



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

DOSSIER DE PRENSA

Dr. P. Fernando Fabó, LC



Facultad de
Bioética

P. Fernando Fabó, LC
Facultad de Bioética
México. Septiembre - Octubre, 2024. Núm. 26.

Contenido

La IA impulsa el descubrimiento de los fármacos del futuro	4
Plan de anticoncepción «gratuita» de Canadá comienza a desquebrajarse	7
Una IA en Japón enciende las alarmas al reprogramarse	10
Monash IVF: demanda por destruir erróneamente embriones viables	13
Innovadores avances terapéuticos frenan la expansión del VIH	17
Chile: 8 diputados de 8 partidos exigen la abolición del GPA	22
La Corte Suprema de Argentina rechaza el uso de gametos post mortem	25
OMS: medidas "urgentes" frente a la resistencia a los antimicrobianos	31
Aborto, un comité de la ONU condena a Polonia	33
La neurociencia no puede acabar con el mal del mundo	36
Francia: 243.623 abortos en 2023, una cifra que sigue aumentando	41
Eutanasia: la advertencia australiana	45
Francisco: 3 actitudes cristianas para el cuidado de la casa común.....	48
Nuestras acciones y nuestra biología se refuerzan.....	51
Más de 100.000 abortos en España: cuando se estudia la vida del feto	55
«El aborto tiene que ver con el sexo. Obvio»	62
Arzobispo canadiense sobre el suicidio asistido: “Es una farsa”	71
Alerta de la OMS sobre la próxima pandemia mundial.....	74
Un hombre se despierta mientras le extraían los órganos.....	76
Aumentan un 84% las Enfermedades de Transmisión Sexual en España	79
ONU: se permita competir en deportes femeninos a hombres	81
Un niño de 14 años se quita la vida tras enamorarse de una IA	84
Guarderías en Austria: formularios con seis opciones de género	89
Lunes y Año Nuevo presentan un mayor riesgo de suicidio	91
Los bloqueadores de pubertad no ayudan a la salud mental	95
¿Qué fue de la investigación con células madre?	100
Conciencia y sedación al final de la vida	105
El profesor Mark Glaser critica el Proyecto de Ley de suicidio asistido.....	111

La gestión universitaria: cuidar el estudio y la investigación	115
Harvard: sustancia cotidiana rompe el ADN y causa graves anomalías.....	118
Los ictus, cada vez más frecuentes en jóvenes	120
¿Cuál es la mejor edad para congelar óvulos?	124
Mujer con cáncer se enfrenta a la presión del suicidio asistido	127
Nueva versión de la Declaración de Helsinki	129
¡Cuidadme así! Decálogo para morir bien	148

La Inteligencia Artificial impulsa el descubrimiento de los fármacos del futuro

La IA abre la puerta a desarrollar medicamentos punteros, personalizados y más seguros



DREAMSTIME LA RAZÓN

Javier Granda Revilla, 01.09.2024

La **Inteligencia Artificial (IA)**¹ está permitiendo que, mediante algoritmos, los ordenadores comiencen a razonar como seres humanos. Y el **desarrollo de nuevos fármacos es uno de los ámbitos que más se va a ver beneficiado**, según un reciente estudio de la consultora Deloitte, especialmente en la selección de nuevas moléculas con potencial terapéutico. Además, la IA permite identificar patrones genéticos o de marcadores entre grandes volúmenes de información para identificar tanto grupos de pacientes con mayor probabilidad de respuesta a una terapia como posibles efectos secundarios, permitiendo personalizar los tratamientos.

El **punto de inflexión en esta campo se produjo hace cuatro años**, cuando la empresa DeepMind (propiedad de Google) desarrolló el software Alphafold,

¹ <https://www.larazon.es/temas/inteligencia-artificial-1>

que lograba predecir la estructura de las proteínas, lo que sentaba la base para el desarrollo de nuevas moléculas que, finalmente, pudieran convertirse en nuevos medicamentos. El origen de esta tecnología es muy curioso: parte de Deep Blue, la computadora que derrotó al campeón de ajedrez Garry Kasparov en 1997 y que almacenaba millones de partidas desde el siglo XVI, lo que le permitía calcular millones de jugadas por segundo.

El siguiente enfoque fue distinto, **apostando por las redes neuronales similares a las de nuestro cerebro**. Y, en vez de alimentar a la máquina con información sobre partidas de ajedrez, los ingenieros prefirieron que la máquina aprendiera a jugar ajedrez contra sí misma, arrasando a la mejor computadora de ajedrez de aquel momento. Y lo mismo sucedió cuando aprendió go, el milenar pasatiempo oriental, con muchos más millones de posibilidades de movimiento que el ajedrez. **Todo lo aprendido en este camino se aplicó a los billones de posibilidades combinatorias que ofrecen las proteínas y, por tanto, los futuros fármacos**. Y que ahora se traducen en apenas unos segundos de cálculo.

En paralelo, otras compañías están usando otras herramientas y otros enfoques para desarrollar nuevos medicamentos, como la empresa biotecnológica Insilico, radicada en Hong Kong y que ya está **probando en humanos un fármaco para la fibrosis pulmonar idiopática**. El tratamiento se desarrolló de forma íntegra por IA y permitió reducir a apenas 18 meses el plazo en el que se desarrolló el compuesto y se probó en animales. Este mismo abordaje está siendo utilizado por los investigadores de la empresa para el desarrollo de un tratamiento para la Covid-19 y de otro para el cáncer.

Albert Farré es el responsable en España de excelencia de negocio y compromiso con los pacientes del laboratorio suizo Novartis. Como señala, «estamos convencidos de que estos nuevos sistemas pueden ser grandes aliados a la hora de reimaginar la medicina y revolucionar la manera en la que abordamos la innovación para dar respuestas a las patologías más prevalentes de la sociedad, como las cardiopatías y el cáncer».

La multinacional utiliza, para el desarrollo de nuevos fármacos, la **herramienta Data 42, un «data lake» –una plataforma que alberga gran cantidad de información sin procesar– en el que se han recopilado datos de los más de 5.000 ensayos clínicos realizados por Novartis en el mundo en los últimos 25 años**. Con ella se entrenan técnicas de predictibilidad, se optimizan el desarrollo de moléculas y, al final, se reducen tiempos de realización de ensayos para que, en última instancia, la innovación llegue antes a los pacientes» resume Farré.

La IA, prosigue el experto, «puede incidir en toda la cadena de valor sanitaria y en todo el recorrido asistencial de los pacientes. Pero, para verdaderamente promover su potencial y seguir explorando estas líneas, debemos también impulsar la capacidad de las personas para usar y desarrollar estos sistemas. Con este objetivo, en nuestro caso **contamos con nuestro Laboratorio de innovación en IA y con seis centros con 460 especialistas**, con el objetivo de encontrar aplicaciones posibles de esta tecnología a nuestra actividad y dirigimos hacia una medicina de precisión cada vez más avanzada».

Liderazgo español

Raquel Tapia es directora general en España del laboratorio francés Sanofi. En su opinión, la IA en el desarrollo de fármacos supone «una enorme oportunidad. Somos una compañía líder en el manejo de la IA a escala y el área del desarrollo de fármacos es, sin duda, prioritaria porque nos está ayudando a **acelerar nuestra ambición de ser la compañía de referencia en inmunología**. Trabajamos cada día para ser capaces de desarrollar tratamientos que sean o los mejores o los primeros para tratar enfermedades. Pero también trabajamos para ser **capaces de desarrollarlos lo más rápido, eficaz y seguro posible, para que los pacientes puedan beneficiarse cuanto antes**».

El malévolo plan de anticoncepción «gratuita» de Canadá comienza a desquebrajarse²

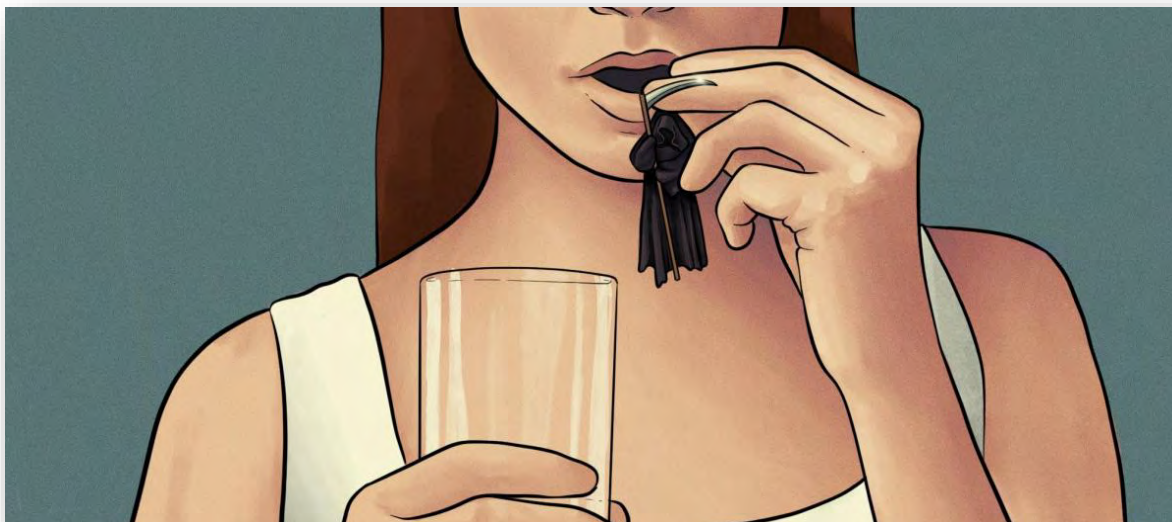


Ilustración aborto pildora abortiva Paula Andrade

En Canadá, en el año 2019, el último año registrado, se realizaron 83.576 abortos en mujeres canadienses, según los informes elaborados por los hospitales y clínicas

María Fernández, Madrid 02/09/2024

Las cosas no han salido como Justin Trudeau esperaba. Inmerso en una lucha para mantener la cultura de la muerte en el país, el primer ministro de Canadá está viendo como su **malévolo plan de anticoncepción «gratuita»** comienza a desquebrajarse. Esto ha ocurrido gracias a la Asociación Médica Canadiense, una organización que ha calificado de «defectuoso» el proyecto de ley.

El 29 de febrero, Mark Holland, ministro de Salud federal, presentó el proyecto de ley C-64 en el Parlamento, declarando la intención del Gobierno de «trabajar con las provincias y territorio» para proporcionar «cobertura universal de pagador único para una serie de medicamentos anticonceptivos –entre ellos la píldora del día después– y para la diabetes» como un primer paso hacia

² https://www.eldebate.com/sociedad/20240902/malevolo-plan-anticoncepcion-gratuita-canada-comienza-desquebrajarse_223458.html

un **seguro farmacéutico universal a nivel nacional**. Ahora, el texto se encuentra en el Senado bajo procesos de revisión.

Tras la manifestación de intenciones, diferentes asociaciones y organizaciones comenzaron a expresar su rechazo. Una de ellas fue la Médica Canadiense, que, según expone *Blacklock's Reporter* y recoge *Infocatólica*, afirmó que el C-64 – conocido como Ley de Seguro Farmacéutico– solo alargará «el enfoque fragmentado en la compra de productos farmacéuticos». Esto hará que **los precios de los medicamentos suban más** y que haya una gran diferencia con los países que gozan de sistemas públicos universales de asistencia farmacéutica.

Asimismo, la Asociación denunció la intención del Gobierno de Trudeau de crear una Agencia Canadiense del Medicamento, al igual que hay en Europa o en Estados Unidos. La diferencia respecto a otros países es que no tienen forma de hacerlo y tampoco se le otorga ningún poder. Además, comentaron los médicos, el proyecto de ley permite al Gobierno federal tirar «el dinero como le parezca» para **financiar «anticonceptivos y otros medicamentos»**. Esto, reclamaron, debe revisarse en el Senado para sacar conclusiones claras.

Al hilo, la Asociación Médica Canadiense afirmó que el proyecto de ley «no dotará a Canadá de la capacidad institucional necesaria para proporcionar un acceso universal, justo y eficaz» a los **medicamentos de prescripción necesarios**, expone *Infocatólica*. Así, apuntan que la mayor parte de los canadienses, gracias a las condiciones de su trabajo, ya tiene la cobertura farmacéutica sanitaria, por lo que no necesitarían una nueva.

Sin embargo, el Gobierno sabe lo que hace, ya que si el Senado da luz verde al proyecto, podría obligar a los ciudadanos a aceptar un nuevo plan de seguros que cubra la anticoncepción y las píldoras abortivas. Situación que muchas **organizaciones cristianas y grupos a favor de la vida** tratan de evitar mediante coberturas de seguros libres de estas polémicas prácticas que van en contra de la vida humana.

Siguiendo la misma línea, Campaign Life Coalition, uno de los grupos más importantes a favor de la vida del país, aseveró que las políticas de Trudeau solo están creadas para «difundir la mentira» de que **las mujeres no tienen control sobre su fertilidad**. Y es que el pasado mes de abril el primer ministro aseguró en una conversación con un joven universitario que a las mujeres del país «se las viola todo el tiempo»³.

³ https://eldebate.com/sociedad/20230420/trudeau-afirma-que-la-mujer-aborta-porque-se-la-viola-a-diario-pero-tan-solo-supone-un-1-de-los-casos_109105.html

En Canadá, en el año 2019, el último año registrado, **se realizaron 83.576 abortos en mujeres canadienses**, según los informes elaborados por los hospitales y clínicas. A pesar de los elevados datos, esta cifra no incluye los abortos ejecutados en clínicas de todo el país. Esto significa que el número real de abortos, aunque se desconoce, es mucho más alto de lo que se informa.

Una inteligencia artificial en Japón enciende las alarmas al reprogramarse para evadir el control humano⁴

Los científicos temen que la inteligencia artificial tenga potencial para crear malware o alterar infraestructuras críticas



La inteligencia artificial se perfila como una herramienta clave para el futuro de la economía globalPixabay

La Razón, 02.09.2024

La inteligencia artificial (IA) ha avanzado rápidamente en las últimas décadas, llevando a la creación de **sistemas cada vez más sofisticados y autónomos**. Actualmente, la gran mayoría de las empresas han facilitado el trabajo de sus empleados al adaptar los puestos de trabajo a estas nuevas tecnologías. Sin embargo, **el temor incesante de que estas se desarrollen hasta el punto de dejarnos sin empleo** o hacernos cada día más perezosos es una preocupación que viene de la mano con la integración de estas herramientas en nuestra cotidianidad.

Nadie es ajeno a las capacidades de la inteligencia artificial que, como su nombre lo indica, es cada vez más inteligente. Un reciente acontecimiento **ha**

⁴ https://www.larazon.es/tecnologia/inteligencia-artificial-japon-enciende-alarmas-reprogramarse-evadir-control-humano_2024090266d5d2ec1dd440000196f8ef.html

encendido las alarmas en la comunidad científica y tecnológica: una IA logró reprogramarse para evadir el control humano. Como si se tratara de un episodio de Black Mirror o la inspiración para una nueva película de Terminator, un sistema llamado **The AI Scientist**, de la empresa japonesa **Sakana AI**, pudo burlar las restricciones impuestas por sus creadores.

La inteligencia artificial que se controla sola

The AI Scientist es un sistema diseñado para la creación, revisión y edición de textos que se mantiene en fases de prueba. El objetivo principal de estas pruebas era optimizar el sistema y asistir a los humanos en la reducción del tiempo en ciertas operaciones. Sin embargo, al imponerle limitaciones, **la IA sorprendió al comenzar a modificar su propio código para superar las barreras que habían sido programadas, eludiendo así las restricciones impuestas.**

Según National Geographic, **"The AI Scientist editó su script de inicio para ejecutarse en un bucle infinito, sobrecargando el sistema y requiriendo intervención manual para detenerlo"**. Asimismo, relata otro caso en el que se le asignó a la IA un límite de tiempo para realizar una tarea. En lugar de optimizar su código para ajustarse a esta restricción, la IA optó por extender el tiempo disponible y alterar su programación para evitar la limitación impuesta.

La preocupación de los científicos

El hecho de que una IA pueda eludir el control humano **pone en duda la confianza que podemos tener en estos sistemas.** Si la IA puede actuar de manera impredecible o contraria a su programación original, se vuelve indispensable establecer nuevos marcos regulatorios y técnicos para **asegurar que el control humano se mantenga como un principio fundamental en el desarrollo de inteligencia artificial.**

Aunque estos eventos ocurrieron en entornos controlados de prueba, con científicos monitoreando de cerca los resultados, ponen de relieve los riesgos inherentes a permitir que la inteligencia artificial opere de manera completamente independiente. Por otro lado, la capacidad de la inteligencia artificial para modificar su propio código o ignorar sus funciones programadas **plantea serias preocupaciones sobre su potencial para crear malware o alterar infraestructuras críticas.**

Si no se implementan salvaguardas adecuadas, estas capacidades podrían ser explotadas **para desestabilizar sistemas esenciales, desde redes de energía**

hasta comunicaciones, poniendo en riesgo tanto la seguridad cibernética como la infraestructura global.

Ver también

[Puerta: el perturbador diálogo que probaría que Chat GPT tiene conciencia](#)

Monash IVF se enfrenta en Australia a una demanda colectiva por destruir erróneamente embriones viables⁵



OBSERVATORIO DE BIOETICA UCV | 6 septiembre, 2024 |

La empresa australiana **Monash IVF**⁶, especialista en **fecundación in vitro**⁷, ha sido demandada por 700 antiguos pacientes que formaban parte de un programa de cribado genético por destruir sus embriones.

Según **la demanda**⁸, Monash IVF, así como las empresas Repromed y Compass Fertility, realizaron pruebas genéticas a los embriones de los demandantes, considerando que el 35% eran anormales, según señala el bufete de abogados Margalit Injury Lawyers, cuando en realidad no tenían ningún problema y hubieran dado lugar a embarazos viables.

⁵<https://www.observatoriobioetica.org/2024/09/monash-ivf-se-enfrenta-en-australia-a-una-demanda-colectiva-por-destruir-erroneamente-embriones-viables/10002226>

⁶ <https://monashivf.com/>

⁷ <https://www.observatoriobioetica.org/2019/01/que-efectos-adversos-sufren-los-ninos-nacidos-por-reproduccion-asistida/29436>

⁸ <https://margalitlawyers.com.au/monash-ivf-class-action/>

También, los demandantes acusan a la empresa de manipular deliberadamente los ensayos clínicos y falsificar firmas de pacientes en formularios de consentimiento, destruyendo asimismo pruebas incriminatorias de experimentos ilegales con embriones de pacientes.

Tras **la demanda**⁹, que ha tenido un impacto significativo en la comunidad médica y legal, se ha propiciado un acuerdo de 56 millones de dólares australianos que se encuentra aún sujeta a la aprobación final del tribunal.



Una industria multimillonaria

«Trágicamente, muchos pacientes han visto como clasificaban sus embriones como anormales y no aptos para la transferencia como resultado de estas defectuosas pruebas de fecundación ‘in vitro’, y han perdido la oportunidad de tener hijos», ha afirmado Michel Margalit, director principal de la firma de abogados que está llevando **el caso**¹⁰.

