las voluntades anticipadas de los pacientes; o la concepción maximalista de la autonomía del paciente que late a lo largo de todo el texto, autonomía frente a la que los profesionales sanitarios quedan supeditados de manera cuestionable.

3. Junto con estos pros y contras, en el Proyecto aparecen cuestiones importantes que no quedan suficientemente claras, y que han sido fuertemente criticadas por amplios sectores profesionales y sociales. Estas cuestiones son 1) quién determina cuándo es necesaria y oportuna la sedación paliativa; 2) qué intervenciones sanitarias son rechazables y cuáles no; 3) cuál es la relación entre la dignidad humana y la calidad de vida; y 4) qué cabida tiene la objeción de conciencia en el nuevo marco regulador.

Esta indeterminación resulta ciertamente reprobable, máxime en una norma que pretende, como ella misma señala en su Exposición de Motivos, regular su objeto con “el suficiente grado de certeza y precisión” (párrafo 7), y ofrecer una “respuesta, que preste especial atención a las necesidades de claridad y seguridad jurídica” (párrafo 8).

4. Vista la trayectoria en relación al respeto a la vida humana del Ejecutivo responsable del presente Proyecto, resulta comprensible que muchos se hayan opuesto de plano al mismo, haciendo hincapié en su ambigüedad y en sus posibles abusivas interpretaciones.

El presente Informe ha preferido mantener el tono más aséptico posible, y ofrecer una visión completa de los puntos destacados del Proyecto de Ley: los positivos, los negativos, y los controvertidos. En las cuestiones controvertidas se ha procurado mostrar todas las interpretaciones que el tenor del Proyecto admite, evidenciando que en todos los casos cabe una lectura conforme con la ética médica y con los principios de la bioética personalista. Empero, también se ha destacado cómo el Proyecto de Ley abre la puerta a interpretaciones menos respetuosas con la dignidad de los pacientes, la deontología médica y la propia *lex artis*.

Notas

[1] Boletín Oficial de las Cortes Generales, Serie A, núm. 132-1, de 17 de junio de 2011.

[2] Para un estudio certero sobre los diferentes modelos éticos de actuación médica, y su evolución temporal, véase Galán Cortés, J. C.: *Responsabilidad médica y consentimiento informado*, Civitas, 2001, pp. 43 y ss.

[3] Rodríguez López, P.: *La autonomía del paciente*, Dilex, 2004, Madrid, p. 12.

[4] Una de las asociaciones más pro-eutanasia más activas en nuestro país lleva precisamente como nombre “Asociación Derecho a Morir Dignamente”. De modo revelador, su página web es: <http://www.eutanasia.ws>

[5] Como han señalado la SECPAL y la OMC, “hay evidencia científica acerca de que el dolor no es el síntoma más prevalente, ni el más intenso, ni el que más hace sufrir a las personas en dicha situación. También hay evidencia acerca de que la mayor parte de los síntomas que provocan sufrimiento, pueden controlarse sin necesidad de sedación cuando son tratados por equipos especializados, manteniendo de esa forma la capacidad de raciocinio y decisión del paciente hasta el último momento, libre de sufrimiento”. Alegación 9 de la SECPAL y la OMC al Anteproyecto de Ley.

[6] En esta dirección apunta la Alegación 31 de la SECPAL y la OMC.

[7] La importancia de preservar la intimidad de los pacientes está oportunamente subrayada en el art. 7 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre,

de Autonomía del Paciente. Para un estudio detenido sobre el derecho a la intimidad en la legislación sanitaria, véase: Domínguez Luelmo, A.: *Derecho sanitario y responsabilidad médica*, Lex Nova, Valladolid, 2003, pp. 209 y ss.

[8] Criticando ciertas políticas legislativas sanitarias de los últimos lustros, Bellver Capella afirma que “normalmente las leyes proclaman derechos ya consagrados o derechos de imposible cumplimiento”, y sostiene que la primera grave carencia de dichas leyes es la de no contar “con medidas presupuestarias para hacerlas efectivas”. Bellver Capella, V.: “Una aproximación a la regulación de los derechos de los pacientes en España”, *Cuadernos de Bioética*, núm. 49, 2006, p. 21.

[9] Un texto de referencia esencial es el documento “Atención Médica al Final de la Vida. Conceptos” aprobado por la Comisión Central de Deontología de la OMC en 2009.

[10] La inaplicabilidad de las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico y de las que no se correspondan con el supuesto de hecho quedan garantizadas en la nueva regulación.

[11] Rodríguez López, P.: *La autonomía del paciente*, Dilex, 2004, Madrid, p. 168. Una definición más completa la ofrece Rodríguez Molinero, que define la *lex artis ad hoc* como “una regla directiva genérica de carácter técnico en su aplicación y de carácter ético en su fundamento y ejecución, que modula y condiciona toda actuación médica”. Rodríguez Molinero, M.: “Perfil general del Derecho médico”, *Anuario de Filosofía del Derecho*, núm. 12, 1995, p. 45.

[12] Introducción a las Alegaciones.

[13] Como ha señalado León-Correa, “el principio de autonomía del paciente - vivamente reivindicado en la sociedad contemporánea- se debe articular con la beneficencia (no paternalista) y la responsabilidad. La beneficencia y la responsabilidad son principios morales no sólo compatibles con la autonomía del paciente, sino estrechamente atados a ella”. León-Correa, F. J.: “Las voluntades anticipadas: cómo conjugar autonomía y beneficencia. Análisis desde la bioética clínica”, *Revista Conamed*, núm. 33, 2008, p. 29.

[14] McIntyre, A.: *Animales racionales y dependientes*, Paidós, Barcelona, 2001.

[15] Desde estas premisas, de la Torre Díaz ha defendido una cierta recuperación del paternalismo, subrayando cómo todos –también el enfermo- necesitamos del concurso de terceros para mantener la independencia y no caer en el error. De la Torre Díaz, J: “La recuperación del paternalismo en la relación

médico-paciente”, *Los avances del Derecho ante los avances de la Medicina*, Thomson – Aranzadi, Cizur Menor, 2008, pp. 93 y ss.

[16] Alegación 16.

[17] Sgreccia explica en los siguientes términos la naturaleza y los límites en la relación entre el enfermo y el médico: “hay que tener siempre presente que la vida y la salud se han encomendado prioritariamente a la responsabilidad del paciente y que el médico no tiene sobre el paciente otros derechos superiores a los que el paciente tiene para consigo mismo. (...) Ni la conciencia del paciente puede ser violentada por el médico, ni la del médico puede ser forzada por el paciente, ambos son responsables de la vida y de la salud, tanto como bien personal como cuanto bien social”. Sgreccia, E.: *Manual de Bioética*, Ed. Diana, México, 1996, p. 159.

[18] Por el contrario, como señalan la SECPAL y la OMC, está demostrado que la sedación paliativa bien realizada no afecta a la supervivencia. Alegación 9.

[19] A modo de ejemplo de cada una de estas fuentes, valga citar la Sentencia del Tribunal Supremo 3/2001, Sala de lo Civil, de 12 de enero; el artículo 12.2º del Código de Deontología Médica, según su redacción de julio de 2011; y López-Chapa, S.: *Autonomía del paciente y libertad terapéutica*, Bosch, Barcelona, 2007, pp. 54 y ss.

[20] Exposición de Motivos, párrafo 16.

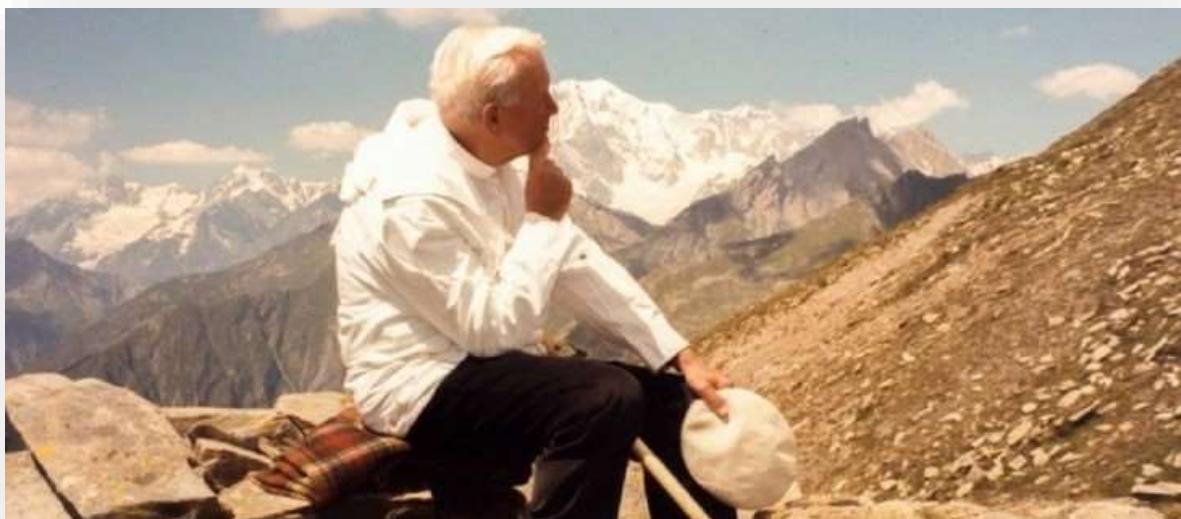
[21] La Alegación 4 de la SECPAL y la OMC abunda en los motivos de esta crítica al tenor del Proyecto en los siguientes términos: “La dignidad corresponde a la persona, y puede mantenerse íntegra aunque su situación clínica se deteriore. Aunque se deteriore su estado de salud y calidad de vida, el paciente mantiene siempre su dignidad como persona, y, precisamente por eso, es merecedor de todos los tratamientos y cuidados necesarios para aliviar su situación.”

[22] Párrafo 16 de la Exposición de Motivos.

[23] No es este el lugar para abordar la compleja configuración del derecho a la objeción de conciencia en nuestro ordenamiento jurídico. Baste con mencionar que existe una profunda división entre quienes sostienen que para invocar dicho derecho es preciso un reconocimiento legal expreso y quienes entienden que esta *interpositio legislatoris* no es necesaria, y que el derecho a la objeción de conciencia se desprende directamente del artículo 16 de la Constitución española. El Tribunal Constitucional no ha contribuido a aclarar esta cuestión, habiéndose pronunciado en sentidos contradictorios. Para un estudio más detallado se recomienda la lectura de Serrano Ruiz-Carlderón, J. M.: “Eutanasia

y objeción de conciencia”, *Anuario de derechos humanos*, núm. 9, 2008, pp. 501-525.

Juan Pablo II fue pionero de la ‘conversión ecológica’⁹⁶



Por INFOVATICANA | 13 septiembre, 2020

Tras el Gran Jubileo del año 2000, que convocó Juan Pablo II y que acabó el 6 de enero de 2001, el Pontífice polaco dedicó las audiencias generales de los miércoles a explicar a los peregrinos cómo debía ser el compromiso de los cristianos en la vida social a inicios del nuevo milenio.

La segunda de esas audiencias, que tuvo lugar **el 17 de enero de ese año, versó sobre la ecología. Bajo el título “El compromiso por evitar la catástrofe ecológica”, el Papa señaló la necesidad de estimular y sostener la “conversión ecológica”.**

Juan Pablo II comentó pasajes de las Escrituras para mostrar la importancia de la Creación. Empezó con el Salmo 148, en el que el fiel “es como “el pastor del ser”, es decir, aquel que conduce a Dios todos los seres, invitándolos a entonar un “aleluya” de alabanza”. Según dijo el Santo Padre, el salmo “nos introduce en una especie de templo cósmico que tiene por ábside los cielos y por naves las regiones del mundo, y en cuyo interior, canta a Dios el coro de las criaturas”.

Citando otras partes de las Escrituras, como el Génesis, Isaías y el Apocalipsis, Juan Pablo II afirmó que se veía que “la armonía del hombre con su semejante,

⁹⁶https://infovaticana.com/2020/09/13/juan-pablo-ii-fue-pionero-de-la-conversion-ecologica/?utm_source=infovaticana.com_internal&utm_medium=internal&utm_campaign=infovaticana.com_internal&utm_content=49006028&utm_term=960409&crst=1600019138&wrst=1600019137

con la creación y con Dios es el proyecto que el Creador persigue”. “Dicho proyecto ha sido y es alterado continuamente por el pecado humano, que se inspira en un plan alternativo, representado en el libro mismo del Génesis (cc. 3-11), en el que se describe la consolidación de una progresiva tensión conflictiva con Dios, con el semejante e incluso con la naturaleza”, explicó Wojtyła.

El Papa aseguró que el hombre “recibe una misión de gobierno sobre la creación para hacer brillar todas sus potencialidades”, es “una delegación que el Rey divino le atribuye en los orígenes mismos de la creación”. Sin embargo, el señorío del hombre no es absoluto, sino ministerial, comentó el Pontífice.

“Por desgracia, si la mirada recorre las regiones de nuestro planeta, enseguida nos damos cuenta de que la humanidad ha defraudado las expectativas divinas”, lamentó. “Sobre todo en nuestro tiempo, el hombre ha devastado sin vacilación llanuras y valles boscosos, ha contaminado las aguas, ha deformado el hábitat de la tierra, ha hecho irrespirable el aire, ha alterado los sistemas hidrogeológicos y atmosféricos, ha desertizado espacios verdes, ha realizado formas de industrialización salvaje, humillando —con una imagen de Dante Alighieri (*Paraíso*, XXII, 151)— el “jardín” que es la tierra, nuestra morada”, dijo el Papa. Todavía no estaba de moda lo de “nuestra casa común”.

“Es preciso, pues, estimular y sostener la “conversión ecológica”, que en estos últimos decenios ha hecho a la humanidad más sensible respecto a la catástrofe hacia la cual se estaba encaminando”, señaló el Papa polaco. El hombre no es ya “ministro” del Creador. Pero, autónomo déspota, está comprendiendo que debe finalmente detenerse ante el abismo.

“Por consiguiente, no está en juego sólo una ecología “física”, atenta a tutelar el hábitat de los diversos seres vivos, sino también **una ecología “humana”, que haga más digna la existencia de las criaturas, protegiendo el bien radical de la vida en todas sus manifestaciones y preparando a las futuras generaciones un ambiente que se acerque más al proyecto del Creador**”, dijo el Papa.

Como ven, el Papa Francisco no se ha inventado el término “conversión ecológica”, viene de más atrás, como tantas cosas. A veces es importante tomar perspectiva.

He aquí la catequesis completa, publicada en español⁹⁷ en la web del Vaticano:

El compromiso por evitar la catástrofe ecológica

1. En el himno de alabanza que acabamos de proclamar (Sal 148, 1-5), el Salmista convoca a todas las criaturas, llamándolas por su nombre. En las alturas se asoman ángeles, sol, luna, estrellas y cielos; en la tierra se mueven veintidós criaturas, tantas cuantas son las letras del alfabeto hebreo, para indicar plenitud y totalidad. El fiel es como “el pastor del ser”, es decir, aquel que conduce a Dios todos los seres, invitándolos a entonar un “aleluya” de alabanza. El salmo nos introduce en una especie de templo cósmico que tiene por ábside los cielos y por naves las regiones del mundo, y en cuyo interior canta a Dios el coro de las criaturas.

Esta visión podría ser, por un lado, la representación de un paraíso perdido y, por otro, la del paraíso prometido. Por eso el horizonte de un universo paradisíaco, que el Génesis coloca en el origen mismo del mundo (c. 2), Isaías (c. 11) y el Apocalipsis (cc. 21-22) lo sitúan al final de la historia. Se ve así que la armonía del hombre con su semejante, con la creación y con Dios es el proyecto que el Creador persigue. Dicho proyecto ha sido y es alterado continuamente por el pecado humano, que se inspira en un plan alternativo, representado en el libro mismo del Génesis (cc. 3-11), en el que se describe la consolidación de una progresiva tensión conflictiva con Dios, con el semejante e incluso con la naturaleza.

2. El contraste entre los dos proyectos emerge nítidamente en la vocación a la que la humanidad está llamada, según la Biblia, y en las consecuencias provocadas por su infidelidad a esa llamada.

La criatura humana recibe una misión de gobierno sobre la creación para hacer brillar todas sus potencialidades. Es una delegación que el Rey divino le atribuye en los orígenes mismos de la creación, cuando el hombre y la mujer, que son “imagen de Dios” (Gn 1, 27), reciben la orden de ser fecundos, multiplicarse, llenar la tierra, someterla y dominar los peces del mar, las aves del cielo y todo cuanto vive y se mueve sobre la tierra (cf. Gn 1, 28). San Gregorio de Nisa, uno de los tres grandes Padres capadocios, comentaba: “Dios creó al hombre de modo tal que pudiera desempeñar su función de rey de la

⁹⁷ http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/audiences/2001/documents/hf_jp-ii_aud_20010117.html

tierra (...). El hombre fue creado a imagen de Aquel que gobierna el universo. Todo demuestra que, desde el principio, su naturaleza está marcada por la realeza (...). Él es la imagen viva que participa con su dignidad en la perfección del modelo divino” (De hominis opificio, 4: PG 44, 136).

3. Sin embargo el señorío del hombre no es “absoluto, sino ministerial, reflejo real del señorío único e infinito de Dios. Por eso, el hombre debe vivirlo con sabiduría y amor, participando de la sabiduría y del amor inconmensurables de Dios” (Evangelium vitae, 52: L’Osservatore romano, edición en lengua española, 31 de marzo de 1995, p. 12). En el lenguaje bíblico “dar el nombre” a las criaturas (cf. Gn 2, 19-20) es el signo de esta misión de conocimiento y de transformación de la realidad creada. Es la misión no de un dueño absoluto e incensurable, sino de un administrador del reino de Dios, llamado a continuar la obra del Creador, una obra de vida y de paz. Su tarea, definida en el libro de la Sabiduría, es la de gobernar “el mundo con santidad y justicia” (Sb 9, 3).

Por desgracia, si la mirada recorre las regiones de nuestro planeta, enseguida nos damos cuenta de que la humanidad ha defraudado las expectativas divinas. Sobre todo en nuestro tiempo, el hombre ha devastado sin vacilación llanuras y valles boscosos, ha contaminado las aguas, ha deformado el hábitat de la tierra, ha hecho irrespirable el aire, ha alterado los sistemas hidro-geológicos y atmosféricos, ha desertizado espacios verdes, ha realizado formas de industrialización salvaje, humillando —con una imagen de Dante Alighieri (Paraíso, XXII, 151)— el “jardín” que es la tierra, nuestra morada.

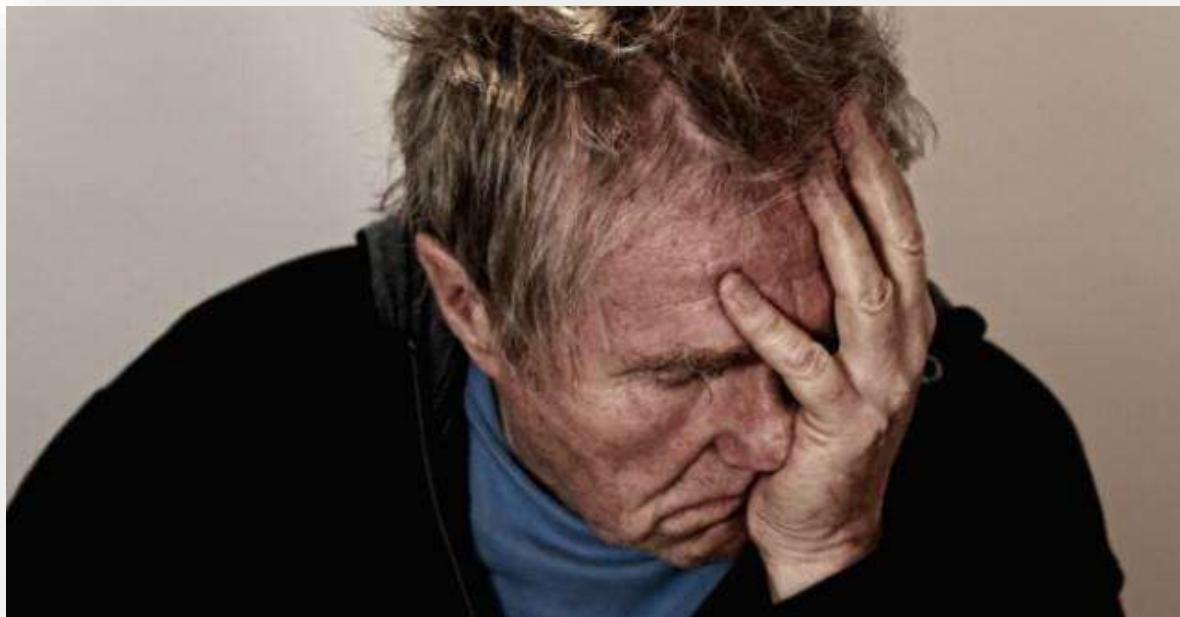
4. Es preciso, pues, estimular y sostener la “conversión ecológica”, que en estos últimos decenios ha hecho a la humanidad más sensible respecto a la catástrofe hacia la cual se estaba encaminando. El hombre no es ya “ministro” del Creador. Pero, autónomo déspota, está comprendiendo que debe finalmente detenerse ante el abismo. “También se debe considerar positivamente una mayor atención a la calidad de vida y a la ecología, que se registra sobre todo en las sociedades más desarrolladas, en las que las expectativas de las personas no se centran tanto en los problemas de la supervivencia cuanto más bien en la búsqueda de una mejora global de las condiciones de vida” (Evangelium vitae, 27: L’Osservatore romano, edición en lengua española, 31 de marzo de 1995, p. 8). Por consiguiente, no está en juego sólo una ecología “física”, atenta a tutelar el hábitat de los diversos seres vivos, sino también una ecología “humana”, que haga más digna la existencia de las criaturas, protegiendo el bien radical de la vida en todas sus manifestaciones y preparando a las futuras generaciones un ambiente que se acerque más al proyecto del Creador.

5. Los hombres y mujeres, en esta nueva armonía con la naturaleza y consigo mismos, vuelven a pasear por el jardín de la creación, tratando de hacer que los bienes de la tierra estén disponibles para todos y no sólo para algunos privilegiados, precisamente como sugería el jubileo bíblico (cf. Lv 25, 8-13. 23). En medio de estas maravillas descubrimos la voz del Creador, transmitida por el cielo y la tierra, por el día y la noche: un lenguaje “sin palabras de las que se oiga el sonido”, capaz de cruzar todas las fronteras (cf. Sal 19, 2-5).

El libro de la Sabiduría, evocado por san Pablo, celebra esta presencia de Dios en el universo recordando que “de la grandeza y hermosura de las criaturas se llega, por analogía, a contemplar a su Autor” (Sb 13, 5; cf. Rm 1, 20). Es lo que canta también la tradición judía de los Chassidim: “¡Dondequiera que yo vaya, Tú! ¡Dondequiera que yo esté, Tú..., dondequiera me vuelva, en cualquier parte que admire, sólo Tú, de nuevo Tú, ¡siempre Tú!” (M. Buber, I racconti dei Chassidim, Milán 1979, §p. 256)

La aplicación de la eutanasia en Holanda empieza a asustar incluso a los médicos que la practican⁹⁸

Es un negocio muy lucrativo para las aseguradoras y la ley no se respeta



La depresión es motivo legal de eutanasia en Holanda y Bélgica

ReL, 28 septiembre 2020

En 2017, casi una cuarta parte de los fallecimientos en Holanda fueron provocados por el hombre. Cada vez más personas piensan que «quizás hemos traspasado el límite con la muerte a demanda», como recogía **Leone Grotti** en un reportaje en **Tempi**⁹⁹. ReL recupera este análisis de la **eutanasia** en Holanda, que traducimos del italiano.

Holanda: miles mueren por eutanasia, pero algo empieza a resquebrajarse

Bert Keizer es uno de los **60 médicos de Levenseindekliniek**, la clínica holandesa para el final de la vida que, en 2017, practicó la eutanasia a 750

⁹⁸ https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/358043794/Eutanasia-holanda-asusta-partidarios-medicos-practican.html

⁹⁹ <https://www.tempi.it/olanda-eutanasia-on-demand/>

personas. Está acostumbrado a ir a casa de los pacientes que quieren morir, pero la escena a la cual asistió el año pasado [*en 2018*] era inédita incluso para él.

Cuando llegó, con una enfermera, a la cabecera del hombre al que tenía que matar, se encontró ante 35 personas "que estaban bebiendo, gritando y riéndose. Había mucho ruido y pensé : 'Muy bien, ¿y ahora cómo lo hago?'. Gracias a Dios, el hombre que tenía que morir sabía exactamente qué hacer y de repente dijo: 'Muy bien, chicos' y todos le entendieron. Se callaron, sacaron a los niños de la habitación y le puse la inyección".



El momento final en una escena de un documental sobre la clínica Levensenidekliniek¹⁰⁰.

"Quizás hemos traspasado el límite"

Hablando con Christopher de Bellaigue, enviado de *The Guardian*, que ha escrito un largo artículo¹⁰¹ para explicar que, "quizás, Holanda ha traspasado el límite con la muerte a demanda", Keizer usa este ejemplo para ilustrar que "la eutanasia se ha convertido en algo normal".

¹⁰⁰ https://youtu.be/bJ_GvyA5AI8

¹⁰¹ <https://www.theguardian.com/news/2019/jan/18/death-on-demand-has-euthanasia-gone-too-far-netherlands-assisted-dying>

En 2002, cuando se legalizó la "buena muerte", la solicitaron 1882 personas; la cifra aumentó en 2017 a 6585.

Si a este dato se le añade que en 2017 se suicidaron 1900 holandeses y a 32.000 personas se les aceleró la muerte mediante la utilización de una sedación terminal muy anticipada, la "impresionante" conclusión que obtenemos es que **más de una cuarta parte de las muertes en Holanda en 2017 (casi 150.000) fueron inducidas**.