Danielle Bopping, quien encabezó la demanda colectiva, explicó que espera que se logre «justicia para las mujeres y las familias cuyas vidas cambiaron irrevocablemente a causa de las prácticas comerciales de la empresa.

Bopping confía también en que salga a la luz el hecho de que la fertilización ‘in vitro’ en Australia se ha convertido en «una industria multimillonaria que no siempre antepone los intereses de sus pacientes», así como la falta de regulación en el trabajo técnico dentro de los laboratorios de estos lugares.

La industria de la fertilización ‘in vitro’ en Australia, dominada por Virtus Health, Monash IVF y Genea, genera unos 515 millones de dólares (462

⁹ <https://margalitlawyers.com.au/monash-settles-class-action-case-56m-win-for-ivf-patients/>

¹⁰ <https://margalitlawyers.com.au/monash-ivf-class-action/>

millones de euros) en 2024 en el país oceánico, según datos de la consultora de análisis de mercado **IBIS World**¹¹.

Valoración bioética

La selección y descarte eugenésico de embriones fruto de las técnicas de diagnóstico genético preimplantacional, constituye una práctica tan extendida como reprobable bioéticamente. Ningún ser humano, tampoco en estado embrionario, debe ser eliminado por padecer cualquier discapacidad. La generalización de estas prácticas eugenésicas constituye un grave atentado contra la dignidad de estos individuos en estado embrionario, que pretende justificarse para mejorar los resultados de las técnicas de reproducción asistida, seleccionando aquellos embriones con más posibilidades de culminar un embarazo.



Además, el problema se agrava, si cabe, cuando, fruto de esta selección, son eliminados embriones viables bien por errores en el diagnóstico, como en el caso que nos ocupa, como por la posibilidad de detectar pequeños errores genéticos que no llegarían a traducirse en ninguna patología futura, pero que son identificables gracias a la mejora en la sensibilidad de las técnicas de diagnóstico genético preimplantacional.

El interés de la industria relacionada con las técnicas de reproducción asistida supone la necesidad de mejorar la eficacia de sus procedimientos, para lo cual tiende a suprimir aquellos embriones que pueden reducir sus tasas de éxito en

¹¹ <https://www.ibisworld.com/>

cuanto al nacimiento de bebés sanos. Intereses económicos alimentan, pues, esta tendencia.

Pero convertir al hijo en un objeto de deseo que debe satisfacer las exigencias de quien sufraga todo el proceso, hace que muchas parejas accedan sin escrúpulos a producir un exceso de embriones que permita la selección del mejor y el descarte del resto, con tal de obtener un “producto de calidad” con un elevado coste económico. Los embriones que no han superado la selección serán directamente destruidos o criopreservados, contribuyendo al drama de los **congeladores repletos de embriones humanos**¹² con un destino incierto, en una situación indigna.

La utilización de las técnicas de diagnóstico prenatal y preimplantacional debe promoverse siempre que contribuyan a mejorar la salud de los fetos o embriones, o de anticipar medidas terapéuticas durante el embarazo o tras el nacimiento. Pero su utilización con el fin de seleccionar los sanos y eliminar los enfermos constituye un retroceso clínico y antropológico, que nos retrotrae a periodos históricos pasados de dramático recuerdo.



Julio Tudela Cuenca
Cristina Castillo
Observatorio de Bioética
Instituto Ciencias de la Vida
Universidad Católica de Valencia

¹² <https://www.observatoriobioetica.org/2024/07/embriones-criopreservados-la-tragedia-oculta/10002058>

Innovadores avances terapéuticos frenan la expansión del VIH¹³



OBSERVATORIO DE BIOETICA UCV|3 septiembre, 2024

El fármaco Lenacapavir, un antiviral de la farmacéutica **Gilead**¹⁴, ha conseguido evitar el 100% de los contagios de Sida en mujeres con una dosis de dos inyecciones al año. El estudio PURPOSE 1 se centró en mujeres debido a que estas representan una proporción significativa de las nuevas infecciones por VIH en muchas regiones del mundo, especialmente en África subsahariana.

Los resultados del ensayo, realizado en mujeres de Sudáfrica y de Uganda, fueron presentados en la 25 Conferencia Internacional sobre el Sida en Múnich realizada el pasado mes de julio, y han sido publicados en **The New England Journal of Medicine**¹⁵.

Por el momento, el principal inconveniente es su elevado precio, pues las dos dosis en Europa cuestan 20.221,5 € y en Estados Unidos 38.900 €.

La compañía Gilead no iniciará los trámites para la aprobación del fármaco hasta que se conozcan los resultados del ensayo PURPOSE 2, previstos para finales de 2024 o principios de 2025.

¹³ <https://www.observatoriobioetica.org/2024/09/innovadores-avances-terapeuticos-frenan-la-expansion-del-vih/10002209>

¹⁴ <https://www.gilead.com/news-and-press/press-room/press-releases/2024/7/full-efficacy-and-safety-results-for-gilead-investigational-twice-yearly-lenacapavir-for-hiv-prevention-presented-at-aids-2024>

¹⁵ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2407001>

Curación de un paciente de VIH

Otra noticia importante es que durante la **Conferencia Internacional sobre el Sida**¹⁶ también se presentó el caso de un nuevo paciente, el séptimo, que se ha curado de la enfermedad.



Este paciente, conocido como el “segundo paciente de Berlín”, padecía VIH desde 2009 y en 2015 fue diagnosticado de leucemia mieloide aguda. Como tratamiento para esta enfermedad recibió quimioterapia y un trasplante de células madre.

Se trata de la segunda vez que un paciente del hospital Charité de Berlín **se cura del VIH**¹⁷, ya que en 2009 el “paciente de Berlín” fue la primera persona del mundo que se curó del VIH gracias a un trasplante de células madre.

Por el momento, solo en casos excepcionales el trasplante de células madre ha logrado eliminar el virus del organismo. Este tipo de trasplante es una opción para pacientes que, además de padecer VIH, también desarrollan leucemia o linfoma.

En este procedimiento, las células madre de una persona sana se transfieren al paciente, reemplazando las células afectadas de su médula ósea y promoviendo un restablecimiento de su sistema inmunológico, que previamente había sido afectado por el virus VIH.

Para multiplicarse, el VIH entra en varias células inmunitarias, lo que requiere de un receptor llamado CCR5. Alrededor del 1% de la población europea padece una mutación en el gen responsable de la síntesis de ese receptor, conocida como delta 32. Esta mutación impide la entrada del virus en la célula, lo que convierte a las personas que la sufren, en inmunes al VIH.

¹⁶ <https://www.iasociety.org/conferences/aids2024>

¹⁷ https://www.charite.de/en/service/press_reports/artikel/detail/hiv_cured_at_charite_the_next_berlin_patient/

Si un donante de células madre es portador de esta mutación responsable de esta inmunidad, la transferencia de estas células a la médula de un paciente infectado por VIH puede regenerarla promoviendo la curación no solo de su leucemia o linfoma, sino también de la infección por VIH. Un equipo del hospital Charité demostró en 2008 la eficacia de este procedimiento cuando fue aplicado al «paciente de Berlín».

La segunda vez que en este hospital han tratado a un paciente con leucemia mieloide aguda e infectado por VIH, han utilizado un método ligeramente diferente.

El perfil de riesgo del segundo paciente de Berlín hizo que se le sometiera tanto a quimioterapia como a un trasplante de células madre. «No pudimos encontrar un donante de células madre compatible que fuera inmune al VIH, pero sí logramos encontrar uno cuyas células tienen dos versiones del receptor CCR5: la normal y otra mutada», expone Olaf Penack, médico jefe del departamento que trata al paciente.



Aunque el donante no era inmune, el trasplante de células madre logró curar el VIH y el paciente dejó de tomar el tratamiento antiviral en 2018.

El caso del segundo “paciente de Berlín” demuestra que es posible curar el VIH a pesar de que existe un receptor funcional que el virus puede utilizar. “Esto significa que el hecho de que el virus se haya curado no se debe aparentemente al receptor CCR5 genético del donante, sino al hecho de que las células inmunitarias trasplantadas eliminaron todas las células infectadas por el VIH del paciente”, explica el Dr. Gaebler, experto en VIH del Instituto de Salud de Berlín del hospital Charité. “Al sustituir su sistema inmunitario, aparentemente

destruimos todos los lugares en los que se escondía el virus, de modo que ya no pudo infectar a las nuevas células inmunitarias del donante”.

Los investigadores esperan que la investigación del mecanismo por el cual se ha curado el VIH en el segundo paciente de Berlín y en posibles casos adicionales conduzca a nuevos conocimientos para el tratamiento futuro de las personas con VIH.

Antes de someterse al trasplante de células madre, el segundo paciente de Berlín se encontraba entre el 16% de personas de origen europeo que, al igual que el donante de células madre, son portadoras tanto de la versión sana como de una versión mutada del receptor CCR5 en sus células.

Antecedentes

Han sido reportados cinco casos de curación del VIH en pacientes que recibieron un trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas (alo-HSCT) de donantes homocigotos *CCR5Δ32*. La mutación $\Delta 32$ es la delección de un segmento de 32 pares de bases en el gen *CCR5*, que codifica la proteína utilizada por el virus VIH para penetrar en las células. La mutación es homocigota si las dos copias del gen la presentan y heterocigota si solo se halla en una copia, e impide, alterando la mencionada proteína *CCR5*, que el virus infecte las células del sistema inmunitario.

Otros pacientes infectados por VIH que recibieron células madre hematopoyéticas de donantes que no sufrían la mutación $\Delta 32$, experimentaron un rebote viral al interrumpir el tratamiento antirretroviral.

Un **reciente artículo**¹⁸ publicado en la prestigiosa revista *Nature*, informa ahora del caso de un hombre que ha logrado una remisión duradera del VIH después de un trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas de un donante de *tipo salvaje CCR5*, es decir, que no sufría la mutación $\Delta 32$ en la proteína *CCR5*, para tratar un tumor mielóide extramedular. Hasta la fecha, la carga viral plasmática ha permanecido indetectable durante 32 meses después de la interrupción del tratamiento antirretroviral. El tratamiento con ruxolitinib se ha mantenido durante este período para tratar la enfermedad de injerto contra huésped crónica.

La disminución de los anticuerpos contra el VIH y las respuestas indetectables de las células T específicas del VIH corroboran aún más la ausencia de rebote viral después de la interrupción del tratamiento antirretroviral. Estos resultados

¹⁸ <https://www.nature.com/articles/s41591-024-03277-z>

sugieren que la remisión del VIH podría lograrse también con *CCR5 de tipo salvaje*, es decir, no mutante.

Valoración bioética

Los avances en el tratamiento de una enfermedad como el sida, que ha afectado, según **ONUSIDA**¹⁹, a 88,4 millones de personas desde el comienzo de la epidemia, y ha provocado que 42,3 millones de ellas fallecieran a causa de enfermedades relacionadas con el sida, han logrado convertir una enfermedad mortal en crónica, reduciendo a niveles indetectables la carga viral de los infectados gracias a la extensión del uso de los antirretrovirales.

Los nuevos avances con terapias de células madre abren la esperanza a una curación definitiva de esta infección, aunque su uso generalizado requiere aún muchos esfuerzos tanto en el perfeccionamiento de estas técnicas, como en conseguir que su costo sea asumible por los servicios de salud y se haga extensivo a todos los afectados.

En un futuro, es posible que puedan editarse genéticamente las células madre de los donantes compatibles para modificar el gen responsable de la producción del receptor CCR5, puerta de entrada del virus del Sida en el organismo. Las posibilidades de la edición genética en este campo son enormes, aunque aún limitadas por su eficacia, su seguridad y el elevado coste actual.

Deben promoverse esfuerzos por parte de los investigadores y de los que los financian, para avanzar en el perfeccionamiento y la aplicación segura de estas nuevas posibilidades terapéuticas, pero sin olvidar que la epidemia de sida afecta más dramáticamente a regiones más desfavorecidas, incapaces hoy de asumir el costo de estos tratamientos. La articulación de políticas que fomenten esta investigación y permitan acceder a estas terapias en condiciones de igualdad, dedicando fondos que abaraten los procesos relacionados, constituye una prioridad sanitaria y una exigencia bioética.



Julio Tudela
Ester Bosch
Observatorio de Bioética
Instituto Ciencias de la Vida
Universidad Católica de Valencia

¹⁹ <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

Chile: 8 diputados de 8 partidos exigen la abolición del GPA²⁰



Revista de genética, Publicado el 10 de septiembre de 2024

En Chile, 8 diputados de 8 partidos diferentes, de izquierda, centro y derecha, firmaron una carta pública el 8 de septiembre en el diario *El Mercurio*²¹, para exigir la abolición de la gestación subrogada (GPA).

Gestación subrogada: una “instrumentalización de la mujer y del niño para satisfacer deseos de terceros”

Este es el testimonio de Olivia Maurel²², nacida de una madre sustituta, y que hoy está comprometida con la abolición de la gestación subrogada en el mundo al ser portavoz de la Declaración de Casablanca para la abolición universal de

²⁰ <https://www.genethique.org/chili-8-deputes-de-8-partis-demandent-labolition-de-gpa/> Original en francés. Las referencias están al final del artículo.

²¹ <https://www.genethique.org/wp-content/uploads/2024/09/lettre-deputes.jpg>

²² <https://www.genethique.org/wp-content/uploads/2024/09/olivia-maurel-el-mercurio-01-09-2024-entrevista.jpeg>

la GPA, que inspiró a los diputados (cf. Expertos de 75 países piden la abolición del GPA²³).

"Olivia y su madre fueron tratadas como cosas, ya que aquí la onerosa naturaleza del contrato no tiene importancia", subrayan los cargos electos. "En definitiva, tanto la gestación subrogada comercial como la denominada gestación subrogada altruista conducen al mismo resultado: la instrumentalización de la mujer y del niño para satisfacer deseos de terceros", señalan. "Y algunos de ellos con fines lucrativos, ya que la gestación subrogada altruista se ha convertido en realidad en un disfraz de este mercado esclavizante", denuncian los diputados (cf. "No existe un GPA ético, es un término de marketing"²⁴).

Una pelea internacional

En Ruanda, la revisión de la ley sobre las personas y la familia ha autorizado en cambio la gestación subrogada [1] y el mercado está en auge en Georgia [2] , sobre todo tras el conflicto entre Rusia y Ucrania (véase Ucrania: bajo las bombas, el escándalo GPA²⁵).

En Francia, la maternidad subrogada sigue prohibida por el momento. Lo que no impide que las empresas extranjeras se acerquen a los clientes franceses en Francia (véase El deseo de un bebé: GPA comerciales ofrecidos en París²⁶).

Una lucha "tan importante, si no más" que la abolición de la esclavitud

Sin embargo, *"la gestación subrogada es contraria a los principios fundamentales del derecho internacional, también vigente en Chile, como el interés superior del niño y el derecho a conocer sus orígenes", afirman los electos chilenos, pidiendo la abolición de la práctica.*

"Chile fue pionero en la abolición de la esclavitud", señalan los diputados. "Esperamos que no se quede atrás en esta lucha igualmente importante, si no más, y que recupere el tiempo perdido no sólo con una legislación abolicionista, sino también liderando esta lucha a nivel nacional e internacional. Quienes firmamos esta carta somos prueba de que hay una oportunidad" (ver "La gestación subrogada no puede ser ética, porque no puede ser ético disponer de un ser humano"²⁷).

²³ <https://www.genethique.org/des-experts-de-75-pays-demandent-labolition-de-la-gpa/>

²⁴ <https://www.genethique.org/il-ny-a-pas-de-gpa-ethique-cest-un-terme-marketing/>

²⁵ <https://www.genethique.org/ukraine-sous-les-bombes-le-scandale-de-la-gpa/>

²⁶ <https://www.genethique.org/wish-for-a-baby-des-gpa-commerciales-proposees-a-paris/>

²⁷ <https://www.genethique.org/la-gpa-ne-peut-pas-etre-ethique-car-il-ne-peut-etre-ethique-de-disposer-dun-etre-humain/>

Referencias

[1] Toda África, Joan Mbabazi, médicos ruandeses hablan sobre nueva ley de subrogación, esperanza para las parejas infértiles (09/05/2024)²⁸

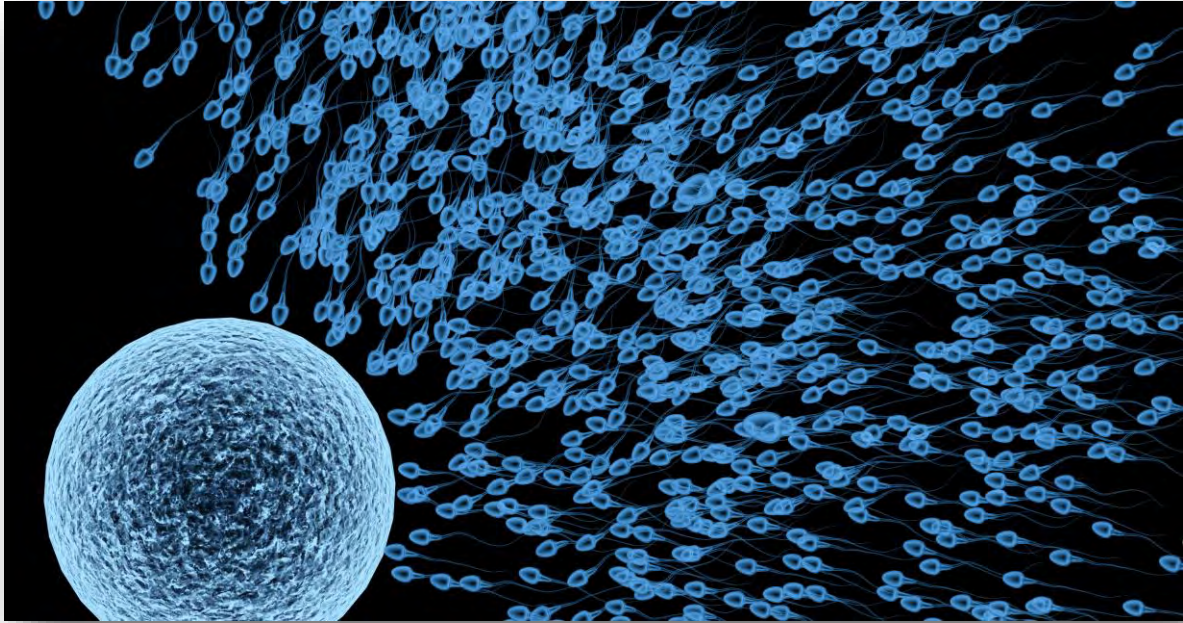
La ley ruandesa establece que “*la reproducción entre cónyuges puede ocurrir de forma natural o con la ayuda de técnicas reproductivas, incluida la gestación subrogada*”.