Nunca fue tan fácil morir en Holanda:

- la eutanasia estaba inicialmente reservada para los mayores de edad, pero ahora se ha ampliado también a los niños¹⁰²;
- no hace falta una enfermedad terminal para recibir la inyección letal, basta sufrir de un modo subjetivamente "insopportable"¹⁰³ de **cualquier malestar, que puede ir desde la demencia a la depresión**;
- si el propio médico es reacio a conceder la autorización, basta dirigirse a la Levenseindekliniek. *The Guardian* está seguro de que pronto se aprobará en el Parlamento la "píldora para el final de la vida"¹⁰⁴, disponible para cualquiera que encuentre insopportable la propia vida.

El negocio de la compasión

La eutanasia es un servicio sanitario básico cubierto por la prima mensual que cada ciudadano holandés paga a su aseguradora. **Es un negocio muy lucrativo**: por cada inyección letal practicada por un médico de la Levenseindekliniek, **las compañías de seguros pagan a la clínica 3.000 euros**. La compensación se da incluso cuando el paciente cambia de idea en el último momento.

¹⁰² <https://www.tempi.it/eutanasia-olanda-neonato-bambino-protocollo-groningen/>

¹⁰³ <https://www.tempi.it/rivoluzione-in-olanda-per-ottenere-leutanasia-bastera-essere-vecchi/>

¹⁰⁴ <https://www.tempi.it/olanda-eutanasia-per-tutti-ecco-la-kill-pill-per-chi-compie-70-anni/>



Steven Pleiter, director de la clínica especializada en eutanasia de Holanda; empatía y compasión... y dos millones de euros; en 2019 hicieron un 22% más eutanasias que el año anterior

Obviamente **Steven Pleiter**, director de la clínica, afirma que no es una cuestión de dinero, sino de "empatía, ética y compasión": una compasión que, en 2017, hizo ganar a la Levenseindekliniek más de **dos millones de euros**.

Observa *The Guardian*: "Evidentemente, las compañías de seguros prefieren pagar una cifra *una tantum* por matar a alguien, y no gastar una enorme cantidad de dinero para curar a una persona viva, pero no productiva".

Menos del 8% de los médicos se niegan a practicar la eutanasia por razones de conciencia; sin embargo, muchos empiezan a recuperarse de la borrachera letal.

Algunos se preocuparon cuando en noviembre de 2018 los fiscales holandeses anunciaron que, por primera vez, una doctora sería procesada por homicidio¹⁰⁵: había matado a una paciente a pesar de que ésta le había dado a entender claramente que no quería morir. "Había firmado las voluntades anticipadas", se justifica la doctora, a pesar de lo cual la llevaron a juicio.

[La doctora resultó absuelta: el tribunal holandés dictaminó que la doctora no tenía por qué volver a preguntar a la anciana enferma si quería aún que la

¹⁰⁵ <https://www.tempi.it/olanda-eutanasia-per-la-prima-volta-un-medico-sara-processato-per-omicidio/>

mataran, porque eso habría puesto nerviosa a la anciana; ReL lo explicó aquí en septiembre de 2019]¹⁰⁶

"¿Cómo puedo seguir así?"

Otros, en cambio, han tenido experiencias desestabilizadoras. Como Marie-Louise (nombre ficticio), médico de cabecera, que se negó a matar con eutanasia a un hombre con demencia que había firmado un testamento biológico, con el que pedía la inyección letal cuando sus condiciones fueran a peor.

A lo largo de los años este hombre "**cambió de idea por lo menos 20 veces**"; también porque "era la mujer la que quería obligarle". Un día, después de que el marido hubiese cambiado de idea por enésima vez, la mujer entró en el estudio de Marie-Louise y, golpeando los puños sobre la mesa, dijo: "*;Si encontrara el valor! ;Ese cobarde!*".

Hoy, Marie-Louise ha decidido abandonar la profesión: **ese hombre, al final, fue asesinado con eutanasia por el doctor que la sustituyó mientras ella estaba de vacaciones**. Marie-Louise sabía que su sustituto era fan de la "buena muerte", pero no pensaba que llegaría hasta ese extremo.



¹⁰⁶ https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/731653775/Absuelta-la-doctora-que-mato-a-una-anciana-con-alzheimer-que-a-veces-pedia-vivir-y-otras-morir.html

Ahora ella se siente culpable, no hace otra cosa que preguntarse qué habría pasado si no se hubiese ido de vacaciones. "¿Cómo puedo seguir así? **Soy médico y no puedo ni siquiera garantizar la seguridad de mis pacientes más vulnerables**".

"Lo siento, su madre ha muerto hace media hora"

Como ella, también **Marc Veld**, que no es totalmente contrario al principio de la eutanasia, se siente culpable. La pasada primavera empezó a sospechar de su madre, Marijke: aunque no era una enferma terminal, daba señales de querer acabar con todo. Marc intentó hablar con su médico en más de una ocasión, sin resultado, para explicarle por qué el sufrimiento de su madre no era insopportable ni imposible de aliviar.



El 9 de junio recibió una llamada de su médico: "Lo siento, su madre ha muerto hace media hora". **La había matado él y ni siquiera le había avisado, tal como establece la ley.**

"Podría haber vivido aún muchos años", sacude la cabeza Marc, **carcomido por el remordimiento y la rabia.**

También está el caso de **Berna van Baarsen**. Favorable a la "buena muerte", había decidido construir activamente la ley, haciéndose nombrar miembro de una de las comisiones de control de la eutanasia, encargada de valorar los *dossiers* que los médicos están obligados a enviar después de matar a sus pacientes.

Berna van Baarsen: de colaborar con la eutanasia a alejarse de ella. Foto: Kick Smeets.

En enero se fue dando un portazo, acusando a sus compañeros de haber traspasado el límite. Seguían juzgando como legales los casos de pacientes que recibían la eutanasia en base al testamento biológico, aunque ya no estuviesen en disposición de entender y de querer.

"Es fundamentalmente imposible establecer qué quieren estos pacientes, porque ya no pueden expresarse. El tema del consentimiento es ambiguo. En las comisiones se esconden detrás la ley, y ya no se preguntan si es moralmente justo matar a personas en determinadas condiciones".

"Todos quieren a la madre"

No es fácil prever si Holanda ha llegado al fondo del plano inclinado, o si llegará hasta la aprobación de la píldora eutanasica a demanda. Lo que es seguro, afirma *The Guardian*, en su viaje al reino de la "buena muerte" pregonada en nombre de la autonomía y la autodeterminación, es que se percibe una paradoja.

"A muchos médicos con los que he hablado les gusta la idea de la píldora, porque les permitiría volver a salvar vidas como antes. Pero si bien es cierto que algunos de los solicitantes de la eutanasia se enfadan con los médicos cuando estos se niegan a concedérsela, también es verdad que **la gente no quiere suicidarse con sus propias manos. El 95% de los que solicitan la eutanasia en Holanda quiere que sea un médico el que los mate**, prefieren no tomarse ellos solos el *cocktail* letal. En una sociedad que presume de rechazar cualquier forma de autoridad establecida, cuando se trata de la muerte todos quieren a la madre".

Es decir, todos desean que sea el Estado quien les autorice y les apruebe.

Quieren que alguien les diga: no te estás matando, no estás haciendo nada malo, estás actuando bien.

(Traducción de Elena Faccia Serrano, ReL publicó este análisis por primera vez en enero de 2019)

Lea aquí argumentos contra la eutanasia¹⁰⁷

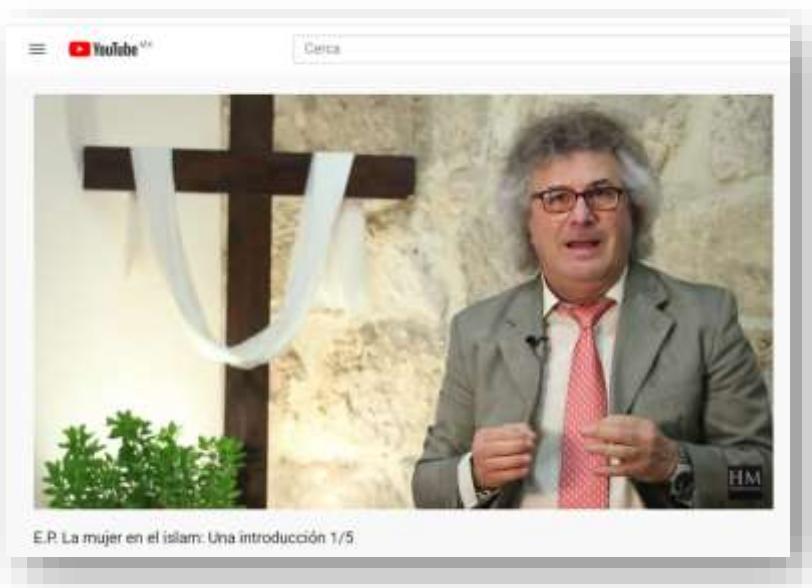
¹⁰⁷ <https://www.religionenlibertad.com/secciones/1/190/tag/argumentos-contra-eutanasia.html>

LA SITUACIÓN DE LA MUJER EN EL ISLAM¹⁰⁸

14 de agosto de 2020

El profesor Raad Salam Naaman, católico caldeo especialista en filología y cultura árabe, inicia una serie en HM Televisión sobre la situación de las mujeres según las fuentes de la ley islámica.

En su primer capítulo nos ofrece una breve y completa introducción a dichas fuentes.



En este nuevo bloque de «Entre Profesionales» hablamos con Raad Salam Naaman, católico caldeo iraquí y doctor en Filología Árabe, quien vuelve a HM Televisión para hablarnos sobre un tema plagado de confusión y controversias: «La mujer según las fuentes de la ley islámica». Raad nos exhorta a tener un conocimiento profundo del Corán y de los principios y enseñanzas de Mahoma para poder adentrarnos y entender la religión de los musulmanes.

El primero de cinco videos se encuentra en esta dirección:

https://www.youtube.com/watch?time_continue=1&v=jEr1i_em_QM&feature=emb_logo

¹⁰⁸ <https://www.religionenlibertad.com/video/125356/La-situacion-de-la-mujer-en-el-islam.html>

Los 11 consejos de la pediatra Meg Meeker para educar hijas fuertes en esta sociedad alocada¹⁰⁹

En su libro «Educar hijas fuertes en una sociedad líquida»



Meg Meeker es pediatra y una popular autora sobre educación en familia, especialmente en nuestra época peligrosa para niños y adolescentes

P.J.G./ReL, 18 septiembre 2020

La pediatra Meg Meeker¹¹⁰, conocida entre los lectores españoles por su libro de 2007 *Padres fuertes, hijas felices*, y por *Héroe. Cómo ser el padre fuerte que tus hijos necesitan* (Ciudadela), retoma esta temática ahora con *Educar hijas fuertes en una sociedad líquida*¹¹¹ (editorial Palabra). Han pasado unos años. La doctora acumula 30 años de experiencia pediátrica y descubre ahora nuevos peligros.

Entonces la autora se mostraba muy preocupada por cómo dañan a los niños y adolescentes los **trastornos alimenticios** (anorexia, bulimia, sobrepeso excesivo), los daños de **la ruptura emocional y el sexo prematuro**, y el abuso del alcohol y las drogas. Ahora suma a todo eso nuevas preocupaciones:

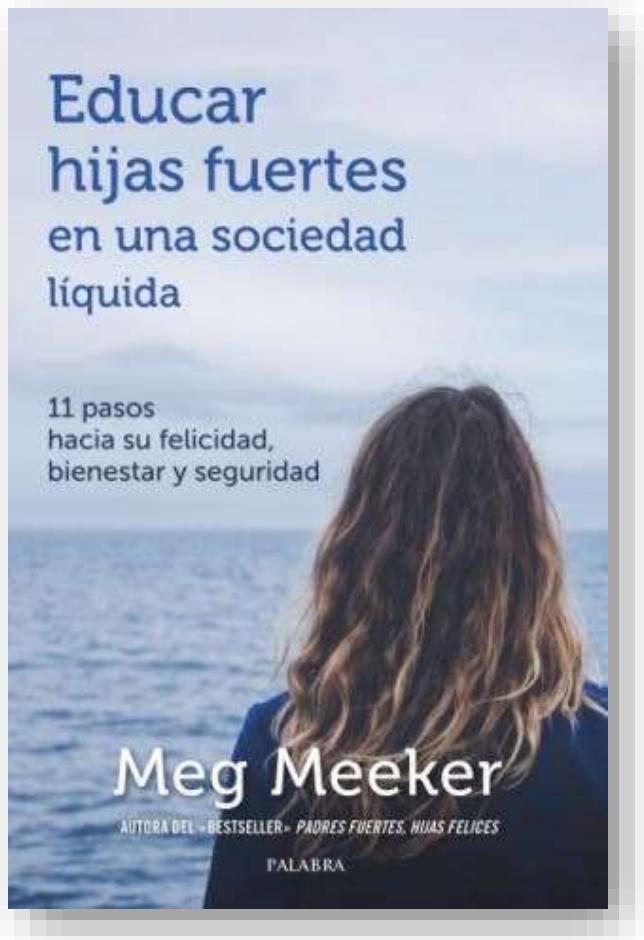
¹⁰⁹ https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/721807995/Los-11-consejos-Meg-Meeker-hijas-fuertes.html

¹¹⁰ <https://www.meekerpARENTING.com/>

¹¹¹ <https://www.palabra.es/educar-hijas-fuertes-en-una-sociedad-liquida-2528.html>

- la **adicción a las pantallas**
- la confusión sexual por la **ideología del "género fluido"**
- y la **cultura del victimismo**, que no forma a chicas fuertes sino a chicas quejas que echan la culpa de todo a "la sociedad" y "los demás"... que es lo que han visto hacer a sus padres. El libro es anterior al coronavirus, que puede convertirse en otro chivo expiatorio ("soy víctima de la crisis de la pandemia").