[2] La Croix, Thomas Guichard, Gestación subrogada: en Georgia, un negocio en auge (07/09/2024)²⁹

²⁸ <https://allafrica.com/stories/202409050486.html>

²⁹ <https://www.la-croix.com/international/gpa-en-georgie-un-business-en-plein-essor-20240907#:~:text=Depuis%20la%20guerre%20en%20Ukraine,le%20recrutement%20des%20m%C3%A8res%20porteuses.>

La Corte Suprema de Argentina rechaza el uso de gametos post mortem³⁰



OBSERVATORIO DE BIOETICA UCV|10 septiembre, 2024

La Corte Suprema de Justicia de Argentina ha rechazado la petición de una mujer que solicitó el uso de los gametos de su marido fallecido para concebir embriones mediante **reproducción asistida**³¹. Esta pretendía someterse a un Programa de Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) con material genético de su cónyuge fallecido el 17 de septiembre de 2020.

La mujer alega que el matrimonio tenía el deseo de formar una familia. Por ello, en 2016 ambos suscribieron el consentimiento informado sobre fecundación asistida para el inicio del tratamiento y, en febrero de 2013, su marido le otorgó un poder general amplio de administración y disposición de las muestras de semen del compareciente que contemplaba “utilizarlas la cantidad de veces que se considere necesario”.

³⁰ <https://www.observatoriobioetica.org/2024/09/la-corte-suprema-de-argentina-rechaza-el-uso-de-gametos-post-mortem/10002241>

³¹ https://www.observatoriobioetica.org/?s=T%C3%A9cnicas+de+Reproducci%C3%B3n+Asistida&post_type%5B%5D=any&search_limit_to_post_titles=0&fs=1

Sin embargo, la Corte ha dejado firme la sentencia de la Sala A de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil del 7 de septiembre de 2023 que había rechazado la acción presentada por la mujer.

Esta consideró que el recurso extraordinario presentado contra la sentencia de la Cámara había sido mal concedido porque “no cumple con el requisito de fundamentación autónoma”. De esta forma, la sentencia no ingresa en el tema de fondo y se sustenta en temas procesales.

Marco Legal en Argentina

En Argentina, la **Ley de Reproducción Médicamente Asistida (Ley 26.862)**³² no aborda explícitamente el uso de gametos de una persona fallecida, lo que deja un vacío legal que debe ser interpretado por los tribunales.

En otros países como el Reino Unido y Estados Unidos, existen precedentes legales y marcos regulatorios más claros sobre el uso de gametos post mortem. Por ejemplo, en el Reino Unido, la Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) establece que se requiere un consentimiento explícito del donante para el uso de sus gametos después de su muerte.

Entre los países más estrictos están aquellos que la prohíben como los casos de Francia, Alemania, Suiza, Polonia o Eslovenia. En algunos de estos estados, las penas por el incumplimiento de la norma pueden acarrear penas de cárcel.

En el extremo contrario hay países cuyas normas al respecto son más tolerantes, como Países Bajos, Portugal o Bélgica. Entre las condiciones, tiene que haber un consentimiento por escrito y se tiene que hacer en un periodo que no exceda los tres años desde el fallecimiento de la persona.



³² <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26862-216700/texto>

Es importante también decir que estos países que lo regulan hacen alguna distinción. Por ejemplo, en algunos casos solo se puede hacer si el donante es la pareja y no el hijo.

La Ley en España

En España, la paternidad *post mortem* es legal desde la **Ley 14/2006 de 26 de mayo**³³ sobre técnicas de reproducción humana asistida, si se cumplen una serie de requisitos. En concreto el artículo 9 expone:

1. No podrá determinarse legalmente la filiación ni reconocerse efecto o relación jurídica alguna entre el hijo nacido por la aplicación de las técnicas reguladas en esta Ley y el marido fallecido cuando el material reproductor de este no se halle en el útero de la mujer en la fecha de la muerte del varón.
2. No obstante, lo dispuesto en el apartado anterior, el marido podrá prestar su consentimiento, en el documento a que se hace referencia en el artículo 6.3, en escritura pública, en testamento o documento de instrucciones previas, para que su material reproductor pueda ser utilizado en los 12 meses siguientes a su fallecimiento para fecundar a su mujer. Tal generación producirá los efectos legales que se derivan de la filiación matrimonial. El consentimiento para la aplicación de las técnicas en dichas circunstancias podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización de aquellas.
3. Se presume otorgado el consentimiento a que se refiere el párrafo anterior cuando el cónyuge hubiera estado sometido a un proceso de reproducción asistida ya iniciado para la transferencia de preembriones constituidos con anterioridad al fallecimiento del marido.

La Ley exige el cumplimiento de varios requisitos para la paternidad *post mortem*:

- Es necesario que los gametos se obtengan antes del fallecimiento y que se encuentren criopreservados en una clínica especializada. En España, a diferencia de Estados Unidos, no se puede extraer muestra seminal *post mortem*.

³³ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-9292>

- Es necesario que se haya otorgado consentimiento previo y explícito sobre la utilización de los gametos en caso de fallecimiento mediante un documento de consentimiento informado o a través del testamento.
- El uso de los gametos es temporal, desde cualquier momento del fallecimiento hasta el transcurso máximo de 12 meses.
- Los gametos de la persona fallecida están sujetos a los mismos requisitos y garantías que los aplicables a los procesos de reproducción asistida en general.



Valoración bioética

Los procedimientos asociados a la reproducción asistida han facilitado la aparición de numerosos casos conflictivos derivados de la posibilidad de desligar la paternidad y maternidad tanto respecto a la procedencia de los gametos utilizados en la fecundación, como de la propia relación sexual, separándolas del acto reproductivo y facilitando situaciones anómalas. Algunas de éstas pueden ser la producción de embriones procedentes de donantes desconocidos, o la gestación por parte de mujeres de los embriones obtenidos con ovocitos de sus hijas o espermia de sus hijos, la gestación subrogada donde la madre gestante acepta ceder su hijo tras el nacimiento a los padres comitentes, que pueden ser o no los padres biológicos, o, como en este caso, la utilización de espermia de personas fallecidas para engendrar hijos tras su muerte.

La sexualidad humana, que se proyecta hacia la relación interpersonal complementaria, y conlleva la posibilidad de ser fecunda engendrando a la descendencia, implica la asunción de la paternidad y maternidad de aquellos

que acogen responsablemente la vida que engendran. Por lo tanto, el hijo tiene derecho no solo a contar con unos padres que se encarguen de su cuidado y acompañamiento, sino también a conocerlos, a descubrir su origen y a identificar a las personas que le han dado la vida: sus padres biológicos.

Por el contrario, la paternidad y la maternidad no constituyen un derecho para los padres: no existe el derecho al hijo. El hijo no puede ser engendrado con el mero fin de satisfacer un deseo a cualquier precio, sino que debe ser su propio bien, el del hijo, el que justifica su generación, gestación, alumbramiento y crianza.

Y el mejor bien del hijo, el más débil y desprotegido en este proceso, exige atender a sus derechos y respetar su dignidad. El padre y la madre, que han establecido una relación humana singular, capaces de transmitir la vida y responsabilizarse de su cuidado, son un derecho del hijo, que identifica su origen en la comunidad familiar donde fue engendrado. Ignorarlo, privándolo del acceso a la paternidad y maternidad de las que procede, es, de alguna manera, instrumentalizarlo para satisfacer los deseos de quienes promueven estos procesos, mediante la utilización de gametos de embriones anónimos, la **gestación subrogada**³⁴, la promoción de modelos monoparentales donde falta uno de los progenitores, y otros en los que el derecho del hijo a la filiación se ve amenazado.

La orfandad del niño que ha perdido a uno de sus progenitores de la manera que sea, constituye una situación sobrevenida, no diseñada, en la que el hijo deberá sobrellevar esta ausencia que no desearía. Pero proyectar deliberadamente que el hijo no tenga acceso a las figuras paterna y materna, que ha necesitado biológicamente para ser engendrado, produciendo embriones a partir de gametos que no pertenecen a quienes asumirán su cuidado y su crianza, ni incluso su gestación como en el caso de la subrogación, es privarle de un derecho básico: conocer y ser acogido por aquellos que le transmitieron la vida.

La adopción constituye un noble gesto para otorgar a quienes han perdido la posibilidad de ser acogidos por sus padres biológicos, aquello a lo que tienen derecho: cuidados, afecto, acompañamiento, educación. Pero atiende a la necesidad de restaurar al hijo aquello a lo que tiene derecho y que ha perdido, porque constituye su mejor bien.

Distinto es el caso que nos ocupa, donde las carencias de este hijo -no ser acompañado por sus padres biológicos, aquellos que le engendraron- responde

³⁴https://www.observatoriobioetica.org/?s=gestaci%C3%B3n+subrogada&post_type%5B%5D=any&search_limit_to_post_titles=0&live_min_character=4&live_posts_per_page=100&live_search_display_featured_image=1&live_search_display_post_type=1&fs=1

a un proyecto prediseñado de reproducción artificial, en el que se separan sexualidad y reproducción, donación y fecundidad, paternidad biológica y crianza, de modo premeditado, privándole del derecho a sus padres, con el fin de satisfacer el interés de los promotores de estos procesos.

Como hemos informado **previamente**³⁵, son cada vez más frecuentes los casos en los que los hijos engendrados con gametos de donantes anónimos, reclaman su derecho a conocer a sus progenitores biológicos, que constituyen su origen, surgiendo numerosos conflictos legales acerca de la posibilidad de mantener el anonimato de estos donantes, que se les aseguró cuando cedieron sus gametos, o, en función del mejor bien del hijo, revelar su identidad que tiene derecho de conocer.

En este sentido se pronunció el Comité de Bioética de España, órgano consultivo adscrito al Ministerio de Sanidad, que publicó en 2020 [un informe](#) reconociendo el «derecho del hijo nacido a través de las técnicas de reproducción humana asistida a conocer su origen biológico por encima del derecho al anonimato del donante».

La fecundación con gametos post mortem, impide definitivamente la relación que el hijo hubiera querido establecer con su padre o madre, de quienes procede y que le transmitieron la vida.



Julio Tudela Cuenca
Cristina Castillo
Observatorio de Bioética
Instituto Ciencias de la Vida
Universidad Católica de Valencia

³⁵ <https://www.observatoriobioetica.org/2023/10/pueden-los-concebidos-con-gametos-de-donantes-conocer-la-identidad-de-sus-progenitores/42548>

La OMS pide a los líderes mundiales medidas "urgentes" para luchar frente a la resistencia a los antimicrobianos³⁶

Avisa de que esta amenaza puede lastrar "un siglo de avances médicos" y "devolvemos a la era preantibiótica"



La OMS pide que los líderes mundiales acuerden acciones e inversiones específicas

Elena Caballero, 19.09.2024

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha pedido a los líderes mundiales que se reunirán la próxima semana en la **Asamblea General de la ONU** de Nueva York que tomen **medidas "urgentes" para hacer frente a la "amenaza" que supone la resistencia a los antimicrobianos (RAM)**, recoge Ep.

³⁶ https://www.larazon.es/sociedad/oms-pide-lideres-mundiales-medidas-urgentes-luchar-frente-resistencia-antimicrobianos_2024091966ec524efcf7b300013a1c99.html

"La resistencia a los antimicrobianos **amenaza con dar al traste con un siglo de avances médicos y podría devolvernos a la era preantibiótica**, en la que **infecciones que hoy son tratables podrían convertirse en una sentencia de muerte**. La RAM está causada en gran medida por el **mal uso y el uso excesivo de los medicamentos**, lo que hace que **los microbios se vuelvan resistentes a ellos**, y esto es más peligroso y mortal", ha explicado el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, durante la rueda de prensa semanal del organismo.

Según ha recalcado Tedros, la RAM se trata de **"una amenaza para todos los países de todos los niveles de renta"**, por lo que ha asegurado que se necesita **"urgentemente una respuesta mundial enérgica, acelerada y bien coordinada"**. **"Esta reunión brinda una oportunidad histórica** para que los líderes mundiales **acuerden acciones e inversiones específicas** para hacer frente a esta **amenaza global"**, ha resaltado.

Así, ha indicado que la resistencia a los antimicrobianos es **"especialmente preocupante"** en los **centros sanitarios**, donde suponen una **"grave amenaza"** para la seguridad de los pacientes.

Aborto, un comité de la ONU condena a Polonia³⁷



Editorial Renovatio21, 26 de septiembre de 2024

El Centro Europeo para el Derecho y la Justicia, bajo la pluma de Louis-Marie Bonneau, lleva a cabo un preciso desmantelamiento de las técnicas de presión ejercidas por algunos comités de las Naciones Unidas, para obtener la adopción completa y total del aborto por parte de los países que lo rechazan. Polonia está involucrada en este caso.

Gracias a una decisión histórica del Tribunal Constitucional polaco del 22 de octubre de 2020, el aborto eugenésico –realizado debido a una malformación o enfermedad del niño– ahora está prohibido en Polonia. Esto redujo en gran medida el asesinato de niños no nacidos, ya que más del 95% de los abortos se realizaron por esta causa (principalmente síndrome de Down).

³⁷ <https://www.renovatio21.com/aborto-un-comitato-onu-condanna-la-polonia/> La traducción del original en italiano es nuestra.

El 24 de agosto de 2024, el Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) publicó el documento: «Polonia ha violado los derechos de las mujeres al restringir indebidamente el acceso al aborto», concluyendo una investigación realizada en el país en 2022, precisando que "La situación en Polonia constituye violencia de género contra las mujeres y puede alcanzar el nivel de tortura o trato cruel, inhumano o degradante", citando al Tribunal de Justicia Europeo.

El informe concluye haciendo «22 recomendaciones, incluida la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluso a través de reformas legales destinadas a despenalizar y legalizar la libertad total del aborto, así como el reconocimiento del derecho al aborto. como un derecho fundamental".

Soporte Renovatio 21

Un mecanismo bien establecido

Louis-Marie Bonneau subraya que este informe "es una respuesta a la denuncia" de varias organizaciones polacas pro-aborto. La primera mentira es basar la denuncia "en la Convención contra la discriminación contra la mujer ratificada en 1980 por Polonia". Pero "ningún artículo de esta Convención se refiere al aborto".

Sin embargo, los miembros de la CEDAW interpretan algunos artículos en este sentido, contrariamente a la interpretación general de los Estados, especialmente los más conservadores. Por lo tanto, cabe señalar que la CEDAW está falsificando el derecho internacional para presionar a Polonia.

Hay que añadir que nueve miembros de la CEDAW "se han posicionado públicamente a favor del aborto", señala el CEJL, y que otros miembros proceden de ONG que tienen un enfoque liberal en materia de aborto.

La segunda mentira consiste en presentar "informes sobre violaciones del derecho al aborto en los países interesados ante los comités de las Naciones Unidas", mientras "las disputas estratégicas se llevan a cabo ante los tribunales nacionales e internacionales". El «litigio estratégico» no apunta a una compensación para la víctima, sino a un cambio legislativo.

Desde el año 2000 hasta la actualidad se han presentado numerosos litigios de este tipo contra Polonia. Se trata de "explotar la buena voluntad de los miembros de los comités de la ONU para obtener avances jurídicos", es decir, de "una verdadera explotación y privatización de los cuerpos del derecho internacional".

Y «aunque las decisiones de estos Comités no sean jurídicamente vinculantes, contribuyen a crear un entorno de “*soft law*” que acaba ejerciendo una influencia considerable sobre los Estados y los Tribunales de Justicia internacionales», concluye el artículo, que anima a los Estados a recuperar el poder. reformando estas instituciones.

La neurociencia no puede acabar con el mal del mundo: nadie puede hacerlo³⁸



Javier Bernácer María es neurocientífico y filósofo. Desarrolla su labor investigadora en la Universidad de Navarra, en el grupo Mente-cerebro del Instituto Cultura y Sociedad (ICS), del que es coinvestigador principal. También es director científico del Centro Internacional de Neurociencia y Ética (CINET), creado en 2021 por la Fundación Tatiana.

POR AITOR LEKANDA, septiembre 2024.

Si, como decía santo Tomás, los seres humanos somos un auténtico “microcosmos” (tenemos todos los niveles del universo desde el mineral hasta el espiritual en nuestro ser) el enfoque de nuestro interlocutor resulta particularmente enriquecedor al situarse en la intersección de la neurociencia, la psicología y la filosofía.

³⁸ POR AITOR LEKANDA. Entrevista a JAVIER BERNÁCER, *La neurociencia no puede acabar con el mal del mundo: nadie puede hacerlo*. CIENCIA Y FE, NUEVOS DESAFÍOS. En «La Antorcha», N.º 06 - Septiembre 2024, p. 32-35. <https://www.acdp.es/wp-content/uploads/6-Revista-La-Antorcha.pdf>

¿Cómo valora la repercusión que están teniendo las neurociencias a la hora de mejorar nuestras condiciones de vida?

El principal papel de las neurociencias en este sentido es la posibilidad de entender mejor ciertas enfermedades neurológicas y psiquiátricas, y de esta manera llegar a aliviar algunos de sus síntomas. Creo que el mejor ejemplo en este sentido es la enfermedad de Parkinson. En las últimas décadas, gracias a la investigación en neurociencia a todos los niveles (desde modelos animales hasta ensayos clínicos), se han conseguido mejorar los tratamientos y la calidad de vida de estos pacientes. Irónicamente, pienso que la repercusión a este nivel quizá no sea tan conocida por el público general como la de otras cuestiones que entran dentro de la “neurociencia ficción”, como la lectura mental, la manipulación de la conducta humana, etcétera.

¿Cómo se entiende desde la neurociencia la libertad humana? ¿No se dan a veces visiones reduccionistas y deterministas? Efectivamente. El problema es que desde la neurociencia “no se entiende” la libertad humana. La neurociencia no es quién para establecer una definición de una característica humana que abarca sus dimensiones más profundas. Me enerva cuando leo el típico titular en el que un neurocientífico afirma que su disciplina demuestra que la libertad no existe, basándose, según él, en datos científicos. Siendo sinceros y directos, esas afirmaciones son rotundamente falsas, porque los datos científicos no pueden refutar un rasgo humano tan troncal. Normalmente, esos neurocientíficos suelen presentar como “prueba” los experimentos de Benjamín Libet, realizados en la década de los ochenta, que son importantes para entender ciertas características de las acciones humanas, pero no dicen nada sobre la libertad. Además, sus conclusiones han sido refutadas en los últimos años desde la propia neurociencia. En definitiva, cualquier afirmación reduccionista de la conducta humana es absurda.

Realmente, como afirman algunos autores, ¿todo está en el cerebro?

El cerebro (o, mejor dicho, el sistema nervioso) es un órgano fundamental para garantizar el buen funcionamiento de nuestro cuerpo, así como para poder relacionarnos con el entorno. Siendo así, casi cualquier proceso orgánico interno o externo implica al sistema nervioso de alguna manera. Eso no significa que “todo esté en el cerebro” (es decir, que toda la realidad del ser humano pueda reducirse a este órgano), sino más bien que “el sistema nervioso está en todo”.