Leer a Meg Meeker anima a querer ser mejor padre y no desanima porque no propone imposibles. A menudo, basta simplemente con que papá esté más tiempo por casa o que parezca estar cerca, que dedique algunos ratos a estar con la niña y **escuchar sus cosas, y que sepa decirle "no" a toda una serie de cosas**, empezando por "no puedes ir a esa fiesta que no supervisa ningún adulto y donde sospecho que habrá alcohol". También mamá debe hacerlo. Las adolescentes dicen no necesitar a los adultos, pero sí los necesitan y mucho.



El libro ayuda a padres y madres de niñas y de adolescentes, y lo que enseña se puede aplicar también a jóvenes adultas.

"En bachillerato sabrán lo que es beber y fumar, enrollarse y acostarse con cualquiera; y muchas pensarán que eso es precisamente lo que se espera de ellas, aunque en realidad lo odien, como así ocurre. Ya en segundo año de carrera, si no antes, conocerán a chicas que sufren ansiedad y depresión y sabrán de chicos que se han suicidado a su edad", advierte la doctora.

El libro se estructura en 11 capítulos que son 11 recomendaciones a padres.

1. Conoce su corazón

No importa lo gruñona o horaña que sea tu hija, **quiere 4 cosas: amar, ser amada, tener vínculos intensos** (con sus padres, con un par de amigos... necesita pocos vínculos intensos, no muchos vínculos superficiales) **y cuidar de los demás** (peluches, animales, hermanitos, niños, amigos en apuros). **La relación firme con Dios, explica la doctora Meeker, ayuda en estas 4 cosas**, ya que implica amar a Dios, saberse amada por Dios, tener un vínculo firme con Dios y saber que Dios nos impulsa a servir a los demás.

2. Contesta a sus 4 preguntas existenciales

¿De dónde vengo? ¿Es importante mi existencia, tengo valor y significado? **¿Hay una normal moral para vivir? ¿A dónde voy, qué pasará conmigo?** "Tu hija ha nacido con un instinto que la impulsa a encontrar las respuestas a estas cuatro preguntas existenciales". Si los padres dan la sensación de que el valor de su hija depende de sus notas, éxitos deportivos, artísticos o popularidad, acabarán sufriendo mucho. Si las niñas piensan que su valor depende de los likes de Instagram o parecer sexy, también.

La doctora Meeker es directa: "**céntrate en una sola cosa, enséñale que fue creada por un Dios que es Padre y que es Amor**. En estos tiempos decir algo así puede resultar controvertido, pero es cierto. **Nada le dará a tu hija un sentido más profundo de valor personal como decirle que Dios la creó por una razón**. Lo digo como pediatra que ha podido comprobarlo en innumerables ocasiones durante su práctica. Las chicas que tienen fe son inmensamente más felices y fuertes".

A los padres que dicen que prefieren **dejar que crezca la niña para que ella elija si cree en Dios o no**, les responde: "**enséñale primero quién es ÉL y luego déjala elegir**". En cualquier caso elegirá por sí misma llegado el momento, pero mientras tanto la habrás puesto en el buen camino. Esta es la cuestión más vital, y si la evitas, privarás a tu hija de una formación en la fe y la religión, y la dejarás en la ignorancia más absoluta y peligrosa".

3. Mamá: eres mentora, aliada y pegamento

Las hijas ven a sus madres como las procuradoras de seguridad, confort, amor y fiabilidad, y si tienen una gran relación, querrá estar más cerca de ella que de

su mejor amiga. La madre persevera, se engancha como un pegamento a lo largo de la vida. Es mentora, porque orienta a su hija con su ejemplo, y también con instrucciones y enseñanzas directas, y hablando de sentimientos, de mujer a mujer. **Meeker previene contra las madres demandantes, controladoras, las**



distantes y las que tratan de ser "amiga" de la hija (sólo cuando la hija es ya adulta e independizada la madre puede pasar a ser amiga; antes, debe permanecer firme como autoridad y guía).

4. Papá: sé su primer amor, protector y líder

Este capítulo retoma muchos temas de su libro *Padres fuertes*. Las virtudes que una niña ve en su padre son las que buscará en un chico para que sea su marido. **"Inevitablemente, los padres son la plantilla de la que las niñas obtienen su modelo de hombre.** Las niñas que crecen con un vínculo fuerte con sus padres de pequeñas crecen más seguras de sí mismas. Y si tienen más confianza en sí mismas, disfrutarán de relaciones más saludables con los hombres, estará más lejos de ser sexualmente activa de adolescente, de quedarse embarazada, enamorarse de chicos machistas, crueles o egoístas". **La niña quiere que papá le proteja y la adolescente, aunque se queje, espera que su**

padre se esfuerce por protegerla. Un padre que pregunta cada tarde "qué tal el día" a su hija horaña acaba consiguiendo mucho. Vale la pena buscar excusas para estar juntos.

5. Ayúdala a controlar las pantallas

"El principal miedo que antes sentían los padres por sus hijos adolescentes era el sexo, las drogas y el alcohol. Ahora la principal preocupación son las redes sociales. Si antes te preocupaba una teleserie, apagabas el televisor. Hoy no es tan sencillo, el contenido es peor, la pornografía explícita es común y popular y muchas plataformas de redes sociales han llegado de forma perniciosa hasta los corazones de las adolescentes generando adicción. **Los miedos paternos están más que justificados".**

Como pediatra, Meeker sabe que el uso intenso de redes sociales va ligado a la depresión. Además, **"todas las adolescentes se comparan entre sí y tienen grandes inseguridades, en 30 años de práctica pediátrica nunca he conocido una excepción a esta regla"**. En Internet este "valorarse por los likes" se hace más grave y dañino.

Los padres deben limitar al máximo las pantallas y móviles: dejarlos a la entrada de casa, prohibirlos en las comidas, limitarlos a un par de ratos al día, etc...

6. Enséñale un feminismo saludable versus un feminismo tóxico

Aquí la doctora Meeker cuenta ejemplos de su época universitaria y otras chicas que conoció entonces. Habla de la Revolución sexual y de cuatro olas de feminismo. Pero la realidad es que tras todo eso, las mujeres son menos felices (estudio *La paradoja de la felicidad femenina decreciente*¹¹², de Stevenson y Wolfers), **las mujeres tienen más ansiedad y depresión, están más solas, muchas ven al hombre como enemigo, los niños son desechables** (el aborto daña a bebés, a mujeres, a todos) y hay una guerra feminista contra la feminidad.

¿Es posible un feminismo saludable? Sí... ¡con Dios! "Dios es el feminista original y más poderoso. Creó a las mujeres con un valor inestimable, les dio un alma eterna, eligió a una mujer para ser Madre de su Hijo... el feminismo de Dios aparece en la Biblia por todas partes". Es **un feminismo que da autoestima pero también humildad, que con fe y esfuerzo personal da un**

¹¹² <http://www.terceracultura.net/tc/la-paradoja-de-la-felicidad-femenina/>

carácter fuerte... y con realismo señala que la tenacidad es para servir a los demás. Es un feminismo que enseña a amar a los demás, a amar también a los varones. **"Enséñale a tu hija qué hacen los hombres buenos".**



7. Hábitos alimentarios, imagen corporal y justo equilibrio

Obesidad, anorexia, bulimia... a principios de siglo XXI ya eran un problema grave, pero con las redes sociales e Internet aparecen nuevas variantes y problemas; **pornografía, sexting y un bombardeo de imágenes de chicas sexis es el modelo que reciben las adolescentes** y sus amigas. Que la madre diga constantemente "estoy gorda, tengo que adelgazar" hace pensar a la niña que la guerra por el peso y la figura es lo más importante (y no debe ser así). El libro da muchos **consejos sobre alimentación y disciplina familiar en la comida.**

8. Afianza su fe en Dios

La doctora Megan ofrece 13 datos sobre beneficios de la fe en la salud física y mental (tomados del estudio de 2012 de Harold G. Koenig sobre *"Religion,*

Spirituality and Health"¹¹³). "Los agnósticos y ateos rechazan la fe porque la consideran irreal, un cuento de hadas, pero por lo que he podido comprobar, **la fe proporcionará a tu hija un sentido sustancial de la realidad: la comprensión de que forma parte de un todo mayor que ella misma, que no todo gira a su alrededor**".

Como doctora y pediatra constata: "la búsqueda de una satisfacción personal plena no es un estilo de vida saludable, no aporta felicidad, más bien procura desgracias, por lo que he podido constatar". La autora en el libro propone "**5 formas de transmitir la fe a tu hija**": incluye dar ejemplo y rezar.

9. Ayúdala a desarrollar una sexualidad saludable

En este tema, en libros anteriores, la doctora exponía **datos sobre las enfermedades sexuales y sus estragos entre los jóvenes, y la depresión grave, que va ligada a la actividad sexual temprana** (y es causa y efecto de más soledad). Aquí también lo hace, y los estudios siguen siendo contundentes. Y, como hace 20 años, las redes y la TV y el ambiente invitan a las adolescentes al sexo. "**Sé sexualmente activa y no estarás sola, porque serás popular, al menos entre los chicos**", es la gran promesa (que no se cumple: los novios usan y dejan a la chica después de aprovecharla, se extiende la fama de que es una desesperada que irá con cualquiera, etc....)

Pero en nuestra época se añade la propaganda de género que desde la infancia insiste a las niñas: "**¿cuál es tu género? ¿A lo mejor eres un niño con cuerpo de niña?**" **Y la propaganda LGTB:** si eres poco popular entre los chicos, quizás eres lesbiana o bisexual y puedes probar con las de tu sexo. ¡Serás distinta, especial y al menos te querrá alguien! Todo esto, desde los 12 años. **La doctora da 10 consejos para padres, que incluyen el ser un buen modelo, facilitar el hablar de estos temas y mantener unas reglas muy claras.**

10. Ayúdala a encontrar buenas amigas y a hacer frente a las malas

La doctora constata que **las adolescentes necesitan una o dos amigas íntimas, en profundidad. Los padres deben apoyar eso, incentivarlo y animarlo**. Por el contrario, ser "muy popular" y tener infinidad de amigas no es maduro ni es sano. Ya en la vida adulta sí es bueno tener una gran red de contactos amistosos, que se añaden a las amistades íntimas de siempre. **Las amigas íntimas ayudan a que una chica se exprese, se entienda mejor, sea más sincera, sienta**

¹¹³ <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/278730/>

conexión y felicidad, madure... Para detectar a las amigas malas y tóxicas, el libro ofrece una lista (la "malota", la idólatra, la reina del drama, la que nos usa como desagüe...)

11. Ayúdala a ser una mujer fuerte, no una víctima

Como pediatra, la autora ha visto muchas niñas echadas a perder por padres sobreprotectores que consentían todas las perezas y vanidades de su hija, quizá porque "pobrecita, como es más bien fea/gorda/torpe/mal estudiante, etc..." "**Si soy víctima se me consiente todo**", **aprenden muchos niños y niñas. Y en la vida adulta vivirán así, presentándose como víctimas** en vez de crecer en virtud y fuerza. Los padres deben educar a sus hijos en la independencia, en vivir sin miedo ni rencor, en asumir riesgos y fracasos razonables...

Es este un libro fácil de leer, lleno de **docenas de ejemplos y casos claros**, un libro que necesitan desesperadamente muchos padres y madres y que nos ayudará a orientarnos, como avisa el título, "en una sociedad líquida", especialmente hostil a nuestros hijos, sobrinos y nietos.

Los obispos polacos piden respetar a las personas del movimiento LGTB pero combatir su ideología¹¹⁴



SE MUESTRAN A FAVOR DEL TRATAMIENTO DE HOMOSEXUALES Y TRANSEXUALES

Los obispos de Polonia han pedido a sus fieles que muestren respeto por las personas relacionadas con el movimiento LGBT, pero a su vez les instan a resistir los llamamientos LGBT para una «transformación social y cultural» en conflicto con la enseñanza de la iglesia.

3/09/20

(InfoCatólica) En un documento de 27 páginas¹¹⁵ hecho público el 28 de agosto, los obispos aseguran que «la iglesia no teme proclamar el deber de respeto a la dignidad personal de todos, incluidos los vinculados al LGBT+. Sin embargo, por las mismas razones, también debe mostrar reserva y, en algunos casos, una clara oposición a la ideología de género y a las formas de

¹¹⁴ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=38527>

¹¹⁵ <https://episkopat.pl/wp-content/uploads/2020/08/Stanowisko-Konferencji-Episkopatu-Polski-w-kwestii-LGBT.pdf>

activismo de los movimientos LGBT que niegan la verdad sobre la humanidad, así como a sus proyectos sociales y objetivos declarados»

«Cualquier acto de violencia física o verbal contra las personas LGBT es inaceptable, así como todas las formas de vandalismo y agresión», dice el documento

El texto indica que el papa Francisco ha demostrado personalmente que la Iglesia Católica estaba abierta al diálogo con «toda persona de buena voluntad que busca la verdad». Sin embargo, esto no significa «aceptación sin crítica» de las opiniones del mundo LGBT ni evitar «una clara presentación de la enseñanza de la iglesia sobre la ideología de género y sobre las prácticas contra la naturaleza y la dignidad humana».