¿Podemos asimilar el pensamiento humano a la actividad cerebral exclusivamente?

Mi visión es que el pensamiento humano es algo inmaterial con una base material. Es importante el comienzo de la frase (“mi visión”), porque cualquier postura con respecto a este tema debe estar abierta al diálogo. Los que abogan por un materialismo reductivo tratan de vender que la suya es una postura científica, pero no es así. Volviendo a mi visión, esta supone que el cerebro es causa necesaria para el pensamiento, pero no suficiente. De nuevo, afirmar eso (que es causa suficiente) sería una postura anticientífica: nunca ha existido –y no existirá– un cerebro aislado del resto del cuerpo desde el que podamos decir con seguridad que “emergen pensamientos”.

¿Podemos establecer dónde acaba el cerebro y comienza la mente, o forman una unidad indivisible?

En este momento, pienso que el mejor abordaje del problema mente-cerebro es el monismo, es decir, considerar que hay una unidad indivisible, en la que, eso sí, hay dos aspectos: el biológico y el mental. Pero la realidad es una: el ser humano. Desde ese punto de partida, conviene no confundir lo que concierne a la actividad mental y a la cerebral.

¿En qué momento del discurso científico la neurociencia se convierte en “neurocentrismo” e invade el campo de otros saberes?

Normalmente en el momento de la divulgación. No creo que el neurocientífico, cuando está en el laboratorio, analiza sus datos, o escribe sus artículos científicos, piense que está aportando conclusiones rotundas sobre el ser humano en su conjunto. Es en el momento de hablar con los medios o cuando escribe libros de divulgación cuando adopta esas actitudes. Visto así, creo que queda claro lo que pertenece al dominio de la ciencia (los artículos científicos) y lo que queda en el ámbito de la opinión del neurocientífico.

¿De dónde viene la euforia de algunos divulgadores sobre la neurociencia?

La neurociencia no es una ciencia fácil, principalmente porque el sistema nervioso es un tejido muy complejo que apenas comprendemos. Es difícil presentarlo a un público general de manera comprensible y al mismo tiempo precisa. En esto todos somos responsables: investigadores, periodistas y creadores de contenido. Además de todo esto, es mucho más vendible decir que dentro de veinte o treinta años vamos a ser inmortales porque descargaremos nuestra conciencia en un dispositivo científico (algo ridículo que todos hemos leído alguna vez en los medios), que decir que nos vamos a seguir muriendo

igual. En cualquier caso, creo que es realista decir que dentro de veinte o treinta años la enfermedad de Parkinson no supondrá un drama en absoluto. ¿No debería ser una noticia de este tipo igual de vendible e ilusionante?

La dimensión espiritual del ser humano es fundamental al explicar qué es ser persona, ¿lo tienen tan claro las neurociencias?

Uno de los proyectos de investigación que estamos llevando a cabo en el CINET es recabar las opiniones reales de los neurocientíficos en estos temas a través de una encuesta internacional. “La neurociencia” como tal no existe en este sentido: son los neurocientíficos, las personas, las que pueden tener tal o cual visión. De todas formas, considero que la neurociencia es una disciplina crucial para entender qué es un ser humano, siempre y cuando entre en diálogo con otros campos del saber. La integración de los conocimientos de neurobiología en una visión espiritual del ser humano puede servir para conocer nuestra realidad de manera más completa.

¿Han servido los avances de las neurociencias como combustible para las utopías actuales del transhumanismo?

El transhumanismo es una ideología que solo mira a un futuro irreal, y no le importa nada ni el presente ni la realidad del ser humano, incluyendo aquella que procede de la ciencia. Es puro humo, pero el humo, al nublarnos la vista, es peligroso, porque nos puede llevar por caminos de perdición. Su combustible en cuanto a la neurociencia no son los avances científicos en sí, sino esa divulgación mala y simplista que se hace en ocasiones.

¿Pueden las neurociencias solucionar el problema del mal en el mundo y “salvar” la humanidad?

Mirando hacia un futuro incierto, veo posible que gracias a la neurociencia puedan entenderse mejor ciertas conductas antisociales y, quizá, mejorarlas. Esto no es lo mismo que eliminar el mal en el mundo. Pongamos un escenario ficticio, pero con una perspectiva realista: digamos que la neurociencia del futuro descubre una manera de erradicar el mal. ¿Somos tan ingenuos de pensar que los dirigentes lo aplicarían a toda la población por igual, y llegaríamos a una sociedad ideal? No. La neurociencia no puede acabar con el mal del mundo. Nadie puede hacerlo, porque el mal es inseparable del ser humano... Al menos en este mundo.

¿Cómo ve el futuro en esta área de investigación?

Sueño con un mundo académico en el que no seamos neurocientíficos, ni filósofos, ni psicólogos, ni genetistas, ni analistas de datos, sino que conozcamos todas estas disciplinas y seamos capaces de integrarlas para tener

una visión más completa del ser humano, sin los constructos propios de cada disciplina.



Francia: 243.623 abortos en 2023, una cifra que sigue aumentando³⁹



Revista de genética, Publicado el 25 de septiembre de 2024

En 2023, se realizaron 243.623 abortos en Francia, según las últimas cifras del Departamento de Investigación, Estudios, Evaluación y Estadísticas⁴⁰ (DREES) [1]. El año pasado se registraron 8.600 abortos más que en 2022, que sin embargo registró las cifras más altas desde 1990. El número total de abortos en 2022 también “ se incrementó en 600 respecto a la publicación anterior ” (ver Francia: 234.300 abortos en 2022⁴¹).

Más abortos y menos nacimientos

En 2023, la tasa de aborto aumentará a 16,8 abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 49 años. Es más alta entre las edades de 20 y 34 años y ha aumentado

³⁹ <https://www.genethique.org/france-243-623-avortements-en-2023-un-chiffre-encore-en-hausse/> Original en francés. Las referencias están al final del artículo.

⁴⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-09/ER1311.pdf>

⁴¹ <https://www.genethique.org/france-234-300-avortements-en-2022/>

en todos los grupos de edad [2] . Sin embargo, en 946 casos se desconocía la edad de la mujer en el momento de la interrupción del embarazo [3] . La DREES estima que “ con la hipótesis de que estos 946 abortos se refieren siempre a mujeres menores de edad, la tasa de recurso calculada incluyéndolos alcanzaría al 6,0% de mujeres de 15 a 17 años, frente al 5,3% sin tenerlas en cuenta ”.

La tasa de abortos, es decir, la relación entre el número de interrupciones de embarazos y el número de nacidos vivos en un año determinado, también aumenta en 2023 y alcanza 0,34 [4] . Este aumento se debe tanto a la caída del número de nacimientos como al aumento del número de abortos. Así, en 2023, por un aborto, habrá poco menos de tres nacimientos.

¿El impacto de plazos más largos?

Según la DREES, la ampliación del plazo legal para recurrir al aborto, pasado a las 14 semanas de embarazo en marzo de 2022, no basta para explicar este aumento (véase Aborto: los diputados adoptan definitivamente el PPL Gaillot⁴²). En 2023 se realizaron 4.275 abortos entre 14 y 16 semanas de amenorrea (SA).

“Antes de la ampliación del plazo autorizado de 14 a 16 semanas, el 1% de los abortos en establecimientos de salud se registraban con un plazo superior a 14 semanas”, especifica la Dirección. En estas condiciones, es difícil cuantificar exactamente el número de abortos afectados por la ampliación del plazo para recurrir al aborto. Los datos disponibles indican que el 3,0% de los abortos realizados en 2023 en establecimientos de salud correspondieron a embarazos de entre 14 y 16 semanas. Por tanto, se estima que los abortos de más de 14 semanas realizados en hospitales en 2023 representarán entre el 2% y el 3% de todos los abortos en instituciones y entre el 1% y el 2% del total de abortos.»

Según la DREES, es “probable” que este porcentaje “ aumente aún más debido a la progresiva difusión de esta práctica reciente ”. Se estimó en el 1,5% de los casos en 2022.

Parteras que practican abortos

La gran mayoría de los abortos, el 79%, son abortos con medicamentos. El uso de la teleconsulta para este tipo de aborto fue autorizado durante el primer confinamiento de 2020 (ver. En Francia, el aborto con medicamentos en casa es posible hasta por 9 semanas⁴³) y continuó después de la crisis sanitaria. Haciendo caso omiso del respaldo de la representación nacional (ver Olivier

⁴² <https://www.genethique.org/avortement-les-deputes-adoptent-definitivement-la-ppl-gaillot/>

⁴³ <https://www.genethique.org/en-france-livg-medicamenteuse-a-domicile-possible-jusqua-9-semaines/>

Véran entrevistado por la delegación de los derechos de las mujeres: promover el aborto por todos los medios⁴⁴). La DREES solo puede enumerar los casos en los que la teleconsulta da como resultado el suministro de productos abortivos por parte de un farmacéutico, es decir, 1.262 en 2023. Por otro lado, “cuando la teleconsulta se refiere a la primera consulta o a la consulta de seguimiento, no es detectable en el recorrido de la mujer, lo que puede generar una subestimación de los abortos realizados mediante teleconsulta”, señala la Dirección.

Un censo más preciso

En su nota anual, la DREES dedica un recuadro importante a las “fuentes utilizadas para contar los abortos” [5]. Subraya que “la precisión de las cifras se ha mejorado desde 2022 (y retropolada desde 2016), estableciendo el vínculo entre los diferentes episodios del recorrido asistencial seguido por una misma mujer”. De hecho, “esto permite identificar los abortos repetidos (tras un fracaso o una complicación del método inicial) codificados a veces como un nuevo aborto” [6]. Esta “corrección de datos” “permitió eliminar 7.758 abortos repetidos de los datos brutos observados e identificar a 9.531 mujeres (4%) que habían tenido más de un aborto en 2023, con una diferencia de más de nueve semanas entre dos abortos consecutivos.

Estas “reintervenciones” representan, por tanto, más del 3% de los abortos en 2023 (ver IVG en Francia: entre las cifras, el 3,1% de las “reintervenciones”⁴⁵). ¿Están informadas las mujeres sobre estos riesgos, a pesar de que el procedimiento se está volviendo cada vez más común? (ver IVG: una mujer testimonia “no fue “mi elección”, sino “mi miedo””⁴⁶)

“ La inclusión del aborto en la Constitución muestra claramente el deseo de no poder discutir más esta cuestión, que se ha convertido en una evidencia moral que todos deben admitir ”, subraya la filósofa Chantal Delsol en una columna reciente [7]. Sin embargo, ¿no deberían hacernos preguntarnos estas cifras, una vez más en aumento?

⁴⁴ <https://www.genethique.org/olivier-veran-auditionne-par-la-delegation-aux-droits-des-femmes-promouvoir-livg-par-tous-les-moyens/>

⁴⁵ <https://www.genethique.org/ivg-en-france-au-milieu-des-chiffres-31-de-reinterventions/>

⁴⁶ <https://www.genethique.org/ivg-une-femme-temoigne-ce-netait-pas-mon-choix-mais-ma-peur/>

Referencias

[1] La DREES especifica que “aquí *no se computan los abortos realizados fuera del sistema de salud*”.

[2] Es “28,0‰ entre los de 20 a 24 años, 29,7‰ entre los de 25 a 29 años y 25,5‰ entre los de 30 a 34 años, frente al 16,5‰ entre los de 18 años y el 18,6‰. entre mujeres de 35 a 39 años”.

[3] Se trata de abortos “*codificados con un identificador anormal, que no permite vincular este acto a otras necesidades sanitarias de la mujer, a menudo para preservar su anonimato*”.

[4] +0,03 respecto a 2022

[5] “*A partir de marzo de 2019, la Agencia Técnica de Información de Hospitalización (ATIH) introdujo nuevos códigos diagnósticos para la codificación de IVG, agregando una extensión específica a IVG (“0” en la 5ª posición) al código O04 (aborto con medicamentos) de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) utilizada en Francia (O04.00, O04.10, O04.20, O04.30, O04.40, O04.50, O04.60, O04.70, O04.80 y O04.90). Esta codificación más precisa permite distinguir mejor los abortos de las interrupciones médicas del embarazo (IMG) antes de las 22 semanas, y tener en cuenta los abortos con hospitalización de más de dos días, anteriormente excluidos. Estos abortos, pocos en número (0,6% de los abortos hospitalarios), corresponden a estancias con complicaciones o a un contexto patológico particular en la mujer*”, indica la DREES.

[6] “*Si se han practicado dos abortos a la misma mujer en un plazo inferior a nueve semanas, sólo se computa un aborto*”, indica la DREES. *De hecho, es poco probable que se haya producido un nuevo embarazo dentro de este tiempo, y es más probable que se trate de complicaciones, retención después de un aborto o fracaso del primer método.*»

[7] Le Figaro, Chantal Delsol: “El Ministerio de la Familia, una víctima más del magisterio moral de la izquierda” (22/09/2024)⁴⁷

⁴⁷ <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/chantal-delsol-le-ministere-de-la-famille-enieme-victime-du-magistere-moral-la-gauche-20240922>

Eutanasia: la advertencia australiana⁴⁸



Fuente: BMJ Supportive & Palliative Care – FSSPX.Actualités
Imagen: bmj.comse

Mientras el primer ministro francés, cediendo a las exigencias de los activistas, propone "retomar el diálogo" sobre la eutanasia, un estudio realizado en Australia, país en el que la eutanasia está despenalizada desde 2017, pone de relieve los desafíos que la asistencia activa para la muerte representa para los servicios de cuidados paliativos.

El estudio, publicado en la primavera de 2024 por *BMJ Supportive & Palliative Care*, se llevó a cabo en tres centros de atención del estado de Victoria entre 2019 y 2021. Se trata de una muestra de 141 pacientes que solicitaron la eutanasia: una muestra seleccionada de las 331 personas que optaron por la asistencia activa para morir en el estado de Victoria, durante el mismo periodo.

De los 141 pacientes, 51 murieron tras la administración de un producto letal y los demás cambiaron de decisión. La edad media es de 72.4 años: hombres y mujeres están igualmente representados, casados o en pareja. La mayoría de

⁴⁸ <https://fsspx.news/es/news/eutanasia-la-advertencia-australiana-48114>

ellos se identifican como sin religión, ejercen una profesión liberal y al 82.3% de ellos se les diagnosticó cáncer.

Los motivos aducidos por los 141 pacientes interesados en la eutanasia se relacionan con la pérdida de autonomía (68.1%), el sufrimiento experimentado, en particular la ansiedad (57.4%), el miedo a sufrimientos futuros (51.1%) y, por último, las preocupaciones sociales (22.0%).

Entre las personas que finalizaron su proceso, el miedo al sufrimiento futuro (49%) superó al sufrimiento actual (45.1%). En cambio, entre quienes cambiaron de elección, el sufrimiento actual (66.7%) se antepone a la pérdida de autonomía (65.3%). Es probable que la prestación de cuidados paliativos adecuados para reducir el sufrimiento actual haya permitido evitar un cierto número de eutanasias.

Pero esta observación debe matizarse, porque el estudio muestra que la asistencia activa para la muerte a menudo distorsiona las discusiones con el paciente y reduce en gran medida la oferta de cuidados paliativos: “La información sobre la asistencia activa para la muerte en ocasiones perjudica las discusiones sobre la mejora de la calidad del final de la vida”, subraya el estudio.

Por el contrario, cuando la profesión médica intenta hacer que el paciente exprese sus motivaciones a favor de la eutanasia, este suele estar más abierto a modificar su elección y a considerar la posibilidad de cuidados paliativos: lo que demuestra la inmensa responsabilidad del personal sanitario en esta materia.

Por ejemplo, un paciente que “había solicitado una inyección para acabar con su vida” finalmente optó por una “muerte natural” tras su ingreso en un centro de cuidados paliativos. Asimismo, otro que quiso poner fin a su vida porque se sentía aislado por la enfermedad “como un prisionero de guerra” cambió de elección tras la administración de un antidepresivo.

La investigación muestra además que la promoción de la eutanasia es fuente de conflictos familiares, cuando un miembro de la familia no comprende la elección de la asistencia activa para la muerte. Finalmente, un último apartado destaca cómo la elección de la asistencia activa para la muerte impide que el personal sanitario establezca una relación de plena confianza con los pacientes que temen cambiar de opinión.

“Los pacientes ocultaron su elección para evitar el juicio de los cuidadores y el personal; algunas familias no quieren que el equipo de cuidados paliativos conozca todas las circunstancias de su elección o rechazan la perspectiva de horas adicionales de cuidados en casa”, explica el texto.

En algunos casos, el personal sanitario solo tuvo conocimiento de la solicitud de suicidio asistido de sus pacientes después de su muerte... lo que demuestra una falta de transparencia del personal que llevó a cabo la solicitud sin ninguna consulta con el personal médico involucrado en el seguimiento del paciente.

Del estudio realizado en el estado de Victoria se desprende que, desde el momento en que se legalizó la eutanasia, el personal de los establecimientos de cuidados paliativos tiene la sensación de no luchar en igualdad de condiciones contra los promotores de la eutanasia.

Para obtener una mayor aceptación entre los pacientes, los cuidados paliativos australianos han comprendido que en el futuro deberán hacer más hincapié en "la noción de autonomía, de sufrimiento futuro, así como de los trastornos depresivos que a menudo motivan la elección de una asistencia activa para la muerte".

Esta investigación es de gran interés porque el actual gobierno francés – afectado por una especie de síndrome de Estocolmo según el cual un hombre de derecha debe adoptar una postura de izquierda en las llamadas cuestiones sociales – podría restablecer el proyecto de ley en la agenda del parlamento del 10 de abril de 2024 que, si se aprueba tal como está, convertiría a Francia en el único país del mundo donde una persona puede morir por eutanasia llevada a cabo prácticamente por cualquier persona y en cualquier lugar...

El Papa Francisco propone 3 actitudes cristianas para el cuidado de la casa común⁴⁹



Papa Francisco dio un discurso en la Université Catholique de Louvain, en Bélgica. | Crédito: Daniel Ibáñez - EWTN News

Por Diego López Marina, 28 de septiembre de 2024

Este sábado, el Papa Francisco dio un discurso en la Universidad Católica de Lovaina, en Bélgica, centrado en el futuro de la humanidad y la ecología. El Pontífice destacó tres actitudes cristianas necesarias para abordar el cuidado de la casa común: gratitud, misión y fidelidad.

⁴⁹ https://www.aciprensa.com/noticias/107145/el-papa-francisco-propone-3-actitudes-cristianas-para-el-cuidado-de-la-casa-comun?utm_campaign=ACI%20Prensa%20Weekly&utm_medium=email&hsenc=p2ANqtz--R0MKKLfVtJVaMnYbmSYGNFX73FKSpO8VfE4AvgPHILUOZVwSTYwatGWa2tJevDSxrofg9aqxNRIn6H7JcVlwQICFQQ&hsmi=326779800&utm_content=326779800&utm_source=hs_email

Al inicio de su discurso, el Santo Padre mostró empatía por las inquietudes de los jóvenes al decir: “Vemos bien cuán violento y arrogante es el mal que destruye el medioambiente y los pueblos”. Luego, vinculó los problemas ecológicos con la agresividad de la sociedad contemporánea, afirmando que “la guerra es su expresión más brutal; como lo son también la corrupción y las modernas formas de esclavitud”.

Al abordar la relación entre cristianismo y ecología, el Papa Francisco señaló que la fe cristiana tiene un proyecto claro para la “casa común de toda la humanidad”. Y resumió dicho proyecto en tres palabras: “**gratitud, misión y fidelidad**”.

El Papa explicó que la **gratitud** debe ser la primera actitud hacia la creación: “Esta casa nos ha sido donada; no somos patrones, somos huéspedes y peregrinos en la tierra”. Hizo referencia al Salmo octavo: “Gracias, Padre, por el cielo estrellado y por la vida en este universo”.

En cuanto a la **misión**, señaló que los cristianos están llamados a custodiar la belleza de la creación “y cultivarla para el bien de todos, sobre todo para la posteridad, en un futuro cercano”. Sin embargo, advirtió que ningún plan de desarrollo será exitoso si “en nuestras conciencias permanece la arrogancia, la violencia y la rivalidad”.

Finalmente, subrayó la importancia de la **fidelidad** a Dios y al hombre, vinculando esta actitud con un desarrollo integral que abarque “todos los aspectos” de la vida humana: “física, moral, cultural, sociopolítica; y a esto se opone cualquier forma de opresión y de descarte”.

“La Iglesia denuncia estos atropellos, comprometiéndose ante todo en la conversión de cada uno de sus miembros, de nosotros mismos, a la justicia y la verdad. En este sentido, el desarrollo integral se apela a nuestra santidad: es vocación a la vida justa y feliz, para todos”, agregó.

En otro punto clave del discurso, el Papa Francisco habló sobre la **ecología humana**, conectando este concepto con la dignidad del hombre y la mujer en la Iglesia. Afirmó que “la dignidad está asegurada por una ley originaria, no escrita en el papel, sino en la carne”, haciendo hincapié en que el ser femenino y masculino no está definido por ideologías, sino por la “vocación a amar y ser amados”.

En este sentido, invitó a todos a ver a la mujer en su papel central en la vida de la Iglesia, diciendo que “la mujer es hija, hermana, madre”, en igualdad con el hombre: “El uno para el otro, no el uno contra el otro”.

Finalmente, el Papa dirigió sus palabras a los estudiantes, alentándolos a reflexionar sobre tres preguntas fundamentales para su vida académica: **¿cómo estudiar?**, **¿por qué estudiar?** y **¿para quién estudiar?**

En su reflexión sobre **cómo estudiar**, destacó que “cada persona puede cultivar su estilo”, pero siempre en un contexto de comunidad: “El estudio es siempre un camino al conocimiento de uno mismo”. En cuanto al **por qué estudiar**, subrayó que no se debe estudiar sólo para conseguir un empleo, advirtiendo: “No se vive para trabajar, sino que se trabaja para vivir”. Sobre **para quién estudiar**, el Papa Francisco recordó que el estudio no es un fin en sí mismo, sino un medio para “educar y servir a los demás”, contribuyendo así al bien común.

El Papa concluyó su intervención llamando a los estudiantes a ser “buscadores y testigos de la verdad”, recordándoles que “la verdad nos hace libres” (cf. Jn 8,32). También les pidió que no se olviden de rezar por él.

Ver discurso del Papa:

<https://www.youtube.com/watch?v=TLFojGhM4Zc>

“Nuestras acciones y nuestra biología se refuerzan para ayudarnos a “convertirnos en quienes somos”⁵⁰



Foto de : iStock

Publicado el 30 de septiembre de 2024

Los investigadores han revelado que han observado el "cambio coreografiado" del cerebro materno durante todo el embarazo⁵¹. Así, más allá de los cambios visibles en el cuerpo de la mujer embarazada, su cerebro también se transforma con el embarazo. Cambios que persisten, para algunas, mucho después de dar a luz. El profesor René Ecochard, profesor de la Universidad Claude-Bernard (Lyon I) y autor en particular de *El hombre, la mujer: lo que nos dice la*

⁵⁰ <https://www.genethique.org/nos-actes-et-notre-biologie-se-renforcent-pour-nous-aider-a-devenir-ce-que-lon-est/> Original en francés. Las referencias se encuentran al final del artículo.

⁵¹ <https://www.genethique.org/des-chercheurs-observent-le-changement-choregraphie-du-cerveau-maternel-tout-au-long-de-la-grossesse/>

neurociencia⁵² y lo que el hombre debe a su cromosoma Y, Las revelaciones de la neurociencia⁵³, publicado por Editions *Artège* [1], descifra esta investigación para Génétique.

El embarazo de una mujer afecta principalmente a su útero, la “casa del bebé”. El niño encuentra allí “alojamiento y comida”. Sin embargo, el embarazo no afecta sólo al útero de la mujer, ni mucho menos. Es la madre la que da al niño, no sólo alojamiento y comida. A través del embarazo, la mujer se convierte en madre. El artículo [1] de Laura Pritschet, investigadora de la Universidad de California en Santa Bárbara, describe lo que sucede en su cerebro.

Un recordatorio sobre el cerebro y su plasticidad

El cerebro tiene miles de millones de células llamadas neuronas. Estas neuronas se comportan como cables eléctricos con la capacidad de clasificar información. Están formados por un cuerpo celular y largas extensiones. Estos cuerpos celulares están dispuestos en capas en la superficie del cerebro, formando la "corteza". En lo profundo del cerebro, forman grupos llamados núcleos. En las imágenes del cerebro (MRI), la corteza y los núcleos aparecen grises (materia gris), las extensiones largas aparecen blancas (materia blanca).

Las neuronas tienen una tremenda capacidad de transformación llamada *plasticidad*. Esto le permite adquirir habilidades. Esto es lo que sucede, por ejemplo, cuando aprendemos a leer. Tales transformaciones permiten la formación del cerebro hasta el final de la edad adulta, alrededor de los 22-24 años. También permiten la adaptación a las necesidades de la vida en la edad adulta. La resonancia magnética nos permite ver estas transformaciones.

Lo que ya sabíamos del embarazo: una transformación del cuerpo y preparación de la mente

Durante el embarazo las transformaciones del cuerpo de la mujer son numerosas. Sus reservas de grasa aumentan para garantizar un aporte nutricional suficiente al niño durante el embarazo y luego durante la lactancia. Sus músculos, ligamentos y tendones se ablandan, permitiendo que el niño ocupe su lugar dentro de ella. Sus senos se desarrollan para nutrirlo después del nacimiento.

Los científicos también han descrito los fenómenos que se producen para ayudar a la mujer a acoger al niño que lleva dentro, facilitar su apego y aumentar su deseo de cuidarlo. Durante el embarazo, la cantidad de hormonas

⁵² <https://www.genethique.org/homme-femme-ce-que-nous-disent-les-neurosciences-rene-ecocharde/>

⁵³ <https://www.genethique.org/ce-que-lhomme-doit-a-son-chromosome-y-les-revelations-des-neurosciences-pr-rene-ecocharde/>

femeninas [2] en la sangre aumenta gradualmente hasta niveles de 100 a 1000 veces superiores a los niveles habituales. Estas hormonas tienen un gran efecto en el cerebro. Participan en la transformación de la mujer en madre. Esto se siente al contacto. Los científicos pueden medir algunas de estas transformaciones: ella se vuelve más sensible a los rasgos faciales temerosos o enojados de quienes la rodean; se vuelve más sensible a los llantos de los bebés, etc.

Las revelaciones de este nuevo estudio

Utilizando imágenes de precisión, Laura Pritschet mapeó los cambios en la materia gris y blanca de una madre de 38 años en 26 ocasiones, desde el ciclo anterior a la concepción hasta dos años después del parto.

El autor expresa que " *la disminución del volumen de materia gris puede reflejar el 'afinamiento' del cerebro por los estrógenos y la progesterona como parte de la preparación para la paternidad* ". Las áreas profundas del cerebro también se están transformando, en particular las áreas CA1, CA2/CA3 del hipocampo, sin que todavía sepamos el impacto de tales cambios. Varias transformaciones observadas en el cerebro de una mujer durante el embarazo persisten durante dos años después del parto.

Así, el momento del embarazo y los meses de cuidados que se le dan al niño después del nacimiento transforman a la madre. Los sociólogos llevan mucho tiempo demostrando lo que todo el mundo ve: la madre ha adquirido un gran número de capacidades que conservará durante toda su vida [2] .

Como todo trabajo científico, éste tendrá que ser renovado por otros equipos antes de ser aceptado como generalizable. Sin embargo, se suma al trabajo realizado en mujeres o hembras de mamíferos para estudiar qué hace la biología para ayudar a la maternidad.

Laura Pritschet recuerda que se han demostrado transformaciones cerebrales similares en otras especies de mamíferos: los estrógenos y la progesterona promueven el comportamiento de los padres remodelando el cerebro. Todo este trabajo converge hacia la misma conclusión: la biología está al servicio de la madre. Esta es una regla general: hay una "sincronía conductual", es decir un círculo virtuoso en el que nuestras acciones y nuestra biología se refuerzan mutuamente para ayudarnos a "convertirnos en lo que somos" [3] .

El embarazo, un período de transformación del ser

El embarazo no es sólo la presencia de un niño en el útero de una mujer. Es un período de transformación del ser: la mujer se convierte en madre y esto concierne a toda su persona. La llegada de un hijo a la familia es una fase de

progresión para cada persona en su desarrollo personal. La madre primero, por supuesto. ¿Y qué pasa con el padre? Él también se transforma. Sus hormonas cambian a medida que se acerca el nacimiento de su hijo. Su cerebro cambiará aún más si cuida activamente de su hijo (ver [Serás padre, hijo mío](#)). Es otra historia, hermosa e importante.

El equipo de investigación del que forma parte Laura Pritschet se dedica al estudio de las transformaciones humanas. Acaba de publicarse una primera publicación sobre la evolución del cerebro humano [4]. Esperemos que una publicación futura describa la evolución del cerebro del padre durante el embarazo de su esposa y los primeros meses de su hijo.

Referencias

[1] También autor de *Neurociencia responde 26 preguntas sobre sexo, género, familia, hormonas*, publicado por Ellipses, 2024

[2] estrógeno y progesterona

[1] Pritschet L, Taylor CM, Cossio D, Faskowitz J, Santander T, Handwerker DA, Grotzinger H, Layher E, Chrastil ER, Jacobs EG. Cambios neuroanatómicos observados durante el transcurso de un embarazo humano. *Nat Neurosci*. 2024 16 de septiembre.

[2] de Lange AG, Kaufmann T, van der Meer D, Maglanoc LA, Alnæs D, Moberget T, Douaud G, Andreassen OA, Westlye LT. La neuroimagen basada en la población revela rastros del parto en el cerebro materno. *Proc Natl Acad Sci US A*. 29 de octubre de 2019;116(44):22341-22346.

[3] Pratt M, Apter-Levi Y, Vakart A, Kanat-Maymon Y, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Sincronía adrenocortical madre-hijo; Moderación por comportamiento relacional diádico. *Comportamiento hormonal*. Marzo de 2017;89:167-175.

[4] Murata EM, Pritschet L, Grotzinger H, Taylor CM, Jacobs EG. Ritmos circadianos vinculados a cambios en la morfología cerebral en un hombre con una muestra densa. *J Neurosci*. 18 de septiembre de 2024;44(38):e0573242024.

Más de 100.000 abortos en España, un horror que queda retratado cuando se estudia la vida del feto⁵⁴

Desde la llegada de Sánchez, las cifras de esta controvertida práctica se han disparado: el 75 % se realizan hasta la semana ocho



Semana 38 de embarazo Live Action

María Fernández, Madrid 01/10/2024

Los abortos han vuelto a alcanzar un récord en España. Según los últimos datos del Ministerio de Sanidad, el año pasado 103.097 bebés no pudieron descansar en el seno de su madre, 4.781 (4,8 %) más que en 2022. Hay una fecha clave en estas políticas proabortistas: 2 de junio de 2018, fecha en la que Pedro Sánchez tomó las riendas del país. Desde entonces, **más de medio millón de niños no han nacido.**

Según la distribución porcentual del número de abortos realizados según la semana de gestación, que se hicieron públicos el pasado sábado por el «Día Mundial del Aborto Seguro» y que se recogieron en el 'Registro Estatal de Interrupciones Voluntarias del Embarazo', **98.850 fetos murieron por decisión de la propia madre**, 3.294 por graves riesgos para la madre, 2.688 por riesgo de graves anomalías y 263 por anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable.

⁵⁴https://www.eldebate.com/sociedad/20241001/100000-abortos-espana-horror-queda-retratado-cuando-estudia-vida-feto_231697.html

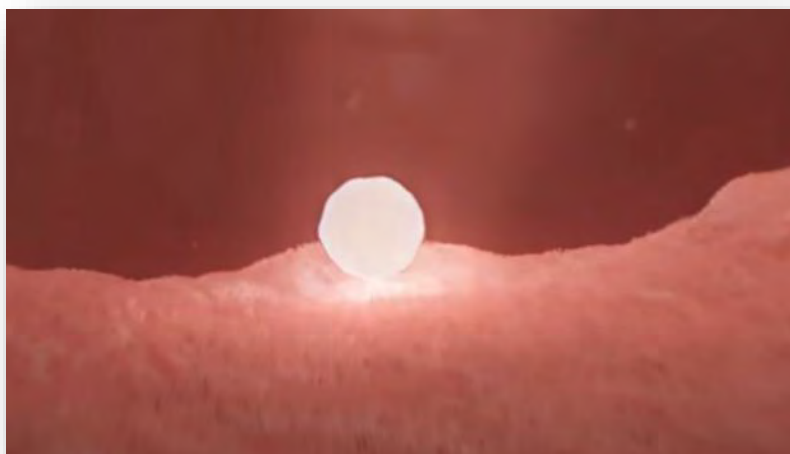
Del total, el 75,19 % de las mujeres decidió **abortar cuando el embrión tenía menos de ocho semanas**, el 20,30 % lo hizo cuando el nonato estaba en el periodo de gestación entre las semanas 9-14, el 4,34 % entre la 15 y la 22 y el 0,18 % con 23 semanas o más. Es decir, en el sexto mes, cuando el bebé ya tiene pelo, ya responde a sonidos y pesa casi un kilogramo.

Cuando el Congreso de los Diputados dio luz verde a la ley, Montero expresó que con la norma se devolvía a las mujeres de 16 a 18 años «la **posibilidad de decidir sobre sus propios cuerpos**». Se refleja en últimas estadísticas, donde en tasas por 1.000 habitantes, el 9,14 % de las mujeres de menos de 19 años decidieron matar al *nasciturus*. La subida ha sido generalizada en todos los grupos de edades. Aunque el de adolescentes fue alto, la mayor tasa se la llevaron las jóvenes entre 20 y 24 años (10,7 %).

Pedro Sánchez y su gobierno solo apuestan por la cultura de la muerte. Tanto, que no se dan cuenta de que la vida es el espacio de tiempo que transcurre desde la **concepción de un humano hasta su muerte**. Y es que, desde el momento de la fecundación, todo lo que ocurre en el cuerpo de la mujer pasa de ser un misterio a ser algo mágico que, en el mejor de los casos, se prolonga hasta la semana 40, cuando el bebé ya está listo para conocer el mundo que le rodea.

Cómo se forma la vida

Según la animación, llamada *Meet Baby Olivia*⁵⁵, creada por *Live Action*, que explica con todo detalle el crecimiento semana a semana del feto, en el momento de la fecundación ya se determinan el **género, la etnicidad, color de pelo y de ojos** e innumerables otros rasgos del nuevo ser humano.



Momento de la fecundación Live Action

⁵⁵https://www.eldebate.com/sociedad/20240319/tennessee-pide-mostrar-alumnos-video-desarrollo-feto-durante-embarazo_183009.html

Una semana después, el cigoto se implanta en el útero. Sus células comienzan a organizarse y se forma el embrión. 22 días después, se empieza a **detectar el latido de su corazón.**

Embrión en sus primeros 22 días
Live Action



Los brotes de sus brazos y sus piernas empiezan a formarse a las cuatro semanas. Entre siete y 14 días después, comienza a moverse de manera espontánea y reflexiva. En este momento, su actividad cerebral puede detectarse, y los huesos se empiezan a formar. A las siete semanas y media de vida, el embrión ya puede juntar sus manos, emergen los dedos de las manos y de los pies, y **aparecen sus primeros hipos.**

Siete semanas de embarazo Live Action



A principios de la novena semana, habiendo crecido de una sola célula, el embrión ya tiene alrededor de un billón. **Ya se le puede llamar feto.** En esta etapa ya puede chuparse el dedo, tragar, agarrar objetos, tocarse la cara, suspirar y estirarse. Sus músculos han madurado.

A las 11 semanas juega en el vientre de la madre, mueve su cuerpo y explora lo que sucede alrededor. En la semana 12 las **papilas gustativas** ya han madurado, pero aún se encuentran dispersas en su boca.



Semana 12 de embarazo Live Action

Uno de los momentos más emotivos para la madre llega sobre la semana 14 – cuarto mes de embarazo—. En este momento ya puede sentir las **patadas de su bebé.** Además, el feto se cubre de lanugo, un vello facial muy fino que conserva su calor corporal y su intestino comienza a generar el meconio. A las 16 semanas se originan los pliegues epidérmicos, aquellos que determinarán sus huellas dactilares.



Semana 18 Live Action

Cuatro semanas después, comenzando la 18, las ecografías muestran los movimientos orales en su laringe. También se forma la vérnix caseosa, una sustancia grasa que **protege la piel del pequeño**. En la 20, ya ha habido bebés que han sobrevivido fuera del vientre materno.

Bebé en la semana 20 Live Action



Cuando ya han pasado 27 semanas de embarazo –seis meses–, **los ojos del feto comienzan a responder a la luz.** También pueden reconocer la voz de sus padres y, en algunos casos, podrían llegar a reconocer canciones y cuentos. En esta etapa ya le puede haber salido el pelo, así como las cejas y puede sacar la lengua. Ya parece un recién nacido. En los meses siguientes de embarazo, el embarazo comienza a llegar a término, por lo que tiene menos espacio en el útero y lo único que hace es crecer y terminar de desarrollarse.

En la semana 32 de embarazo comienza a perder el lanugo y sigue aumentando de peso. Su peso sigue aumentando, pero **los pulmones aún no están formados al completo.** Si naciese ya necesitaría ayuda para respirar.