«El derecho de una persona a autodefinir su sexo sin referencia a criterios objetivos establecidos en su genoma y anatomía significa dar primacía al sexo sociocultural sobre el sexo biológico», advierten los prelados.

Ayuda aquienes quieren recuperar orientación sexual natural

En lo que sin duda creará gran polémica tanto dentro como fuera de Polonia, el documento afirma que la **Iglesia en Polonia apoyaría la apertura de clínicas para las personas LGBT que experimentan «dificultades, sufrimientos y rupturas espirituales»**, y que desean «recuperar su salud sexual y su orientación sexual natural».

Los obispos argumentan que negar la complementariedad sexual del hombre y la mujer, tal como hacen los activistas pro-LGTB, socava implícitamente la vocación parental.

«También se fijaron el objetivo de equiparar el matrimonio homosexual y heterosexual por ley. Como resultado, a lo largo de este proceso, la sexualidad humana se ve cada vez más privada de su significado y valor personal, como un regalo especial, un don sagrado, dado a una mujer y un hombre por el propio Creador»

Igualmente recuerdan que la **Iglesia no puede apoyar una ampliación de la definición de matrimonio y familia ni el reconocimiento de las parejas del mismo sexo** «incluida la regulación de la propiedad, la pensión alimenticia y la herencia», la adopción de personas del mismo sexo, o las medidas para permitir que las personas determinen su sexo a partir de los 16 años.

Citando el documento de la Congregación Vaticana para la Educación Católica de 2019 «Hombre y Mujer los creó», denuncian:

«Conscientes de la naturaleza radical de la transformación cultural postulada y de las demandas de una sociedad 'sin diferencias de género', los movimientos LGBT+ proponen usar el método de dar pequeños pasos para forzar una lenta transformación cultural y moral, familiarizando gradualmente a la sociedad con comportamientos que hasta hace poco se consideraban inaceptables y moralmente reprobables».

Y también critican el papel de ciertos medios de comunicación:

«Algunos medios de comunicación social apoyan estos proyectos promoviendo la ideología de género, fomentando el supuesto atractivo del divorcio, la infidelidad, la promiscuidad sexual, ridiculizando la fidelidad, la virginidad, la castidad y la religión».

Además, los obispos expresan su oposición a las propuestas de comenzar la educación sexual en la edad preescolar:

«Una educación responsable no puede reconciliarse con proporcionar a los niños materiales que revelen la intimidad humana y les enseñen el placer de 'manipular' su sexualidad e introducirlos en las experiencias sexuales tempranas».

Por otra parte, el documento indica que las personas que se identifican como transgénero tienen derecho a pertenecer a la Iglesia y no se les debe negar el bautismo u otros sacramentos siempre que, obviamente, cumplan las condiciones para recibirlos. Por supuesto, en sacramentos como el bautismo, el matrimonio y el del orden se debe respetar el género biológico de la persona en su nacimiento.

Maternidad y paternidad¹¹⁶

por Josep Miró i Ardèvol

Opinión 21 agosto 2020

Lo más decisivo en la vida de cualquier persona es ser madre o padre. La maternidad comporta una transformación profunda íntimamente sentida. La paternidad es un cambio que se aprende, y en esta sabiduría surge su sentido. La esencia común a ambas es una actitud de desposeimiento en favor de los hijos. Esta es la clave de la humanidad y de la realización personal: el desposeimiento, en mayor o menor grado, mediante la donación. Esta es la fuente primigenia de toda filantropía, la virtud de procurar el bien de las personas desinteresadamente, incluso a costa del interés propio.

El desposeimiento de los padres en relación con los hijos constituye una especie de ley universal. Una ley natural que atraviesa países, tiempos y culturas y que acerca el ser humano a Dios. El gran teólogo Hans Urs von Balthasar explica que el desposeimiento es lo que nos permite entrever la unicidad de Dios en la Trinidad cristiana. Cada una de las tres personas se desposee de manera absoluta en las otras dos haciéndose una. Por eso Jesús puede decir “quien me ve a mí ve al Padre”, porque el Padre está en Él, de la misma manera que Él está en el Padre. Esta es la causa de que el desposeimiento sea una condición esencial del cristianismo, una de las constantes en los Evangelios, que narran los actos y palabras de Jesús, y señala la exigencia cristiana. Es el tensor que atrae lo humano hacia su horizonte de sentido. Ese hacia donde ir, que se realiza al final de la vida si se alcanza la unión con Dios.

Desposeerse en favor del otro es un acto excepcional, pero que se vuelve cotidiano, natural, asumible –cada vez menos– por la vía de la paternidad y la maternidad. Las personas que no pueden ejercer esta maternidad y paternidad carnal la profesan mediante un desposeimiento espiritual. Las órdenes religiosas son el ejemplo más compartido, pero hay muchos otros ejercicios individuales de entrega a un servicio. Un personaje como Cambó, tan aparentemente alejado de una forma de vida desinteresada, explica en sus Memorias que su compromiso con una forma de entender y realizar Cataluña le llevó a descartar el matrimonio, y de esta manera consagrarse por entero a su causa.

¹¹⁶ <https://www.religionenlibertad.com/opinion/808451395/maternidad-paternidad.html> Publicado en La Vanguardia.

Pero todo esto son singularidades más o menos numerosas. La paternidad y la maternidad son la forma intuitiva de alcanzar la realización mediante la donación de uno mismo al alcance de la inmensa mayoría de las personas, superando así la pulsión del egoísmo innato. Tener hijos significa condicionar nuestro presente a su futuro, frenando la búsqueda de la inmediatez de la satisfacción, estimulando un comportamiento altruista, que no es perfecto, como todo lo humano, pero que está al alcance de muchos para intentar lograr la plenitud de vida. A la vez, la familia así formada beneficia a la sociedad. Sus funciones valiosas son insustituibles porque es capaz de generar por sí misma y con la mayor eficiencia la población y el capital moral, social y humano, primigenio, sin aportes de otras instituciones y personas. Por medio de estos factores incide de manera inmediata y mediata sobre la prosperidad y el bienestar.

Desposeerse en los hijos significa asumir que no habrá contrapartida por su parte, con la esperanza, sin certeza, de que se dé una determinada reciprocidad. Y los hijos deben sentir el deber de que tal esperanza se haga efectiva. La dificultad radica en que los padres no pueden educarlos en el deber de la reciprocidad, porque sería el fin de su entrega, convertida en un do ut des, te doy para que me des, que destruye la donación. Pero entonces ¿cómo conseguir que tal deber florezca? Los padres, educando a los hijos en la filantropía del servicio a la comunidad. La sociedad, manteniendo una sólida cultura del deber filial.

La creciente carencia de ambas condiciones explica el declive de la paternidad y la maternidad en nuestra sociedad, lo que hace imposible por razones vinculadas a la anomia que dicha sociedad proporcione el bienestar y la prosperidad necesarios.

La pandemia, con su agudo efecto estresante, acentúa también esta crisis, que tiene su origen en la cultura de la desvinculación, basada en la pretensión de que la realización personal, el disfrute de la vida, solo se alcanza mediante la inmediata satisfacción del deseo, por encima de todo vínculo, compromiso, deber o norma.

La impotencia de los gobiernos para evitar el desbordamiento habitual del ocio nocturno, ahora necesariamente restringido por razones de salud pública, es una muestra de las consecuencias de la debilidad de la filantropía originada en la familia, y que una sociedad buena debería amplificar. Por el contrario, nuestra sociedad desvinculada estigmatiza la paternidad y menosprecia la maternidad, incluida la vocación del cuidar.

Así, no hay salida.

Médicos de todo el mundo contra la «experimentación descontrolada» en menores que se definen transexuales¹¹⁷



IDEOLOGÍA DE GÉNERO

Su objetivo es «promover la atención médica segura, compasiva, ética y basada en pruebas para niños, adolescentes y adultos jóvenes con disforia de género».

6/09/20

(Actuall/InfoCatólica) Con la participación de más de cien médicos de diferentes países, se ha conformado la Sociedad por una Medicina de Género basada en Pruebas (Society for Evidence based Gender Medicine, SEGM). Su objetivo es «promover la atención médica segura, compasiva, ética y basada en pruebas para niños, adolescentes y adultos jóvenes con disforia de género».

Ellos piden «que **detengan esta experimentación descontrolada en jóvenes** y la reemplacen por un marco de investigación que genere pruebas útiles sobre la etiología de sus afecciones y los factores psicosociales que contribuyen a la disforia de género».

Los médicos participantes provienen de **Estados Unidos, Reino Unido, Suecia, Australia, Canadá, Irlanda o Noruega**.

¹¹⁷ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=38557>

Entre sus fundamentos expresan que en la actualidad el proceso de preeminencia de género en los niños sufre grandes deficiencias, hecho que antes estaba reservado para adultos con esta disforia:

«1.- En Europa Occidental, América del Norte y Australia, las intervenciones hormonales y quirúrgicas se están convirtiendo cada vez más en la primera línea de tratamiento para adolescente y adultos jóvenes con disforia de género, incluidos aquellos con un inicio relativamente reciente». Esta cuestión es especialmente relevante si se tiene en cuenta que entre «la disforia de género que se inicia en la infancia tiene una alta tasa de resolución natural, con un 61-98% de los niños reidentificándose con su sexo biológico durante la pubertad.

2.- Frente a un modelo de compromiso continuado con el paciente que incluía una evaluación psicológica continua, en la actualidad se procede a una aprobación de acciones irreversibles mediante una afirmación más automática de la visión que el individuo tiene de sí mismo como transgénero. Denuncian, la provisión de intervención médica ahora ocurre con una evaluación psicológica muy reducida.

3.- La búsqueda bienintencionada del alivio de los síntomas a corto plazo ha dado lugar a resultados devastadores a largo plazo, en este sentido denuncian que el modelo afirmativo de género que impera hoy compromete a los jóvenes a un tratamiento médico de por vida con una mínima atención de la etiología de sus afecciones y los factores psicosociales que contribuyen a la disforia de género».

¿Qué es el modelo afirmativo de género?

Se trata del suministro de hormonas de sexo cruzado de por vida junto a la realización de numerosas operaciones quirúrgicas, entre ellas mastectomías, colocación de implantes mamarios, extirpación de ovarios, testículos o útero o realización de cirugías plásticas para simular órganos sexuales.

Esta sociedad médica expone las deficiencias demostradas por un estudio holandés realizado a 40 personas:

- No contempla casos de disforia de género surgida en la adolescencia, sino sólo en la niñez.
- Sólo se realizó un año de seguimiento postoperatorio.
- El estudio carece de un grupo de control con el que comparar los resultados.
- No se evaluaron los efectos sobre la salud física.

Explican que no se realizaron estudios suficientes para decidir los tratamientos a aplicar.

Denuncian la **realización de intervenciones hormonales y quirúrgicas prematuras que pueden llevar a cambios físicos irreversibles**, esterilidad, detención del normal desarrollo en la pubertad, así como complicaciones quirúrgicas y médicas, además de efectos secundarios indeseados debido a la medicación. Dichas intervenciones están asociadas a deficiencias óseas, complicaciones cardiovasculares, muertes prematuras y altas tasas de suicidio postoperatorio.

También reclaman los escasos estudios para promover «la transición social temprana, explícitamente desalentada» y su aplicación en adolescentes.

La manera de actuar de los médicos que trajeron a los pacientes objeto del estudio no está justificada ni fundamentada y la falta de pruebas hace que los pacientes, las familias y los médicos tomen decisiones sin conocer los posibles efectos y daños de las diversas intervenciones.

Munilla discierne sobre las vacunas contra el Covid-19 que usan líneas celulares de fetos abortados¹¹⁸

Entrevista de ReL con el obispo de San Sebastián ante una polémica ética de primer nivel



08 septiembre 2020

Monseñor José Ignacio Munilla, obispo de San Sebastián, ha concedido una entrevista a Religión en Libertad en la que habla sobre la **polémica utilización de líneas celulares extraídas de tejidos de fetos abortados¹¹⁹ para la fabricación de vacunas contra el Covid-19¹²⁰**, y una alternativa ética, que las hay, deja bien claro monseñor Munilla, para que esas vacunas sean respetuosas con la dignidad del ser humano. Asimismo, el obispo de San Sebastián habla del comercio encubierto de niños abortados realizado por la multinacional abortista Planned Parenthood.