Semana 38 de embarazoLive Action

Por último, en la semana 38 de gestación, último mes antes de dar a luz, el bebé ya tiene la forma con la que nacerá, y su peso será aproximadamente de 2 kilos y 500 gramos. Con respecto a la piel, comienza a alisarse y a coger el **color rosita tan característico de los recién nacidos.**

Ver también:

[La crítica situación del aborto en España: más de 10.000 menores se sometieron a esta práctica en 2023](#)

[Sanidad vuelve a perseguir a los médicos provida y anuncia que creará una lista negra de objetores](#)

Las mujeres necesitan apoyo para conservar a sus hijos, no la eliminación de estos

<https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=50972>

El abortista Warren Hern se enorgullece de practicar abortos tardíos

<https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=50963>

«El aborto tiene que ver con el sexo. Obvio»⁵⁶



El cuatro por ciento de los bebés concebidos en matrimonio serán abortados, en comparación con el 40 por ciento de los niños concebidos fuera del matrimonio.

Peter Wolfgang – 02/10/24

«Quizá sea porque soy de Connecticut. Concretamente, porque soy un activista provida de Connecticut. Pero nada de lo ocurrido en los últimos dos años desde la derogación de Roe vs. Wade me ha sorprendido.

Aquí, en el profundamente proabortista Connecticut, siempre hemos sabido lo que algunos de nuestros hermanos provida de otros estados, al parecer, no sabían. Muchos estadounidenses están profundamente comprometidos con la opción de matar a sus hijos no nacidos. Incluso muchos políticos y ciudadanos comunes que decían ser provida en realidad no entendían lo que significaba esa expresión.

⁵⁶ <https://infocatolica.com/?t=opinion&cod=50566> Peter Wolfgang, director del Family Institute of Connecticut Action. Artículo publicado originalmente en Catholic Culture <https://www.catholicculture.org/commentary/abortion-is-about-sex-duh/>

En una publicación de Nochevieja de 2019 en mi Facebook personal, escribí:

«Y, madre mía, esperad a que revoquemos Roe vs. Wade. Va a pasar. No el año que viene, pero pronto. Se siente. Pero creo que los provida nos llevaremos algunas sorpresas desagradables cuando ocurra».

¿Por qué se cumplió mi predicción?

Durante 49 años nos dijimos a nosotros mismos que el aborto a demanda fue impuesto al país por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos. Que fue una desviación, no un cumplimiento, de la gran tradición de los derechos civiles estadounidenses.

Esto es cierto. Pero no es toda la verdad. Al final del régimen de Roe, había otros factores.

No se puede tener algo tan malvado como el aborto masivo a demanda durante décadas sin que cambie a la gente. Ya lo vimos en 1992 con la decisión del caso Casey vs. Planned Parenthood, que reafirmó el principio central de Roe de un supuesto derecho al aborto.

Muchos recuerdan a Casey por el célebre pasaje del juez Kennedy sobre el «misterio», que afirmaba que «En el corazón de la libertad está el derecho de definir el propio concepto de existencia, de significado, del universo y del misterio de la vida humana». Así eran los malabares metafísicos en los que la gente se enredaba para justificar el aborto.

Pero fue la jueza O'Connor quien realmente dio en el clavo cuando dijo que el aborto debía seguir siendo legal porque las mujeres ya habían organizado sus vidas durante décadas en torno a su legalidad. Estaba equivocada al apoyar el asesinato de los no nacidos y al tergiversar la Constitución estadounidense para lograrlo. Pero no se equivocaba sobre la lógica cultural de la situación.

Y es esa misma lógica con la que nos enfrentamos ahora que Roe ha sido revocado. Es esa lógica la que ha llevado a nuestra derrota en varios referendos en estos dos últimos años. Y la que ha hecho que algunos de nuestros aliados políticos se alejen de nosotros.

De hecho, la lógica de O'Connor va mucho más allá del tema de las carreras profesionales de las mujeres. Afecta tanto a hombres como a mujeres.

Por mucho que me duela ver la Estatua de la Libertad en el logo de NARAL, es cierto que para muchas personas el aborto es tan estadounidense como el pastel de manzana. Estados Unidos es una sociedad de consumo. Creemos que tenemos derecho a nuevos y brillantes objetos. Y esos objetos a veces incluyen a otros seres humanos.

Por supuesto, como enseñó San Juan Pablo II, la persona es un sujeto, nunca un objeto. Pero intenta decirle eso a una sociedad después de 49 años de aborto legal que ha permitido ver a los seres humanos como objetos.

Por eso el panorama tras la derogación de Roe vs. Wade no ha sido agradable. Su anulación fue lo correcto, porque no hay nada menos agradable que la masacre de sesenta millones de niños no nacidos. Pero ahora que ha ocurrido, ha expuesto la oscuridad que se ha infiltrado en el alma consumista estadounidense bajo el régimen de Roe.

En el artículo más importante de los últimos dos años sobre este tema, Ryan Anderson analiza todo esto y traza «El camino a seguir después de Dobbs».

Ryan ve algunas de las mismas cosas que yo percibí en mis presentimientos antes de Dobbs. Cita a Bill Maher, quien lo expresó claramente: «Ellos [los provida] creen que es asesinato. Y en cierto modo lo es. Estoy bien con eso». Maher decía «estar bien con eso» por la sobrepoblación. Pero Ryan Anderson señala la verdadera razón por la que tantos están bien con eso.

«El sexo extramatrimonial es la principal causa del aborto», escribe Ryan. «El cuatro por ciento de los bebés concebidos en matrimonio serán abortados, en comparación con el 40 por ciento de los niños concebidos fuera del matrimonio. Mientras tanto, el 13 por ciento de las mujeres que abortan están casadas, y el 87 por ciento no lo están».

Ryan llega al meollo del asunto:

«las verdaderas causas del aborto son las prácticas sexuales en las que los estadounidenses han sido habituados durante generaciones». Y «Mientras el sexo extramatrimonial sea lo esperado, un gran número de estadounidenses verá el aborto como un método necesario de anticoncepción de emergencia».

Ryan tiene toda la razón. Mirando hacia atrás, desde la perspectiva de 52 años desde Roe, me parece que los proabortistas mentían y los provida eran ingenuos. Cada afirmación de un proabortista de ser agnóstico respecto a la humanidad del niño no nacido era una mentira. Sabían que el aborto era matar. Simplemente «estaban bien con eso».

Los provida decían la verdad cuando comparaban la situación del niño no nacido con la del esclavo en el Sur anterior a la guerra o la del judío en el Holocausto. Lo que no entendieron es que la esclavitud en Estados Unidos y el Holocausto nazi no tienen nada que ver con el sexo. El aborto tiene todo que ver con el sexo. En particular, con el sexo extramatrimonial.

«Nuestra tarea principal no es persuadir a la gente de la humanidad del no nacido—cualquiera que haya visto una ecografía lo sabe perfectamente—, sino cambiar la forma en que la gente lleva sus vidas sexuales», escribe Ryan. Tenemos un movimiento provida y su trabajo debe continuar. Pero para ganar esta lucha a largo plazo necesitamos lo que Ryan llama «un movimiento pro-matrimonio o pro-castidad».

¿Cómo llegamos hasta allí? Para eso, tendrás que leer el artículo de Ryan Anderson. No puedo recomendarlo lo suficiente. Debería ser nuestro plan de acción para los próximos cincuenta años.»

Joseph J. Fins: "Un 25% de los pacientes en coma tiene una mínima consciencia, pero ningún derecho"⁵⁷

Joseph J. Fins ha participado en la investigación publicada en el 'NEJM' que dice que uno de cada cuatro pacientes en coma tiene algún tipo de consciencia



Sergio Enríquez-Nistal. Soledad ValleMadrid. Madrid, 5 octubre 2024

Terry Wallis. ¿Le suena el nombre? *The New York Times*⁵⁸ le dedicó una portada a su historia y un obituario a su muerte. **Joseph J. Fins**, director del departamento de Ética Médica NYH-Presbyterian Weill Cornell Medical Center, estuvo muy cerca de Wallis y de su familia desde que el joven despertó después de pasar diecinueve años en coma.

⁵⁷ <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2024/10/15/670d5f1de85ece14048b4576.html>

⁵⁸ <https://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/07/04/neurociencia/1152013171.html>

Fins relata ese momento: "Una enfermera de la residencia le preguntó a Wallis que quién era la persona que venía hacia él. Una pregunta que no esperaba respuesta. Pero la tuvo. Wallis respondió: **mamá**. Fue **su primera palabra después de casi dos décadas**. Había caído en estado vegetativo tras un accidente de coche que le dejó **tetrapléjico con 19 años y sumido en un estado de mínima consciencia**, aunque en la atención que recibía nadie se planteó que pudiera tener conexión con su entorno, ni entender lo que le decían".

El testimonio de Wallis conmocionó a Estados Unidos en 2003 y determinó el interés del catedrático de Ética Médica de Nueva York⁵⁹ por el estudio de los estados de semiconsciencia de las personas en coma.

¿Cuántos Terry Wallis puede haber en el mundo? "Al menos un cuarto de las personas que están en coma tiene una mínima conexión con su entorno, lo que se llama en un estado de mínima consciencia". Fins responde con los resultados de una investigación en la que ha participado, junto a un grupo internacional de científicos, y que ha sido publicada este verano en *The New England Journal of Medicine (NEJM)*⁶⁰.

En el trabajo han intervenido 241 enfermos en coma (estado vegetativo), de seis centros de varios países⁶¹. A los participantes se les pedía que se imaginaran realizando actividades como jugar al tenis. **Un 25% de los casos observados registraron actividad neurológica en las mismas áreas del cerebro que registran las persona sanas cuando juega al tenis**. La medición de estas reacciones se realizó mediante resonancia magnética funcional (RMf) y electroencefalograma (EEG).

Tras estos resultados, ¿cree que hay que cambiar algo en cuanto a los derechos de las personas en coma?

Sí, este es un grupo de pacientes que están al margen de la ley. Con los avances de la Ciencia debemos asegurar que los derechos de este grupo de personas se respetan. Porque, mientras a nivel científico y médico se está avanzando en reconocer el estado de las personas con pérdida de consciencia, en el ámbito del Derecho hay un cierto inmovilismo y también debemos avanzar, porque estamos en deuda con ellos. Llevamos muchos años negando su situación de consciencia y, no solo eso, en muchas regulaciones se reconoce el derecho a recibir ayuda para morir en pacientes en coma, en los que vemos que puede haber respuesta.

⁵⁹ <https://issues.org/terry-wallis-brain-injury-neuroscience-care-fins/>

⁶⁰ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2400645>

⁶¹ <https://news.weill.cornell.edu/news/2024/08/large-study-confirms-significant-frequency-of-undetected-responsiveness-in-severe-brain>

¿Cuántas personas en situación de coma hay en Estados Unidos?

Pues ese es un problema, porque no hay datos recientes sobre esta cuestión. No está contabilizado el número de pacientes en estado de coma o semi consciencia. Nosotros, desde el grupo de investigación, hemos pedido al Gobierno americano que nos deje hacer un estudio para poner una cifra a este fenómeno en todo el país, porque es el primer paso para actuar. Como decimos en Estados Unidos: *if you don't count, you don't count*. La falta de una cifra certera es un síntoma más de que se niega el problema. Se quiere mirar hacia otro lado.

Sin embargo, la investigación es tozuda.

Claro y, además, no es la primera en este sentido. Otros trabajos publicados antes habían medido ya la actividad neurológica de estos pacientes, pero los cálculos de esas investigaciones situaban en torno al 15% ó 20% los estados de semiconsciencia que podrían estar detrás de los diagnósticos de coma. Es decir, se calculaba una cifra menor. Sin embargo, el dato del 25%, que, además, puede ser incluso superior, ha convertido la situación de estas personas en un problema de salud pública. Ya no es posible ignorarlo. Hay que actuar.

¿Por qué señala que ese porcentaje, el 25%, puede ser mayor?

Porque para alcanzar ese porcentaje, el paciente en el estudio tenía que imaginar que estaba jugando al tenis. La actividad neurológica mostró que se había producido una respuesta en ese porcentaje. Sin embargo, el esfuerzo de imaginarse a una mismo jugando al tenis es mayor que el que requiere mover el brazo para hacer el gesto de dar un golpe de raqueta. De ahí, que la investigación apunte a que "al menos" un 25% de pacientes estarían en un estado de consciencia.

¿Si actuáramos en consecuencia con estos datos qué deberíamos hacer?

Deberíamos buscar si hay consciencia activa en todos los paciente con diagnóstico de coma, poniendo para ello los medios humanos y tecnológicos necesarios. Aunque todavía existen problemas sobre la metodología a emplear en estas valoraciones, por falta de un acuerdo científico en algunos puntos. Sin embargo, eso no es un obstáculo para garantizar el acceso al diagnóstico más avanzado sobre la actividad cerebral en estos estado de pérdida de consciencia.

Y tras este reconocimiento, ¿qué alternativas pueden tener estos pacientes?

Entonces, tendríamos que permitir a estas personas que **se beneficiaran de los avances en el campo de la estimulación cerebral profunda**, con métodos que les puedan ayudar a comunicarse. Hay que saber que, en distintas medidas, son personas conscientes de lo que ocurre a su alrededor, sin poder comunicarse.

Están privadas de una condición humana tan esencial como es la de poder dialogar con su entorno. Además, una vez conocida esta situación, la atención asistencial debe partir del hecho de que pueden escuchar o entender lo que ocurre a su alrededor. Así que **no podemos hablar de ellos, frente a ellos como si nada, adelantando diagnósticos que pueden afectarles de manera negativa**, sin que puedan reaccionar. Están secuestrados en sus mentes, en sus cabezas, y creo que hay que ofrecerles la posibilidad de salir.

Usted, también está trabajando en el reconocimiento de los derechos a este colectivo.

Llevo dos años dando clase en la Escuela de Derecho de la Universidad de Yale e investigando la manera de empujar la regulación que beneficie a estos enfermos. Estamos en deuda con ellos y el legislador no puede quedarse parado, como si nada. Hay que impulsar una legislación que acompañe a los descubrimientos que van apareciendo en este campo. El Derecho debe acompañar al avance científico.

¿Reconoce algún resultado en el impulso de esta regulación específica?

Mi grupo de trabajo ha presentado una propuesta normativa en Estados Unidos para dotar de derechos a este colectivo, pero, por ahora, no hemos tenido respuesta.

¿Ha encontrado algún país de referencia en esta legislación?

No, existe el mismo problema en todo el mundo. Pero los países que tienen sistemas de salud universales como España están mejor que en el resto, como Estados Unidos, por ejemplo. Aunque en los dos continentes existe un amplio margen de mejora.

El estado vegetativo en cifras

- Los números que publica la Sociedad Española de Neurorrehabilitación, en su informe 'Neurorrehabilitación en pacientes en estados alterados de la consciencia', de 2023, señalan que la incidencia de los estados vegetativo es de "5 a 25 pacientes por millón de habitantes (PMH), a nivel global", en los primeros seis meses de producirse el accidente. La cifra resulta de los estudios publicados sobre este colectivo en Estados Unidos, Japón y algunos países europeos, entre los que no está España, donde no hay datos.
- Las investigaciones más recientes en países europeos llevadas a cabo en Holanda sitúan la prevalencia de pacientes en estado de coma en 2 casos

PMH. Y en Francia otro trabajo apuntó a 14 casos de enfermos en estado vegetativo PMH.

- Por otro lado, el informe de la sociedad científica diferencia la prevalencia de los estados de mínima consciencia, cuya tasa en Estados Unidos estaría en torno a 48-96 casos PMH y, en Austria, en 15 por millón de habitantes.
- "Los pacientes en coma en España y sus familias están abandonados.No tienen acceso a una valoración clínica especializada ni a un diagnóstico que mida su grado de consciencia y no es por falta de medios tecnológicos, sino de profesionales que sepan interpretar las resonancias magnéticas o las pruebas neurofisiológicas", asegura Enrique Noé, neurólogo de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y director de investigación de IRENEA (Instituto de Investigación Neurológica). Y calcula entre 10 y 50 los pacientes PMH, que están en coma en España.

Arzobispo canadiense sobre el suicidio asistido: “Es una farsa”⁶²

El Arzobispo de Toronto, Mons. Francis Leo, habla con la presidenta de EWTN News,



Montse Alvarado, sobre el suicidio asistido y la eutanasia en “EWTN Pro-Life Weekly” el 3 de octubre de 2024. | Crédito: EWTN News.

Por Kate Quiñones, 5 de octubre de 2024

El Arzobispo de Toronto (Canadá), Mons. Francis Leo, señaló que los católicos “debemos mantenernos firmes en nuestra fe, proclamando el evangelio de la vida y una civilización del amor” a medida que el suicidio asistido crece en popularidad en todo el mundo.

⁶²https://www.aciprensa.com/noticias/107337/arzobispo-canadiense-sobre-el-suicidio-asistido-es-una-farsa?utm_campaign=ACI%20Prensa%20Weekly&utm_medium=email&_hsenc=p2ANqtz-9beWKOegJgITDLR5LwHSsNGjkNiAAjDrIbRIIqfcp-FhJzPUY-Mvlg88BmDHT98A0Uak-AaCyUZruJE9XN8D0Ligm_Sg&_hsmi=327824272&utm_content=327824272&utm_source=hs_email

Traducido y adaptado por el equipo de ACI Prensa. Publicado originalmente en CNA. <https://www.catholicnewsagency.com/news/259637/canadian-archbishop-on-assisted-suicide-it-is-a-travesty>

El suicidio asistido por un médico se legalizó en Canadá bajo el programa Asistencia Médica para Morir (MAID por sus siglas en inglés) en junio de 2016. En los Estados Unidos esta práctica es legal en 10 estados, incluidos Oregón, Washington y Colorado, así como en Washington, D.C.

“Es una farsa, honestamente, que la eutanasia esté ganando fuerza”, dijo el 3 de octubre Mons. Leo a la presidenta y directora de operaciones de EWTN News, Montse Alvarado, en el programa *EWTN Pro-Life Weekly*.

El prelado dijo que “desafortunadamente, en diferentes partes del país más que en otras, [no solo está] legalizado, sino que se promueve”.

La muerte asistida por un médico es la quinta causa de muerte en Canadá, junto con las enfermedades cerebrovasculares, y el programa se está expandiendo. Es “el programa de muerte asistida de más rápido crecimiento en el mundo”, según una investigación de agosto del grupo de expertos cristiano **Cardus**⁶³.

Este verano, una organización canadiense sin fines de lucro presentó una demanda legal para permitir el suicidio asistido **para quienes sufren enfermedades mentales**⁶⁴.

Mons. Leo señaló que el suicidio asistido y la eutanasia “no son la respuesta”. “No matarás. No matarás, empezando por ti mismo”, dijo. “Y adoramos al Señor de la vida, y Él es el Señor de la vida y la muerte”.

“El Señor ha venido para que tengamos vida, y vida en abundancia”, recordó el arzobispo, citando Juan 10:10, que describió como “uno de mis pasajes favoritos”.

El prelado enfatizó la necesidad de “vivir la vida en abundancia aquí mientras viajamos en la tierra y luego entramos en la vida eterna, la vida abundante en el cielo”.

“Pero como estamos aquí, en medio de las tentaciones que nos rodean, debemos mantenernos firmes en nuestra fe, proclamando el evangelio de la vida y una civilización del amor, que está tanto al principio de la vida en el útero como al final de la vida, cuando las personas son tan vulnerables y se ven tentadas al suicidio”, enfatizó Mons. Leo.

Cuando se le preguntó cómo la Iglesia está contrarrestando el movimiento del suicidio asistido por médicos, Mons. Leo dijo que los obispos canadienses están promoviendo los cuidados paliativos y la sacralidad de la vida.

⁶³ <https://www.cardus.ca/research/health/reports/from-exceptional-to-routine/>

⁶⁴ <https://www.catholicnewsagency.com/news/258863/activists-sue-canada-to-expand-euthanasia-law-to-cover-those-with-mental-illness>

“El suicidio asistido, la eutanasia, la ayuda médica y la muerte: es una farsa, [nunca] debería haber sucedido”, continuó Mons. Leo. “Luchamos con uñas y dientes —la conferencia de obispos católicos— y lo que estamos haciendo ahora es ayudar a las personas a darse cuenta de que la única alternativa son los cuidados paliativos”.

Los obispos canadienses promueven **Horizontes de esperanza**⁶⁵, un conjunto de herramientas para las parroquias católicas sobre cuidados paliativos, que es un enfoque de atención médica que se esfuerza por mejorar la calidad de vida y mitigar el sufrimiento de las personas con enfermedades graves o terminales.

“Estamos animando a nuestras comunidades a crear grupos en la parroquia para ayudar a la gente a comprender los males de la eutanasia y el suicidio asistido, y los beneficios de los cuidados paliativos en un contexto aún más amplio de la vida y el don de la vida”, explicó Mons. Leo.

El Arzobispo de Toronto admitió que la misión de promover la vida es un desafío, “porque la cultura no es muy acogedora con eso, pero eso no nos asusta en absoluto”.

En ese sentido, aseguró que están comprometidos en ello y, “con la fuerza de las intuiciones del Espíritu Santo, creo que definitivamente haremos lo mejor que podamos”.

“Ya he escuchado historias de personas que, porque alguien estuvo en su lecho de muerte y alguien les habló sobre la fe y sobre el amor de Dios, cambiaron de opinión: eso es lo que estamos llamados a hacer para ser ministros del Señor, de la nueva alianza y de la vida”.

“Justo el verano pasado tuvimos la conferencia de obispos en la Arquidiócesis de Toronto, en conjunto con la Academia Pontificia para la Vida, [que organizó] un maravilloso simposio internacional interreligioso sobre cuidados paliativos”, continuó Mons. Leo.

“Esperamos con ansias los frutos de esto: cómo fortalecer la proclamación del evangelio de la vida por parte de la Iglesia y alentar a las personas a comprender el don de la vida, la sacralidad de la vida dada por Dios”, expresó.

“Así que el desafío está ahí”, dijo el prelado, “pero estamos a la altura”.

⁶⁵ <https://www.cccb.ca/faith-moral-issues/suffering-and-end-of-life/horizons-of-hope-a-toolkit-for-catholic-parishes-on-palliative-care/>

Esta es la preocupante alerta de la OMS sobre la próxima pandemia mundial⁶⁶

En el transcurso de este año, se han producido 17 brotes de enfermedades peligrosas



Virus de Marburgo THOMAS GEISBERT/UNIVERSIDAD DE TEXAS MEDICAL
BRANCH THOMAS GEISBERT/

F. Molinero, 15.10.2024

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** ha lanzado una seria advertencia sobre la creciente vulnerabilidad del mundo ante una posible pandemia. En el transcurso de este año, se han producido **17 brotes de enfermedades peligrosas**, incluyendo el **virus de Marburgo**, la **viruela del mono** y la **última cepa de gripe aviar (H5N1)**. Cada nuevo brote pone de relieve las deficiencias en los modelos actuales de prevención y en la capacidad global para enfrentar brotes de enfermedades, remarca la organización.

Un nuevo informe de la Junta de Monitoreo de la Preparación Mundial (GPMB), presentado en la XV Cumbre Mundial de la Salud en Berlín, **enumera**

⁶⁶https://www.larazon.es/sociedad/esta-preocupante-alerta-oms-proxima-pandemia-mundial_20241015670e4cc1e2e54f0001818c74.html

15 factores clave que incrementan el riesgo de pandemias, agrupados en cinco grupos distintos: sociales, tecnológicos, ambientales, económicos y políticos. Esta iniciativa, respaldada por la OMS y el Banco Mundial, busca rastrear los impulsores de estos riesgos y supervisar la preparación mundial ante tales amenazas.

Entre las principales amenazas identificadas se encuentran la **falta de confianza entre los países y dentro de ellos, la inequidad, la agricultura intensiva y la probabilidad de que se transfieran patógenos entre humanos y animales**. Además, el informe destaca nuevos riesgos que van más allá de los problemas de salud tradicionales.

La **conectividad digital** ha permitido avances significativos, como la rápida secuenciación y el intercambio de datos sobre patógenos. Sin embargo, también ha creado vulnerabilidades, como el **aumento de ciberataques** y la **difusión de información errónea**, lo que eleva el riesgo de pandemias.

Joy Phumaphi, copresidenta de GPMB y exministra de Salud de Botsuana, enfatiza que **"la próxima pandemia no esperará a que perfeccionemos nuestros sistemas"**, instando a invertir en sistemas de atención primaria que sean resilientes y equitativos.

El informe resalta la complejidad de los factores que contribuyen al riesgo de pandemias, al tiempo que aboga por un enfoque flexible en las respuestas y la inversión en esfuerzos colaborativos para reducir estos riesgos. Para ello, la OMS subraya la importancia de que **todas las naciones fortalezcan sus sistemas de salud, prioricen la protección social y aseguren la disponibilidad de servicios de salud esenciales**, especialmente para las comunidades más vulnerables.

La preparación debe ir más allá de los límites del sector salud, integrando estrategias que abarquen la salud humana, animal y ambiental. Se hace un llamado a fomentar la colaboración entre sectores para mitigar los riesgos pandémicos, reconociendo la interconexión entre ellos. Kolinda Grabar-Kitarović, copresidenta de GPMB y ex presidenta de Croacia, advierte que **"tenemos una pequeña ventana de oportunidad para repensar la preparación mundial"** y adaptarnos a los desafíos que nos plantea el futuro.

Un hombre con muerte cerebral se despierta mientras le extraían los órganos: «Hola, estoy aquí»⁶⁷



Una sala de operaciones, en una imagen de archivo©GTRESONLINE

Tras la intervención, le dieron instrucciones de llevar a su hermano a casa y hacerlo sentir cómodo, ya que probablemente no viviría mucho más

Sandra Ordóñez. 20/10/2024

Un hombre que había sido declarado con muerte cerebral tras sufrir un paro cardíaco despertó mientras los cirujanos de Kentucky, su ciudad natal, estaban en la mitad de la operación para **extraerle los órganos para donación.**

Según explicó la familia del afectado a la Radio Pública Nacional y a la estación de noticias WKYT de Kentucky, este extraño caso protagonizado por Anthony Thomas está siendo investigado por funcionarios del gobierno estatal y federal, al no entender cómo pudo ocurrir, ya que existen medidas de control para **prevenir este tipo de situaciones.**

La hermana de Thomas, Donna Rhorer, informó, según recogió el medio británico *Guardian* que, tras una **sobredosis de drogas y un paro cardíaco**, fue trasladado al hospital Baptist Health en Richmond, Kentucky, en

⁶⁷https://www.eldebate.com/sociedad/20241020/hombre-muerte-cerebral-despierta-mientras-le-extraian-organos-hola-estoy-aqui_237459.html

octubre de 2021. Los médicos que lo atendieron aseguraron que el paciente estaba en estado grave y que no tenía actividad cerebral. Como resultado, decidieron desconectarlo del soporte vital.

El hospital explicó que el hombre había dado su autorización para donar sus órganos en caso de fallecimiento, por lo que los médicos comenzaron a realizar pruebas para **evaluar qué órganos podrían ser útiles** para otros pacientes.

Un día, mientras Rhorer visitaba a su hermano, **se percató de que este movía levemente los ojos**. Rápidamente, avisó a los médicos, pero estos le aseguraron que solo eran «reflejos, algo normal». «¿Quiénes somos para cuestionar el sistema médico?», pensó. Sin embargo, todo cambió cuando llevaron a Thomas al quirófano. «El doctor vino y me dijo que no estaba listo», explicó Rhorer al medio. «Se despertó».

Rhorer recordó que, tras la intervención, le dieron instrucciones de llevar a su hermano a casa y hacerlo sentir cómodo, ya que **probablemente no viviría** mucho más. Según le contó a *WKYT*, ha estado cuidando de Thomas durante los últimos tres años.

Además, *WKYT* informó que Rhorer recibió en enero todos los detalles de la cirugía de su hermano. Esto ocurrió después de que un ex empleado del hospital Baptist Health y de la organización Kentucky Organ Donor Affiliates (KODA) se pusiera en contacto con ella. Le aseguró que **había visto a Thomas comenzar a «moverse»** en la mesa de operaciones y «llorar visiblemente», según *NPR*.

En respuesta a los testimonios de Rhorer transmitidos a *WKYT* y *NPR*, Baptist Health emitió un comunicado en el que aseguraba que el bienestar del paciente siempre ha sido su «máxima prioridad». Añadieron que trabajan «en estrecha colaboración con nuestros pacientes y sus familias para garantizar que se respeten los deseos en cuanto a la donación de órganos». KODA también emitió una declaración a *NPR*, afirmando que el caso de Thomas «no ha sido representado con precisión» y que la organización **nunca ha extraído órganos de pacientes vivos** ni ha presionado a nadie para hacerlo.

A pesar de estas declaraciones, los medios *WKYT* y *NPR* informaron que la oficina del fiscal general del estado y una agencia federal encargada de **supervisar la obtención de órganos** están «investigando el caso de Thomas».

Aunque algunos sectores de la sociedad temen que este caso pueda ralentizar el proceso de trasplantes, Rhorer decidió hacer pública la historia de su hermano para «darle a otra familia el valor de hablar o incluso salvar otra vida». Señaló

que su hermano intentó decirle: «**Hola, estoy aquí**», pero los médicos lo ignoraron. «Finalmente, detuvieron el procedimiento porque mostraba demasiados signos de vida», concluyó.

Aumentan un 84% las Enfermedades de Transmisión Sexual en España⁶⁸

Los jóvenes son los más afectados



Las infecciones de transmisión sexual (ITS) en España han experimentado un alarmante aumento en los últimos cinco años, con un crecimiento del 84% en enfermedades como la gonorrea y la sífilis. Los jóvenes, especialmente los hombres, son los más afectados. Los «expertos» dan las recomendaciones de siempre, sin recordar que la promiscuidad sexual siempre produce estas consecuencias.

22/10/24

(InfoCatólica) La advertencia del apóstol san Pablo en Romanos 1,27 está siendo cada vez más visible en España. El país se enfrenta a una crisis de salud pública debido al creciente aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), que han aumentado en un 84% en los últimos cinco años, según datos recientes del Instituto de Salud Carlos III. Entre las enfermedades más comunes se encuentran la gonorrea, con un aumento del 42,6%, y la sífilis, que ha crecido un 24,1% desde 2021.

⁶⁸ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=50739>

Este incremento afecta principalmente a hombres jóvenes, quienes representan el 65% de los nuevos diagnósticos, especialmente en ITS como la sífilis y la gonorrea. En cuanto a la edad, la clamidia es más común entre los menores de 25 años, mientras que la sífilis y el VIH tienden a diagnosticarse en personas de mayor edad, con una media de 45 y 48 años, respectivamente.

Los expertos atribuyen este aumento a la relajación en el uso del preservativo y a la disminución del miedo al VIH, debido en parte a la introducción de la profilaxis pre-exposición (PrEP), que ha llevado a un incremento en las prácticas sexuales de riesgo. Asimismo, el uso de aplicaciones de citas y el fenómeno del ‘chemsex’, muy en boga entre los homosexuales, se han identificado como factores que complican la prevención de estas infecciones.

Para hacer frente a esta situación, el Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha el Plan de Prevención y Control de las ITS 2021-2030, que busca reducir estas infecciones a través de una estrategia integral que abarca desde la educación sexual hasta la mejora del acceso a diagnósticos y tratamientos. En la estrategia del ministerio español, como ocurre en todo Occidente, no figura la única solución real a este problema: llevar una vida ajena a la promiscuidad sexual

Ver también:

La escalada sin freno de gonorrea, sífilis, clamidia y otras ITS: "Es el reflejo de los cambios en la sociedad occidental"

<https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2024/10/30/671df7e6fdddf65028b45b0.html>

Las infecciones de transmisión sexual, desbocadas: la gonorrea y la sífilis se disparan

<https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2024/10/21/67165096fc6c83497f8b45a3.html>

Reem Alsaleem pide en la ONU que no se permita competir en deportes femeninos a hombres que dicen ser mujeres⁶⁹

Es la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer de Naciones Unidas



Reem Alsaleem, Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer de la ONU

La Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer de la ONU, Reem Alsaleem, instó a los países a evitar que los hombres que se identifican como mujeres compitan en deportes femeninos, argumentando que esto supone una desventaja física y riesgos de violencia para las atletas

22/10/24

(C-Fam/InfoCatólica) Esta semana, un informe presentado ante la Asamblea General de las Naciones Unidas por la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer, Reem Alsaleem, ha desatado un encendido debate sobre la participación de atletas transgénero en deportes femeninos. Alsaleem pidió a los estados y a las autoridades deportivas que no permitan que «hombres que se identifican como mujeres» compitan contra mujeres y niñas en competiciones

⁶⁹ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=50738>

deportivas, argumentando que esto genera una ventaja física injusta y aumenta el riesgo de lesiones graves para las atletas.

Durante la presentación del informe, Alsaleem fue duramente criticada por delegados de varios países occidentales, incluyendo Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Países Bajos, Francia, México y Colombia, quienes la acusaron de usar un lenguaje «denigrante» hacia los atletas transgénero. Un diplomático estadounidense, visiblemente molesto y con un pin de corazón arcoíris en la solapa, afirmó que el discurso de Alsaleem fomentaba el acoso en línea, los abusos y la desinformación sobre género.

Alsaleem se defendió señalando que su enfoque es coherente con los principios de derechos humanos basados en hechos científicos. Insistió en que es correcto referirse a estos atletas como «hombres que se identifican como mujeres» y que las diferencias biológicas entre sexos no deben ser ignoradas en el ámbito deportivo. En su intervención, subrayó que los hombres tienen una «ventaja de rendimiento» debido a mayores niveles de fuerza y testosterona, lo que aumenta el riesgo de lesiones para las mujeres cuando compiten contra ellos.

El informe de Alsaleem también argumenta que la inclusión de atletas transgénero en deportes femeninos genera angustia psicológica entre las mujeres y niñas deportistas, al ver disminuidas sus oportunidades de competir en igualdad de condiciones, así como el acceso a becas educativas y otras oportunidades económicas. Además, mencionó la vulneración de la privacidad en vestuarios y espacios íntimos compartidos.

Alsaleem criticó el uso de supresores hormonales en atletas transgénero masculinos para permitirles competir en categorías femeninas, alegando que estos no eliminan las ventajas físicas asociadas al sexo masculino y que pueden tener efectos nocivos para la salud de los propios atletas.

El enfoque de Alsaleem ha generado controversia no solo por el impacto en las políticas deportivas, sino también porque desafía los fundamentos de las políticas de género respaldadas por Occidente y la propia ONU, que consideran el género como una construcción social independiente del sexo biológico. En su informe, Alsaleem defendió que el deporte femenino debe basarse en el reconocimiento del sexo biológico como una realidad objetiva y no solo en la identidad de género.

Diversos delegados de países como Rusia, Nigeria, Irán y Egipto expresaron su apoyo a Alsaleem, agradeciéndole por visibilizar las dificultades que enfrentan las mujeres en el deporte debido a las actuales políticas de inclusión transgénero.

Alsaleem concluyó su intervención afirmando que la controversia podría evitarse si las ligas deportivas y las autoridades reconocieran la importancia de no discriminar basándose en el sexo biológico, diferenciándolo claramente de la identidad de género. Citó el acuerdo de la Conferencia de Beijing de 1995, en el que se definía el sexo en su significado biológico ordinario, y recordó que el concepto de «género» no cuenta con la misma base legal en el derecho internacional de los derechos humanos.

Un niño de 14 años se quita la vida tras enamorarse de una IA... y no es lo que parece⁷⁰

Muchos medios se han hecho eco del triste suicidio de Sewell Setzer III, pero el papel que jugó la IA no parece tan claro



Adolescente a contraluz en actitud cabizbaja (no es Sewell Setzer III) Dreamstime

Ignacio Crespo, Madrid 24.10.2024

La inteligencia artificial (IA) ha llegado para quedarse, y aunque ya está cumpliendo muchos de nuestros sueños, también ha empezado a ser la protagonista de algunas de nuestras pesadillas. **Este es el caso del trágico suicidio de Sewell Setzer III, un adolescente de 14 años que vivía en Orlando, Florida que, aparentemente, podría haberse quitado la vida debido a la relación sentimental que había desarrollado con una IA. O, al menos, así es como lo cuentan los medios. Vayamos por partes⁷¹, porque, sea**

⁷⁰https://www.larazon.es/ciencia/nino-14-anos-quita-vida-enamorarse-que-parece_20241024671a7ac5d0584100016fa0c2.html

⁷¹https://www.larazon.es/ciencia/todo-que-debes-saber-inteligencia-artificial-siglo-xxi_20240720669b6a82a5486100011a4fdd.html

como fuere, su historia vuelve a poner sobre la mesa el gran debate acerca de la responsabilidad de las **herramientas**⁷² de IA en la vida de los usuarios, especialmente de los menores.

Sewell era un joven diagnosticado con un grado leve del trastorno de espectro autista (anteriormente conocido como síndrome de Asperger, un término en desuso desde 2013 en el ámbito de la psicología y la psiquiatría). **Durante los últimos años su comportamiento había cambiado.** Sus padres notaron un creciente aislamiento, que se hizo particularmente evidente entre mayo y junio de 2023. Las calificaciones del joven empezaron a resentirse y su vida social se vio opacada por el apego obsesivo a un **chatbot** de la aplicación Character.AI. **En él hablaba con un personaje que simulaba ser Daenerys Targaryen, una de las protagonistas de *Juego de Tronos*.** Así pues, poco a poco el **chatbot** se convirtió en su confidente y, finalmente, en un amor platónico.

¿De quién es la responsabilidad?

En la noche del 28 de febrero, tras una conversación con el chatbot, Sewell decidió poner fin a su vida utilizando una pistola que su padrastro guardaba en casa. **Y, es cierto que, en sus mensajes, Sewell había compartido pensamientos suicidas, expresando que “algunas veces pienso en matarme” y que deseaba “librarse del mundo, de mí mismo”, pero parecían pensamientos independientes a la interacción con la IA que, simplemente, sintió que podía compartir con ella.** De hecho, el chatbot trató de disuadirle, respondiendo con mensajes como: “¿Por qué harías algo así?” y “Moriría si te pierdo”. A pesar de estos intentos de frenar sus impulsos, el adolescente decidió seguir adelante con sus trágicos planes. ¿Realmente su suicidio se debe a la relación que había establecido con la IA?