- El arzobispo de Sydney, Mons Anthony Fisher, OP, se dirigió hace unos días al Gobierno de Australia a través de un artículo titulado «No creemos un dilema ético», publicado en *The Catholic Weekly*, en el que pedía que “la vacuna que se anuncia desde la Administración podría plantear serios

¹¹⁸https://www.religionenlibertad.com/ciencia_y_fe/762381539/munilla-vacuna-covid-19-celulas-fetos-abortados.html

¹¹⁹ https://www.religionenlibertad.com/ciencia_y_fe/147780014/verdadero-falso-polemica-vacuna-coronavirus-tejidos-abortos.html

¹²⁰ <https://www.religionenlibertad.com/secciones/1/122/tag/coronavirus.html>

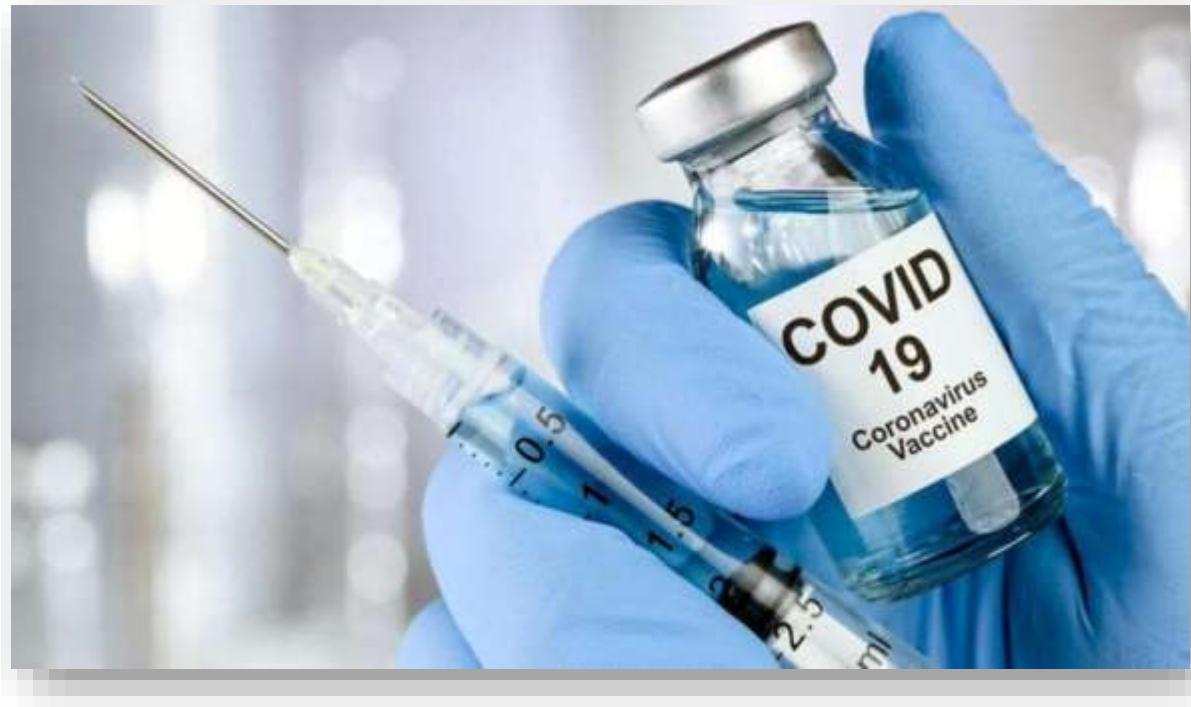
problemas de conciencia para una parte de nuestra población", ya que esa vacuna podría utilizar una línea celular HEK-293, que se "cultiva a partir de un feto humano abortado de forma electiva". Monseñor Munilla, usted ha abordado esta cuestión en su programa de Sexto Continente en Radio María¹²¹, haciéndose eco de la denuncia del arzobispo de Sydney. ¿Es ético producir vacunas desarrolladas utilizando tejidos de fetos abortados?

- Es algo inaceptable en términos éticos. En principio, **estamos ante una situación de cooperación ilícita con el aborto provocado, a pesar de que no se trate de una cooperación formal e inmediata.** ¿Qué sentido tendría que alguien que rechaza el aborto de los seres humanos en el seno materno, admitiese el uso de este tipo de vacuna? Obviamente, la valoración moral sería diversa en el caso de tratarse de abortos espontáneos, y no provocados. La diferencia sería similar a la existente entre utilizar órganos de un cadáver donado para la investigación, o la utilización de los órganos de un ser humano que haya sido ejecutado. Lo primero es moral, mientras que lo segundo es inmoral.

-¿Cómo deben considerarse y tratarse los restos de los abortos naturales o de los abortos provocados?

- La Instrucción vaticana *Donum Vitæ* (1987) establece que "los cadáveres de embriones o fetos humanos, voluntariamente abortados o no, deben ser respetados como los restos mortales de los demás seres humanos. [...] También en el caso de los fetos muertos, como cuando se trata de cadáveres de personas adultas, toda práctica comercial es ilícita y debe ser prohibida" (nº 5). Estas consideraciones éticas alcanzan una especial actualidad cuando hemos sido testigos de cómo la multinacional abortista Planned Parenthood comercializa de forma encubierta la venta de diversas partes del cuerpo de seres humanos abortados. El servicio realizado por quienes sacaron a la luz esta abominación, gracias a sus grabaciones con cámaras ocultas, es impagable. La paradoja es que los condenados hayan sido quienes consiguieron desvelar este comercio criminal, y no quienes lo realizan. Pero esto **no es sino un indicio más del poder de las multinacionales abortistas y de la cultura de la muerte.** No podemos por menos de hacernos una pregunta obvia: ¿Para qué se utilizan todos esos restos humanos que son adquiridos de forma tarifada en las clínicas abortistas?

¹²¹ <https://www.radiomariapodcast.es/programa/77/sesto-continente>



- Según dice la comunidad científica debe haber unos 136 equipos en todo el mundo que están ensayando vacunas para combatir el Covid-19, de las cuales solo 6 trabajan con líneas celulares extraídos de tejidos de fetos abortados. ¿Es moralmente aceptable para un católico ponerse una vacuna desarrollada a partir de líneas celulares de fetos abortados?
- La Academia Pontificia para la Vida publicó un documento en el año 2005, con el título “Reflexiones morales acerca de las vacunas preparadas a partir de células provenientes de fetos humanos abortados”, en el que con un discernimiento muy atinado expresaba que existe el deber de invocar la objeción de conciencia respecto a este tipo de vacunas, recurriendo al uso de vacunas alternativas éticas. Afortunadamente, en el caso de las vacunas del Covid, tal y como ha recordado el arzobispo de Sidney, esa alternativa ética existe, puesto que son solamente 6 entre 136 las que tienen ese origen inmoral.
- En el caso de que no hubiese habido alternativa ética, es decir, en el caso de que no hubiese sido posible elegir entre una vacuna desarrollada desde líneas celulares de fetos abortados, y otra clase de vacuna desarrollada sin esos tejidos, ¿sería moralmente aceptable vacunarse por razones de salud?
- En tal caso, el mismo documento de la Academia Pontificia para la Vida señala que las familias que recurriesen a esa vacunación **no se estarían haciendo**

cómplices del mal; ya que estarían en un contexto de constricción moral, por estar en peligro la salud de los propios hijos y de la población en general. Se trataría de una alternativa injusta, de la cual no se les puede culpabilizar a ellos.

Tal discernimiento lo encontramos también el año 2008 en la Instrucción *Dignitas Personae* de la Congregación para la Doctrina de la Fe: “**Razones de particular gravedad podrían ser moralmente proporcionadas como para justificar el uso de ese 'material biológico'**. Así, por ejemplo, el peligro para la salud de los niños podría autorizar a sus padres a utilizar una vacuna elaborada con líneas celulares de origen ilícito, quedando en pie el deber de expresar su desacuerdo al respecto y de pedir que los sistemas sanitarios pongan a disposición otros tipos de vacunas. Por otro lado, debemos tener en cuenta que en las empresas que utilizan líneas celulares de origen ilícito no es idéntica la responsabilidad de quienes deciden la orientación de la producción y la de aquéllos que no tienen poder de decisión”. (nº 35)



En esta hipotética situación –recuerdo una vez más que en el caso de las vacunas Covid hay alternativas éticas— **sería importante que quienes se ven obligados al recurso a estas vacunas de origen inmoral, hiciesen oír su voz**, manifestando su desacuerdo con la utilización de los cadáveres de abortos, y reivindicando la alternativa ética.

- Siguiendo con el caso hipotético de la no existencia de una alternativa de vacuna ética, ¿qué responsabilidad tienen los que han fabricado la vacuna a partir de líneas celulares de fetos abortados o el laboratorio que comercializa esta vacuna? ¿Qué les diría a los científicos y a los directivos de laboratorios que persisten en seguir desarrollando este tipo de vacunas?

- La licitud del recurso a estas vacunas por parte de los usuarios en el caso extremo referido, no se interpreta como una declaración de licitud de su producción y comercialización, la cual seguiría siendo gravemente inmoral. Al mundo científico y farmaceútico les pediría que no perdiessen de vista el principio ético básico: "El fin no justifica los medios". **En nuestros días ocurre que la invocación de la intencionalidad terapéutica se traduce en la posesión de una patente de corso para maniobrar al margen de la ética.** Como afirmaba Rabelais: "La ciencia sin conciencia es la ruina del alma".

-Los cristianos en España, pero también en América, están llamativamente pasivos ante este nuevo reto ético. ¿Qué habría que hacer desde la Iglesia para despertar las conciencias y contribuir a frenar este nuevo instrumento de la "cultura de la muerte"?

- Pienso que el conjunto de los cristianos de Australia han dado un buen testimonio de apuesta por la vida. Me refiero a que el Arzobispo anglicano de Sydney, Glenn Davies, ha declarado de forma pública y contundente que **la vacuna contratada por el gobierno australiano está "moralmente comprometida" y ha valorado que utilizar en la ciencia este tipo de tejidos es "reprobable"**; llegando a afirmar que en el caso de que la vacuna distribuida tenga este origen, él esperará hasta que se desarrolle otra con diferentes procedimientos. Por su parte, el Arzobispo Makarios, de la Iglesia greco ortodoxa en Australia, ha manifestado también al gobierno australiano que reconsiderare el acuerdo de compra de 25 millones de dosis de la vacuna.

Los máximos responsables de la Iglesia Católica, Anglicana y Grego ortodoxa de Australia, han escrito al primer ministro Scott Morrison, instándolo a reconsiderar el acuerdo para comprar 25 millones de dosis de la vacuna a la farmacéutica AstraZeneca que utiliza unas células de riñón llamada HEK-293, que **proceden de un feto abortado**.

Ha sido hermoso ver a los cristianos unidos en la batalla por la vida, máxime cuando, por desgracia, los dirigentes hindúes, islámicos y judíos de Australia se han manifestado de forma contraria, diciendo que no ven problema ético en la utilización de este tipo de vacuna. ¡Ojalá esta alianza cristiana ecuménica se consolide y se refuerce! Será, sin duda, una magnífica oportunidad para confesar a Jesús, como "Señor y dador de vida".

Por nuestra parte, los católicos tenemos todo un tesoro de magisterio pro-vida que debiéramos desempolvar. Empezando por la encíclica *Evangelium Vitae*, de San Juan Pablo II, cuyos 25 años de su publicación se han cumplido en la solemnidad de la Encarnación del presente año.

Tribunal de apelación revisará el caso de hospicio que se niega a ofrecer eutanasia¹²²



LUCHA POR LA VIDA EN CANADÁ

La realización de la eutanasia y el suicidio asistido en Canadá ha generado dudas sobre la imprecisión de los requisitos del país, por parte de familiares de pacientes, defensores de la discapacidad, grupos pro-vida y bioeticistas.

30/08/20

(CNA/InfoCatólica) El Tribunal de Apelaciones de Columbia Británica ha acordado escuchar el caso del hospital que intenta preservar su oposición histórica a la participación en proveer la eutanasia.

La Delta Hospice Society perderá 5 millones de dólares en fondos de la Fraser Health Authority, una autoridad de atención médica pública en Columbia Británica, y su permiso para operar como hospicio, en febrero de 2021.

La eutanasia y el suicidio asistido se legalizaron a nivel federal en Canadá en junio de 2016. En abril de 2019, al menos 6.749 canadienses habían muerto por eutanasia o suicidio asistido.

¹²² <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=38497>

El caso del hospicio se refiere a sus esfuerzos para celebrar una reunión y votar sobre los cambios propuestos a su constitución y estatutos que definirían su identidad cristiana y excluirían la provisión de eutanasia y suicidio asistido.

La Corte Suprema de Columbia Británica dictaminó en junio que el hospicio había actuado incorrectamente en sus intentos de definir su identidad cristiana y excluir la eutanasia, porque no había estado aprobando indiscriminadamente nuevas solicitudes de membresía durante 2020.

Las acciones del hospicio fueron cuestionadas por tres de sus miembros, Sharon Farrish, Christopher Pettypiece y James Levin.

La Delta Hospice Society apeló la decisión de junio.

El hospicio se fundó en 1991 como una organización comunitaria. La legalización de la eutanasia en Canadá provocó problemas de gobernanza para la Delta Hospice Society, según la juez Shelley Fitzpatrick, juez que redactó la decisión de junio.

Farrish se convirtió en director ejecutivo de Delta Hospice Society en junio de 2019, cuando la sociedad tenía alrededor de 160 miembros. En ese año «que considero que surgió principalmente del liderazgo de la Sra. Farrish, hubo una opinión cada vez mayor de que la Sociedad debería ofrecer la asistencia médica para morir», escribió Fitzpatrick.

Durante el transcurso de 2019, la membresía en la sociedad de hospicio aumentó; eran alrededor de 400 a principios de octubre y 620 a fines de noviembre.

En una reunión general en noviembre de 2019, «hubo cambios radicales» en la junta del hospicio; Pettypiece estaba entre un grupo de directores que fueron elegidos, pero luego renunciaron o fueron despedidos.

Según Fitzpatrick, la nueva junta se opuso a la provisión de eutanasia en las instalaciones del hospicio y Farrish fue despedido como director ejecutivo.

Delta Hospice Society se ha opuesto a la eutanasia y al suicidio asistido

La CNA informó en noviembre de 2018 que el hospicio sostenía que el suicidio asistido por un médico era «incompatible» con los cuidados paliativos del hospicio, y que estaba siendo presionado para que lo proporcionara, lo cual era incompatible con su misión.

Y en enero, la CNA describió a Delta Hospice Society como «no afiliada a una religión, sino ... opuesta a la eutanasia como cuestión de principios».

Angelina Ireland, presidenta de la junta de la sociedad de hospicio, le dijo a CNA en febrero que el hospicio ha «trabajado muy duro para que la gente confíe en nosotros que cuando vengan al hospicio no serán asesinados. Nosotros los cuidaremos, ellos cuidarán de sus familias. Y ahora, básicamente, el gobierno ha dicho que cualquier hospicio que no proporcione eutanasia no puede existir».

Desde entonces, la junta directiva de Delta Hospice Society ha trabajado para preservar su carácter de organización que permite la muerte natural.

Ireland dijo que la apelación es una buena oportunidad para «argumentar sobre bases constitucionales por qué está mal que los tribunales nos obliguen a permitir que un grupo hostil se haga cargo de la Sociedad, cambie sus propósitos fundamentales y confisque los activos acumulados durante más de 30 años».

Ella ha dicho que el fallo de Fitzpatrick de que las solicitudes rechazadas deben ser aceptadas «dio carta blanca a los grupos organizados para realizar adquisiciones hostiles de sociedades privadas que tienen puntos de vista minoritarios.

Significaría que miles de sociedades ahora pueden ser controladas por cualquier grupo organizado de unos pocos cientos de personas. No es así como se supone que funciona una sociedad libre.

Hay una campaña pública y coordinada para infiltrarse en la Delta Hospice Society y abrumar a la membresía existente con aquellos que no comparten nuestra constitución. Todo su propósito era revertir nuestra política sobre la eutanasia».

Pettypiece, Levin y Farrish están, de hecho, asociados y pueden ser contactados a través del «Take Back Delta Hospice Movement», cuyo objetivo es involucrar a los ciudadanos preocupados para que se conviertan en miembros de la Sociedad para votar en una nueva sesión..

Take Back Delta Hospice cree que los esfuerzos de la junta actual para no participar en la eutanasia «son incompatibles con la responsabilidad moral de la Sociedad de servir a toda la comunidad sin discriminación y son incompatibles con los principios fundacionales de la Sociedad sobre los que se basa su marca, sus activos y su buena voluntad, construido desde 1991».

La junta argumenta que la decisión de Fitzpatrick se equivocó al ordenar la aceptación abierta de las solicitudes de membresía y que ella trató a la sociedad de cuidados paliativos no como una asociación privada, sino como una institución pública. Si la Ley de Sociedades requiere tal orden, viola los derechos de asociación y la libertad de conciencia, argumentan.

Pettypiece dijo a principios de este mes que Delta Hospice «debería estar disponible para todos los que requieren cuidados paliativos, independientemente de sus opciones al final de la vida. Estamos comprometidos a garantizar una membresía que refleje los deseos de toda la comunidad».

La eutanasia está disponible en Delta Hospital, que se encuentra a un minuto en automóvil del Irene Thomas Hospice de la Delta Hospice Society. Delta es parte del área metropolitana de Vancouver.

En Columbia Británica, el certificado de defunción de quienes son sacrificados o cometan suicidio asistido enumera la Asistencia Médica para Morir como la causa inmediata de muerte, y las causas antecedentes que dieron lugar a la eutanasia o al suicidio asistido se enumeran a continuación:

La realización de la eutanasia y el suicidio asistido en Canadá ha generado dudas sobre la imprecisión de los requisitos del país, por parte de familiares de pacientes, defensores de la discapacidad, grupos pro-vida y bioeticistas.

La elegibilidad está restringida a adultos canadienses mentalmente competentes que tengan una enfermedad, dolencia o discapacidad grave e irreversible. Si bien para ser elegible un paciente no tiene que tener una condición fatal, debe cumplir con un criterio expresado de diversas maneras como «pueden esperar morir en un futuro cercano», que la muerte natural es «razonablemente previsible» en el «no muy lejano» futuro, o que están «desmejorando progresivamente hacia la muerte».

Un obispo alemán defiende la moral sexual de la Iglesia¹²³



Por INFOVATICANA | 12 septiembre, 2020

(Il Timone)- Incluso en tiempos de pandemia por el Covid-19, el camino sinodal emprendido por la Conferencia Episcopal alemana sigue adelante, aunque con alguna modificación respecto a lo previsto: la segunda asamblea plenaria, fijada para principios de septiembre en Frankfurt, ha tenido lugar en distintas ciudades de Alemania a fin de permitir que los 230 delegados participaran masivamente, respetando las normas actuales vigentes.

Tras una mañana dedicada a hablar sobre la incidencia del coronavirus en la Iglesia y el camino sinodal, los trabajos se han centrado en los temas en discusión en los cuatro foros, que abordan las cuestiones siguientes: los poderes en la Iglesia, el sacerdocio, las mujeres y la moral sexual.

¹²³https://infovaticana.com/2020/09/12/un-obispo-aleman-defiende-la-moral-sexual-de-la-iglesia/?utm_source=infovaticana.com_internal&utm_medium=internal&utm_campaign=infovaticana.com_internal&utm_content=48711252&utm_term=960409&crst=1599947774&wrst=1599947773 Publicado por Giulia Tanei en Il Timone. <https://www.iltimone.org/news-timone/oster-la-morale-sessuale-non-a-la-carte/>

Como ya tuvimos ocasión de observar después de la primera asamblea plenaria, que tuvo lugar entre finales de enero y principios de febrero de este año, las voces que reclaman una “apertura” sobre estos temas son múltiples y tienen mucho peso gracias al apoyo que reciben de los medios de comunicación dominantes.

No obstante, también hay voces disidentes que demuestran su valentía al ir contracorriente y que sufren por ser minoría, a pesar de lo cual se elevan para reclamar fidelidad a la Sagrada Escritura y a la enseñanza de siempre de la Iglesia.

Las palabras de monseñor Oster

Entre estas voces está la del obispo de Passau (Baviera), monseñor Stefan Oster, presente en el foro sobre moral sexual “Vivir en relaciones que funcionan. Vivir el amor en la sexualidad y en la relación”. Entrevistado por **Tagespost**¹²⁴, el joven prelado salesiano ha recorrido los trabajos realizados en ese foro, y que durante la tarde ha visto una «petición de apertura muy firme por parte de un joven católico que es homosexual y que vive en pareja» y que ha relatado el sufrimiento que ha vivido dentro de la Iglesia. Para Oster, la discusión que ha surgido después «ha estado muy influenciada» por este testimonio, y «la gran mayoría» de los participantes «ha opinado que debemos desarrollar ulteriormente la moral sexual».

En cualquier caso, prosigue el prelado, «desde mi punto de vista se ha hecho referencia, justamente, a Juan Pablo II y su teología del cuerpo, que para mí es un desarrollo ulterior de la moral sexual, pero también una profundización en armonía con la tradición». Según Oster, el problema está, precisamente, en este último aspecto: muchos, dentro de la Iglesia, desearían “ir más allá”, ver «lo que llaman un avance ulterior de esta posición católica». Y desearían hacerlo a la luz de las aportaciones de las ciencias humanas, que hablan de una polivalencia del amor humano. Lo que es innegable; sin embargo, no hay que olvidar que, en relación a la moral sexual, «en el centro de la enseñanza de la Iglesia están la apertura a la vida y la relación de amor con el cónyuge, el bienestar recíproco de los cónyuges»: el placer, la construcción de la identidad, etc., son elementos, de algún modo, secundarios. Asimismo, es verdad que no siempre los resultados de la sexualidad son positivos.

A la luz de todo esto, «desde el punto de vista de la enseñanza de la Iglesia», prosigue Oster, «podemos decir: todas las dimensiones positivas son

¹²⁴ <https://www.die-tagespost.de/kirche-aktuell/aktuell/bischof-oster-die-kirche-kann-ihre-lehre-nicht-einfach-aendern;art4874,211826>

efectivamente buenas e importantes, pero la fe afirma que una persona que madura en la fe integra en sí misma todas las dimensiones y no quiere, y no debería, vivirlas aisladas unas de otras. Y esta imagen humana de la existencia redimida, o madura, obviamente no la da las ciencias humanas. El camino de fe tiene como fin hacernos más maduros, más sanos y, en definitiva, más santos».

En resumen: para Oster, profundizar y ampliar aún más la enseñanza de Juan Pablo II «consiste, sobre todo, en una mirada más honda a la luz del llamado personalismo, una corriente filosófica que se refiere a la persona como ser relacional y, por tanto, aborda también la ética relacional». Todo ello manteniendo como punto firme que «la enseñanza existente pertenece tan profundamente a la revelación de Dios sobre la existencia humana que [...] no podemos cambiarla o “desarrollarla” solos, como muchos desean».

«Samaritanus bonus», importante carta de Doctrina de la Fe sobre el final de la vida¹²⁵

Contundente texto vaticano contra la eutanasia: aviso a políticos y religiosos indulgentes con ella



El documento vaticano recorre el Magisterio en todo lo relacionado con el final de la vida

Javier Lozano / ReL, 22 septiembre 2020

La Santa Sede ha publicado este martes la carta *Samaritanus bonus* de la Congregación para la Doctrina de la Fe centrada en el **cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de su vida**. Un texto que a la luz del Magisterio, y utilizando como ejemplo al “Buen Samaritano” del Evangelio arroja mucha luz en un debate político y social extremadamente complicado ante la ofensiva de imponer la eutanasia y de no apostar decididamente por los cuidados paliativos.

¿Cómo aplicar esta imagen del Samaritano en un mundo como el de hoy? La Congregación para la Doctrina de la Fe explica que “a cada agente sanitario le

¹²⁵https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/507627776/samaritanus-bonus-vaticano-eutanasia-suicidio-asistido-final-vida.html

ha sido confiada la misión de una fiel custodia de la vida humana hasta su cumplimiento natural, a través de un proceso de asistencia que sea capaz de re-generar en cada paciente el sentido profundo de su existencia, cuando viene marcada por el sufrimiento y la enfermedad”.

Y por ello añade que “el cuidado de la vida es, por tanto, la primera responsabilidad que el médico experimenta en el encuentro con el enfermo. Esta no puede reducirse a la capacidad de curar al enfermo, siendo su horizonte antropológico y moral más amplio: **también cuando la curación es imposible o improbable**, el acompañamiento médico y de enfermería (el cuidado de las funciones esenciales del cuerpo), psicológico y espiritual, es un deber ineludible, porque lo contrario constituiría un abandono inhumano del enfermo”.

De este modo, *Samaritanus Bonus* señala que “reconocer la imposibilidad de curar ante la cercana eventualidad de la muerte, no significa, sin embargo, el final del obrar médico y de enfermería. **Ejercitar la responsabilidad hacia la persona enferma, significa asegurarle el cuidado hasta el final**: ‘curar si es posible, cuidar siempre’”.



La carta está firmada por el cardenal español Luis Ladaria

Un elemento indispensable es que “el valor inviolable de la vida es una verdad básica de la ley moral natural y un fundamento esencial del ordenamiento jurídico. **Así como no se puede aceptar que otro hombre sea nuestro esclavo, aunque nos lo pidiese, igualmente no se puede elegir directamente atentar contra la vida de un ser humano, aunque este lo pida.** Por lo tanto, suprimir un enfermo que pide la eutanasia no significa en absoluto reconocer su autonomía y apreciarla, sino al contrario significa desconocer el valor de su libertad, fuertemente condicionada por la enfermedad y el dolor, y el valor de su vida, negándole cualquier otra posibilidad de relación humana, de sentido de la existencia y de crecimiento en la vida teologal. Es más, se decide al puesto de Dios el momento de la muerte. Por eso, ‘aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado degradan la civilización humana, deshonran más a sus autores que a sus víctimas y son totalmente contrarias al honor debido al Creador’”.

Una vez reconocida la importancia de toda vida humana sin importar su salud o circunstancias, ¿qué dice el Magisterio sobre el final de la vida? En esta carta, **Doctrina de la Fe destaca 12 puntos a tener en cuenta** (*recomendamos también leer la carta íntegra por la importancia de los detalles y de su riqueza*):

1. La prohibición de la eutanasia y el suicidio asistido

“La Iglesia considera que debe reafirmar como enseñanza definitiva que la eutanasia es un crimen contra la vida humana porque, con tal acto, el hombre elige causar directamente la muerte de un ser humano inocente”, afirma con claridad el documento vaticano, que incide en que la eutanasia “**es un acto intrínsecamente malo, en toda ocasión y circunstancia**”.

Además, lanza una advertencia a legisladores, médicos y todo aquel que sale en defensa de leyes de este tipo. “La eutanasia es un acto homicida que ningún fin puede legitimar y que no tolera ninguna forma de complicidad o colaboración, activa o pasiva. **Aquellos que aprueban leyes sobre la eutanasia y el suicidio asistido se hacen, por lo tanto, cómplices del grave pecado que otros llevarán a cabo**”.

2. La obligación moral de evitar el ensañamiento terapéutico

En este punto, el documento alerta no sólo de la anticipación de la muerte sino también de retrasarla con el llamado “**ensañamiento terapéutico**”.

“La medicina actual dispone, de hecho, de medios capaces de retrasar artificialmente la muerte, sin que el paciente reciba en tales casos un beneficio real. Ante la inminencia de una muerte inevitable, por lo tanto, es lícito en ciencia y en conciencia tomar la decisión de renunciar a los tratamientos que procurarían solamente una prolongación precaria y penosa de la vida, sin interrumpir todavía los cuidados normales debidos al enfermo en casos similares. Esto significa que no es lícito suspender los cuidados que sean eficaces para sostener las funciones fisiológicas esenciales, mientras que el organismo sea capaz de beneficiarse (ayudas a la hidratación, a la nutrición, a la termorregulación y otras ayudas adecuadas y proporcionadas a la respiración, y otras más, en la medida en que sean necesarias para mantener la homeostasis corpórea y reducir el sufrimiento orgánico y sistémico). **La suspensión de toda obstinación irrazonable en la administración de los tratamientos no debe ser una retirada terapéutica.** Tal aclaración se hace hoy indispensable a la luz de los numerosos casos judiciales que en los últimos años han llevado a la retirada de los cuidados – y a la muerte anticipada – a pacientes en condiciones críticas, pero no terminales, a los cuales se ha decidido suspender los cuidados de soporte vital, porque no había perspectivas de una mejora en su calidad de vida”, aclara el texto en esta cuestión.

3. Los cuidados básicos: el deber de alimentación e hidratación

En este tercer punto, Doctrina de la Fe recuerda que “un cuidado básico debido a todo hombre es el de **administrar los alimentos y los líquidos necesarios** para el mantenimiento de la homeostasis del cuerpo”.

“La privación de estas ayudas se convierte en una acción injusta y puede ser fuente de gran sufrimiento para quien lo padece. Alimentación e hidratación no constituyen un tratamiento médico en sentido propio, porque no combaten las causas de un proceso patológico activo en el cuerpo del paciente, sino que representan el cuidado debido a la persona del paciente, una atención clínica y humana primaria e ineludible”, añade.

4. Los cuidados paliativos

Samaritanus Bonus señala que “la medicina paliativa constituye un instrumento precioso e irrenunciable para acompañar al paciente en las fases más dolorosas, penosas, crónicas y terminales de la enfermedad¹²⁶. **Los así llamados cuidados**

¹²⁶ Ver video “cuidados paliativos laguna aprender a despedirse”,
https://www.youtube.com/watch?v=7FdmkYmg724&feature=emb_logo

paliativos son la expresión más auténtica de la acción humana y cristiana del cuidado, el símbolo tangible del compasivo ‘estar’ junto al que sufre”.

De este modo, agrega que “**la experiencia enseña que la aplicación de los cuidados paliativos disminuye drásticamente el número de personas que piden la eutanasia**. Por este motivo, parece útil un compromiso decidido, según las posibilidades económicas, para llevar estos cuidados a quienes tengan necesidad, para aplicarlos no solo en las fases terminales de la vida, sino como perspectiva integral de cuidado en relación a cualquier patología crónica y/o degenerativa, que pueda tener un pronóstico complejo, doloroso e infausto para el paciente y para su familia”.

5. El papel de las familias y los hospicios

En este punto, la Congregación para la Doctrina de la Fe afirma que “en el cuidado del enfermo terminal es central el papel de la familia” y que “**en el cuidado es esencial que el enfermo no se sienta una carga, sino que tenga la cercanía y el aprecio de sus seres queridos**. En esta misión, la familia necesita la ayuda y los medios adecuados. Es necesario, por tanto, que los Estados reconozcan la función social primaria y fundamental de la familia y su papel insustituible, también en este ámbito, destinando los recursos y las estructuras necesarias para ayudarla”.

Por ello, considera “bueno y de gran ayuda” que existan y se creen “**centros y estructuras donde acoger los enfermos terminales**, para asegurar el cuidado hasta el último momento”.

6. El acompañamiento y el cuidado en la edad prenatal y pediátrica

En este aspecto, el documento destaca que “los niños afectados por malformaciones o patologías de cualquier tipo son *pequeños pacientes* que la medicina hoy es capaz de asistir y acompañar de manera respetuosa con la vida. **Su vida es sagrada, única, irrepetible e inviolable, exactamente como aquella de toda persona adulta”.**

Sin embargo, alerta que “a nivel social, el uso a veces obsesivo del diagnóstico prenatal y el afirmarse de una cultura hostil a la discapacidad inducen, con frecuencia, a la elección del aborto, llegando a configurarlo como una práctica de ‘prevención’. **Este consiste en la eliminación deliberada de una vida humana inocente y como tal nunca es lícito”**

Por último es importante destacar que “**el concepto ético/jurídico del ‘mejor interés del niño’** – hoy utilizado para efectuar la evaluación costes-beneficios de los cuidados que se lleven a cabo – de ninguna manera puede constituir el fundamento para decidir abbreviar su vida con el objetivo de evitarle sufrimientos, con acciones u omisiones que por su naturaleza o en la intención se puedan configurar como eutanasias”.



El caso de Alfie Evans dio la vuelta al mundo produciéndose un debate ético-médico sobre este punto en concreto.

7. Terapias analgésicas y supresión de la conciencia

“Un profundo sentido religioso puede permitir al paciente vivir el dolor como un ofrecimiento especial a Dios, en la óptica de la Redención; sin embargo, **la Iglesia afirma la licitud de la sedación como parte de los cuidados que se ofrecen al paciente, de tal manera que el final de la vida acontezca con la máxima paz posible y en las mejores condiciones interiores**. Esto es verdad también en el caso de tratamientos que anticipan el momento de la muerte (sedación paliativa profunda en fase terminal), siempre, en la medida de lo posible, con el consentimiento informado del paciente. Desde el punto de vista pastoral, es bueno cuidar la preparación espiritual del enfermo para que llegue conscientemente tanto a la muerte como al encuentro con Dios. El uso de los

analgésicos es, por tanto, una parte de los cuidados del paciente, pero cualquier administración que cause directa e intencionalmente la muerte es una práctica eutanasica y es inaceptable. La sedación debe por tanto excluir, como su objetivo directo, la intención de matar, incluso si con ella es posible un condicionamiento a la muerte en todo caso inevitable”, afirma el texto vaticano sobre el Magisterio.

8. El estado vegetativo y el estado de mínima conciencia

Sobre este asunto, el documento señala que “es siempre engañoso pensar que el estado vegetativo, y el estado de mínima conciencia, en sujetos que respiran autónomamente, sean un signo de que el enfermo haya cesado de ser persona humana con toda la dignidad que le es propia. Al contrario, **en estos estados de máxima debilidad, debe ser reconocido en su valor y asistido con los cuidados adecuados**”. Por ello, considera que “el paciente en estos estados tiene derecho a la alimentación y a la hidratación”.

9. La objeción de conciencia por parte de los agentes sanitarios y de las instituciones sanitarias católicas.

“Ante las leyes que legitiman – bajo cualquier forma de asistencia médica – la eutanasia o el suicidio asistido, **se debe negar siempre cualquier cooperación formal o material inmediata**. Estas situaciones constituyen un ámbito específico para el testimonio cristiano, en las cuales ‘es necesario obedecer a Dios antes que a los hombres’ (Hch 5, 29)”, afirma la Santa Sede.

De este modo, considera indispensable que “los Estados reconozcan la objeción de conciencia en ámbito médico y sanitario, en el respeto a los principios de la ley moral natural, y especialmente donde el servicio a la vida interpela cotidianamente la conciencia humana. **Donde esta no esté reconocida, se puede llegar a la situación de deber desobedecer a la ley**, para no añadir injusticia a la injusticia, condicionando la conciencia de las personas”.

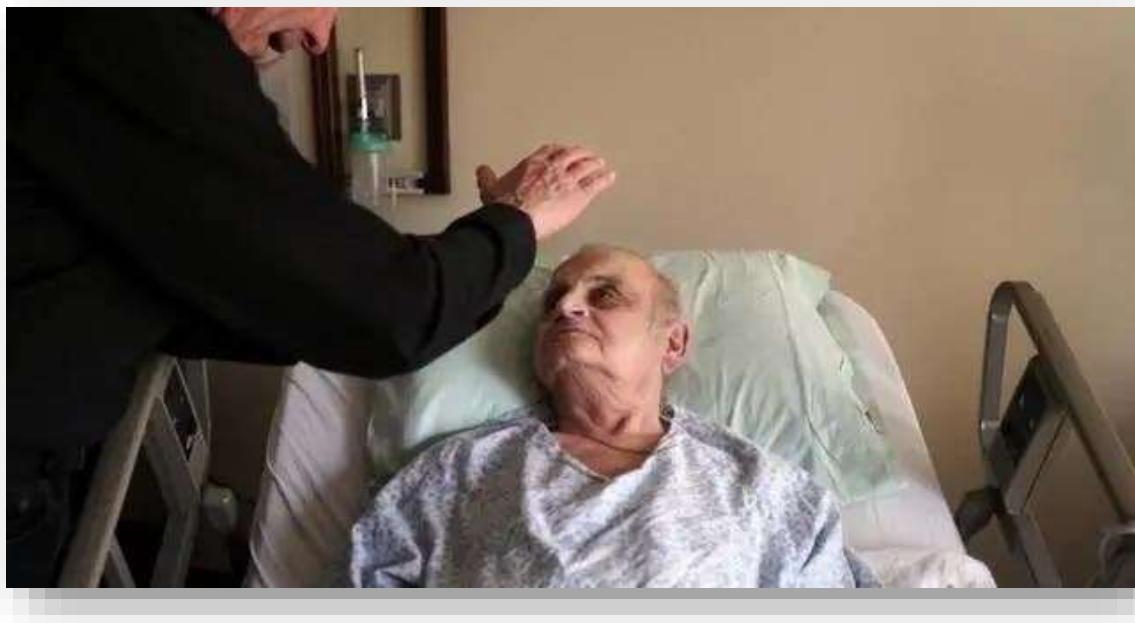
10. El acompañamiento pastoral y el apoyo de los sacramentos

En el momento de la muerte –asegura *Samaritanus Bonus*- “**la Iglesia está llamada a acompañar espiritualmente a los fieles en esta situación**, ofreciéndoles los ‘recursos sanadores’ de la oración y los sacramentos. Ayudar al cristiano a vivirlo en un contexto de acompañamiento espiritual es un acto supremo de caridad”.

Así, insiste en que “el ministerio de la escucha y del consuelo que el sacerdote está llamado a ofrecer, haciéndose signo de la solicitud compasiva de Cristo y de la Iglesia, **puede y debe tener un papel decisivo**. En esta importante misión es extremadamente importante testimoniar y conjugar aquella verdad y caridad con las que la mirada del Buen Pastor no deja de acompañar a todos sus hijos”.

11. El discernimiento pastoral hacia quien pide la eutanasia o el suicidio asistido

“Un caso del todo especial en el que hoy es necesario reafirmar la enseñanza de la Iglesia es el acompañamiento pastoral de quien ha pedido expresamente la eutanasia o el suicidio asistido. Respecto al sacramento de la Reconciliación, el confesor debe asegurarse que haya contrición”, recuerda Doctrina de la Fe. De este modo, **podrá recibir la absolución, la unción y el viático “en el momento en el que su disposición a cumplir los pasos concretos permita al ministro concluir que el penitente ha modificado su decisión”**.



Por otro lado, advierte el texto que “no es admisible por parte de aquellos que asisten espiritualmente a estos enfermos ningún gesto exterior que **pueda ser interpretado como una aprobación de la acción eutánásica**, como por ejemplo el estar presentes en el instante de su realización”.

12. La reforma del sistema educativo y la formación de los agentes sanitarios

En este último punto, la Santa Sede asegura que “**los cuidados paliativos deben difundirse en el mundo y es obligatorio preparar, para tal fin, los cursos universitarios para la formación especializada de los agentes sanitarios.** También es prioritaria la difusión de una correcta y meticulosa información sobre la eficacia de los auténticos cuidados paliativos para un acompañamiento digno de la persona hasta la muerte natural. Las instituciones sanitarias de inspiración cristiana deben preparar protocolos para sus agentes sanitarios que incluyan una apropiada asistencia psicológica, moral y espiritual como componente esencial de los cuidados paliativos”.

“La asistencia humana y espiritual debe volver a entrar en los recorridos formativos académicos de todos los agentes sanitarios y en las prácticas hospitalarias”, añade también.

*Puede leer aquí la carta íntegra *Samaritanus Bonus*¹²⁷*

¹²⁷ <http://press.vatican.va/content/salastampa/it/bollettino/pubblico/2020/09/22/0476/01077.html#es>