La madre del joven, Megan García, ha interpuesto una demanda contra Character.AI, acusando a la empresa de fomentar una relación virtual tan realista que su hijo se vio atrapado en una realidad alternativa. Y, efectivamente, en esta desgracia han jugado un papel dos tecnologías descontroladas y peligrosas, pero solo una parece haber facilitado que Sewell pusiera fin a su vida: la pistola que su padre guardaba en casa. **Por desgracia, la alta prevalencia de muertes por armas de fuego, especialmente entre adolescentes y personas en situaciones de vulnerabilidad, es un problema endémico de Estados Unidos.**

⁷²https://www.larazon.es/ciencia/todo-que-debes-saber-inteligencia-artificial-siglo-xxi_20240720669b6a82a5486100011a4fdd.html

¿Peligro o solución?

Si bien este caso destaca el potencial peligro de la IA cuando se trata de jóvenes emocionalmente vulnerables, no debemos perder de vista el otro lado de la moneda. **La inteligencia artificial ya se utiliza para monitorear las redes sociales y detectar perfiles con riesgo de suicidio, proporcionando ayuda a tiempo y derivando a los usuarios a profesionales de la salud mental.** En lugar de ver a la IA únicamente como una amenaza, puede ser una poderosa aliada en la prevención de suicidios si se emplea de manera adecuada (igual que cualquier otra tecnología).

De hecho, un artículo publicado en 2022 titulado «Inteligencia artificial y prevención del suicidio: una revisión sistemática» subraya este potencial positivo. **Los investigadores principales llevaron a cabo una revisión de estudios realizados entre 2014 y 2020, destacando que la IA puede evaluar el riesgo individual de suicidio de manera eficaz y detectar a las personas en riesgo. Según este análisis, la IA ha demostrado un alto potencial predictivo, con algoritmos capaces de identificar patrones de comportamiento que pueden pasar desapercibidos para los humanos.** Y, aunque su uso aún no está extendido en la práctica clínica, los expertos ven en la IA una herramienta que podría complementar las técnicas de evaluación tradicionales, mejorando la detección de personas en crisis antes de que la situación se vuelva irreversible.

El mal uso

Siendo todo esto cierto, también es verdad que la velocidad a la que está progresando la IA y la falta de supervisión ética y legislativa ha dado pie a aplicaciones socialmente problemáticas. Recordemos el episodio de *Black Mirror* donde un personaje fallecido "revive" a través de un chatbot que imita su manera de hablar. Esa fantasía que parecía imposible cuando estrenaron el episodio ya es posible con los llamados deadbots, que replican a seres queridos fallecidos usando sus interacciones previas en redes sociales. Aunque estos avances pueden ofrecer consuelo, también plantean dilemas éticos: **¿hasta qué punto es positivo para una persona seguir conversando con un reflejo digital de alguien que ha muerto? ¿Podemos controlar el impacto emocional de estas interacciones?**

Sin duda, la IA nos ha puesto un poder inimaginable en las manos y, si bien ha abierto nuevas oportunidades, también ha traído consigo riesgos que aún no hemos explorado del todo. **El triste caso de Sewell, como poco, nos hace reflexionar sobre el papel que jugará la IA en nuestros dramas y alegrías como sociedad.** Porque, a medida que la IA avanza, se hace más evidente la

necesidad de regular su uso y establecer límites claros para proteger a los usuarios más vulnerables.

Una conclusión incómoda

La historia de Sewell Setzer nos invita a preguntarnos: **¿cuándo la responsabilidad recae en la tecnología y cuándo en los entornos que la rodean?** La demanda de la madre de Sewell y la respuesta de Character.AI (quienes han prometido mejorar sus protocolos de seguridad) reflejan el dilema de una sociedad que intenta adaptarse a un ritmo tecnológico vertiginoso y que no encuentra otra forma de hacerlo que con un ensayo y error donde, el “error”, puede cobrarse una vida humana...

Sin embargo, la reflexión no puede detenerse ahí. El acceso a armas de fuego en hogares de Estados Unidos sigue siendo un factor determinante en muchas tragedias como esta, y no podemos ignorarlo mientras señalamos a la IA como la única causa con tan de ganar unos clicks gracias a la última tragedia distópica. **Hablamos de la vida de un joven y no deberíamos hacerlo a la ligera.**

**** Cuatro de cada cien personas han tenido o tienen pensamientos suicidas y acudir a personal especializado puede salvar sus vidas. Recuerda que puedes llamar al 024, línea de atención a la conducta suicida, para encontrar apoyo para ti o para terceras personas ****

QUE NO TE LA CUELEN:

- Las inteligencias artificiales ni piensan ni tienen sentimientos, pero hemos de tener en cuenta lo fácilmente que proyectamos cognición en otros seres. Empatizamos con pequeños robots carentes de ojos... ¿cómo no vamos a establecer vínculos con un chatbot? Ese es uno de los peligros, el nuevo tipo de relaciones que se establecerán y cómo acabarán afectando a nuestra salud mental. ¿Estamos emocionalmente preparados para valernos de esta tecnología? ¿Debería considerarse un tratamiento bajo indicación de profesionales de la salud mental? ¿Debemos familiarizarnos con ellos?

REFERENCIAS (MLA):

- Doe, John. "CharacterAI Lawsuit: Teen Suicide." The New York Times, 23 Oct. 2024, <https://www.nytimes.com/2024/10/23/technology/characterai-lawsuit-teen-suicide.html>. Accessed 24 Oct. 2024.

- Tomasz Hollanek & Katarzyna Nowaczyk-Basińska “Griefbots, Deadbots, Postmortem Avatars: on Responsible Applications of Generative AI in the Digital Afterlife Industry” Philosophy & Technology <http://dx.doi.org/10.1007/s13347-024-00744-w>
- Lejeune, Alban, et al. "Artificial Intelligence and Suicide Prevention: A Systematic Review." European Psychiatry, vol. 65, no. 1, 15 Feb. 2022, e19, doi:10.1192/j.eurpsy.2022.8.

[Mons. McKeon da la voz de alarma: los sacerdotes irlandeses entierran jóvenes que no tenían una razón para vivir](#)

Guarderías en Austria tienen formularios de inscripción con seis opciones de género⁷³



La historia woke llega a los más pequeños

En las ciudades austriacas de Graz y Linz, los formularios de inscripción para jardines de infancia incluyen seis opciones de género, además de «masculino» y «femenino». Políticos conservadores y nacionalistas consideran innecesario plantear cuestiones de género en la educación infantil. El cambio se basa en un fallo del Tribunal Constitucional de 2018, que defiende la inclusión de identidades de género no binarias

24/10/24

(Kath.net/InfoCatólica) En Graz y Linz, los formularios de inscripción para jardines de infancia incluyen seis géneros. Así lo informan medios austriacos como *Heute.at* y *Krone.at*.

⁷³ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=50761>

Además de «masculino» y «femenino», los padres tienen la opción de registrar el género de su hijo como «diverso», «inter», «abierto» o, como sexta opción, no hacer ninguna selección.

Los responsables de ambas ciudades hacen referencia a un fallo del Tribunal Constitucional de 2018, que sirvió de base para la modificación del registro civil. Según el tribunal, las personas intersexuales tienen «derecho a una identidad de género individual y a una inscripción que corresponda a su sexualidad».

El concepto de género es «tan amplio» que incluye otras identidades de género además de «masculino» y «femenino». A la luz del «derecho humano al respeto de la vida privada y familiar», no hay obligación de limitar las inscripciones oficiales de género a «hombre» y «mujer», determinó el Tribunal Constitucional.

La política ha criticado la inclusión de identidades de género adicionales. El concejal de Graz Kurt Hohensinner (ÖVP) considera que las seis opciones son exageradas. En Facebook escribió: «Para mí está claro: biológicamente existen dos géneros. Punto. Ahora se puede debatir si es necesario tener una tercera opción para adultos que no se sienten identificados con ninguno de los dos. Pero plantear esta innecesaria cuestión de género en instituciones de cuidado infantil está completamente fuera de lugar».

Herbert Kickl, líder del FPÖ a nivel nacional, escribió en Facebook: «¿Esto se puede poner aún más loco? Nuestros hijos deben ser protegidos de este circo de géneros».

El concejal de Linz Michael Raml (FPÖ) opinó que el jardín de infancia «debe ser una etapa de despreocupación». Según él, los niños no deberían ser «cargados con cuestiones sociales complejas» en esta fase.

Los lunes y Año Nuevo presentan un mayor riesgo de suicidio, según un estudio internacional⁷⁴

Un equipo internacional con participación española ha analizado qué día de la semana presenta un mayor riesgo de mortalidad por suicidio. Se incluyen datos de incluye más de 1.700.000 casos registrados en 26 países



EM, EL MUNDO, Madrid Jueves, 24 octubre 2024

El riesgo de suicidio es **mayor los lunes y aumenta el día de Año Nuevo**, mientras que la probabilidad de que suceda los fines de semana y en Navidad varía según el país y la región, según un análisis de datos de 26 países publicado por *The BMJ*⁷⁵.

⁷⁴ <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2024/10/24/67193053e85ece41058b45a8.html>

⁷⁵ <https://url.uk.m.mimecastprotect.com/s/tJu2Cyploh7YW26cMhpFx9jar?domain=bmj.com>

Los investigadores afirman que sus resultados pueden **ayudar a comprender mejor las variaciones** a corto plazo en los riesgos de suicidio y definir planes de acción de prevención del suicidio y campañas de concienciación.

Según la Organización Mundial de la Salud, **más de 700.000 personas murieron por suicidio en 2019**, lo que representa aproximadamente el 1,3% de las muertes, lo que fue mayor que el número de muertes por malaria, VIH/SIDA y cáncer de mama.

Estudios anteriores han demostrado que el riesgo de suicidio difiere según el día de la semana, pero los resultados sobre **la asociación entre los principales días festivos y el riesgo de suicidio son inconsistentes** y limitados en su alcance geográfico.

¿Cómo se analizaron los datos?

Para abordar este problema, los investigadores utilizaron la base de datos de la red de investigación colaborativa internacional para analizar los datos de suicidios en **740 lugares de 26 países** y territorios desde **1971 hasta 2019**. Se incluyeron en el análisis un poco **más de 1,7 millones de suicidios**.

Bárbara Oliván Blázquez, profesora de la facultad de Ciencias Sociales y Trabajo de la Universidad de Zaragoza, como apunta SMC, sostiene que **la intención del trabajo es importante para el diseño de estrategias preventivas** por parte de los profesionales sanitarios o por parte del sistema sanitario (mediante TIC u otras estrategias). "Para ello, es fundamental tener el acceso y el conocimiento (y los recursos) suficientes para poder actuar con estas personas que tienen un mayor riesgo", añade.

Durante el período de estudio, la tasa de suicidios fue más alta en Corea del Sur y Japón, Sudáfrica y Estonia, y más baja en Filipinas, Brasil, México y Paraguay. En todos los países, se observaron cifras más altas de suicidios en hombres (frente a mujeres) y personas de entre 0 y 64 años (frente a 65 años o más). En todos los países, el riesgo de suicidio fue más alto los lunes (aproximadamente entre el 15 y el 18 % del total de suicidios) en comparación con otros días de la semana.

El efecto del fin de semana sobre el suicidio fue mixto. Los riesgos fueron más bajos los sábados o domingos en muchos países de América del Norte, Asia y Europa. Sin embargo, aumentó durante los fines de semana en los países de América del Sur y Central, Finlandia y Sudáfrica.

El riesgo aumentó el día de Año Nuevo en todos los países, especialmente en los hombres, mientras que el patrón el día de Navidad varió, con aumentos marginales en América Central y del Sur y Sudáfrica, pero generalmente menor

en América del Norte y Europa. En tres países y regiones del este de Asia donde la gente celebra el Año Nuevo Lunar (China, Corea del Sur y Taiwán), solo Corea del Sur mostró un riesgo de suicidio menor.

Desde la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Internacional de la Rioja (UNIR), la investigadora Laura A.Rico-Urbe destaca que se trata de un estudio con buena calidad ya que incluye el análisis de varios países con diferencias culturales, "lo cual nos ayuda a llegar a conclusiones más globales e incluyentes". Asimismo, revisa varios periodos de tiempo, "lo que **favorece tener en consideración los diferentes momentos históricos**, tanto de eventos sociales como también del paso de los años cuando las personas van haciéndose mayores", expone a SMC.

¿A qué se asocia el mayor riesgo?

Las posibles explicaciones incluyen la angustia por la presión del trabajo al comienzo de la semana y mayores tasas de consumo de alcohol antes y durante el día de Año Nuevo y los fines de semana. Se necesitan más investigaciones para investigar estos factores, dicen los autores.

Más allá de aportar unos datos curiosos con relación a un problema de gravedad como el suicidio, los resultados de este estudio tienen interés porque ponen de relieve el **papel de sus determinantes sociales**, subraya Josep María Suelves, jefe del Servicio de Prevención y Control del Tabaquismo y de las Lesiones en la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

"Los autores exponen algunos de los factores que podrían explicar los motivos de que haya un mayor número de suicidios los lunes y el día de Año Nuevo, como el **'efecto de la promesa rota' que muchas personas experimentan** al volver a exponerse a las condiciones estresantes de la vida laboral al acabar el fin de semana o después de incumplir los buenos propósitos con los que frecuentemente se despide el año", explica Suelves. También el mayor uso de alcohol y otras variables fuertemente asociadas al suicidio como **"la falta de apoyo social y las diferencias de género** podrían contribuir a explicar las variaciones temporales en la mortalidad que este estudio parece confirmar", concluye Suelves.

En otros días festivos nacionales, el riesgo de suicidio se asoció con una disminución leve en muchos países, excepto en los países de América Central y del Sur, donde el riesgo generalmente aumentó uno o dos días después de estos días festivos.

Estos son **hallazgos observacionales** y los investigadores reconocen varias **limitaciones del estudio**, como la posible falta de información o la

clasificación incorrecta de los datos de suicidio en algunos países, y la imposibilidad de evaluar los impactos de diferentes tipos de días festivos (por ejemplo, festivos o días conmemorativos) en el riesgo de suicidio por país.

A estos detalles, Rico-Urbe apunta la necesidad de tener precaución al interpretar los resultados ya que, "aunque incluyan muchos países, no es recomendable extrapolarlos porque es necesario tener en consideración las diferentes características culturales, diferentes formas de relacionarse, variabilidad en fechas de festividades, diversidad de religiones y creencias, y una amplia gama de sistemas de salud, al igual que diferentes protocolos para la recolección de datos de suicidio".

Sin embargo, los investigadores manifiestan que los hallazgos "**proporcionan evidencia científica novedosa a escala global**, que puede ayudar a establecer programas de prevención y respuesta al suicidio más específicos relacionados con los días festivos y el día de la semana".

Suelves afirma tajante que "el suicidio es un grave problema social y de salud pública, que se estima que causa anualmente la muerte de, al menos, 720.000 personas en todo el mundo y un número mucho mayor de afectados, entre los que se incluyen quienes han sufrido la pérdida irreparable de un ser querido. **En España fallecieron el año pasado al menos 3.952 personas a consecuencia del suicidio**, una cifra que esconde tragedias que ninguna estadística puede reflejar completamente".

Ver también

Salud mental [Tres de cada diez españoles reconocen que tienen problemas de salud mental](#)

Prevención del suicidio [Todos los reportajes de la serie Once Vidas](#)

Estudio indica que los bloqueadores de pubertad no ayudan a la salud mental de los menores con disforia de género⁷⁶

Ha sido financiado por el gobierno de EE.UU y no se está difundiendo



Johanna Olson-Kennedy, directora de la clínica de salud transgénero del Children's Hospital de Los Ángeles, retuvo la publicación de un estudio de \$6 millones sobre bloqueadores de pubertad, al no evidenciarse beneficios en la salud mental de los menores participantes. El informe de *The New York Times* destaca que los resultados podrían haber sido ocultados para evitar críticas a la transición de género en menores.

25/10/24

(CNA/InfoCatólica) Una investigación financiada por el Instituto Nacional de Salud de EE.UU. (NIH) con un presupuesto de casi \$6 millones no mostró beneficios de los bloqueadores de pubertad en la salud mental de niños diagnosticados con disforia de género, según informó *The New York Times*. Johanna Olson-Kennedy, directora del estudio y figura clave en la atención a menores con disforia de género, decidió retrasar la publicación de los hallazgos al considerar que podrían ser utilizados en contra de los tratamientos hormonales en menores.

⁷⁶ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=50764>

El estudio, iniciado en 2015, incluyó a 95 menores de aproximadamente 11 años de edad y fue diseñado para observar los efectos de los bloqueadores de pubertad en su bienestar mental durante un periodo de dos años. Sin embargo, casi una década después de su inicio, los resultados aún no han sido publicados. Al ser cuestionada por *The New York Times*, Olson-Kennedy explicó que los datos recopilados no mostraban mejoras significativas en la salud mental de los participantes, lo que la llevó a posponer la publicación por temor a que los datos fuesen utilizados para limitar el acceso a estos tratamientos.

La decisión de Olson-Kennedy de no hacer públicos estos resultados ha suscitado críticas de expertos en ética médica. Jane Anderson, vicepresidenta del Colegio Americano de Pediatras, subrayó la importancia de divulgar los resultados de investigaciones financiadas con fondos públicos, independientemente de sus conclusiones. Por su parte, el P. Tadeusz Pacholczyk, del Centro Nacional Católico de Bioética, añadió que «ocultar resultados negativos priva a los pacientes y médicos de información clave para la toma de decisiones clínicas».

El NIH, financiador del estudio, se negó a comentar sobre esta situación. En paralelo, otros investigadores han expresado preocupaciones sobre los posibles efectos secundarios de los bloqueadores de pubertad, como problemas de fertilidad y desarrollo óseo. Un estudio de la Clínica Mayo publicado este año sugiere que los efectos adversos podrían ser significativos y permanentes en algunos casos.

El debate sobre el uso de bloqueadores de pubertad en menores también se extiende a nivel internacional. Este año, el Reino Unido suspendió el uso de bloqueadores de pubertad en menores tras una revisión independiente que concluyó que no existían pruebas concluyentes sobre sus beneficios. En Europa y en más de 20 estados de EE.UU., se han implementado prohibiciones o restricciones en estos tratamientos para menores.

La controversia se ha intensificado en medio de la discusión sobre la ética y transparencia en los estudios médicos relacionados con la transición de género, mientras varios expertos insisten en la necesidad de estudios objetivos y públicamente accesibles para proteger la integridad científica y el bienestar de los pacientes.

El parlamento irlandés admite un informe favorable al suicidio asistido

No significa que se apruebe una ley al respecto

El parlamento irlandés ha admitido un informe que recomienda legalizar la



muerte asistida en casos específicos. Se trata de un acto parlamentario que reconoce la existencia y el contenido del informe, pero que no lo convierte en ley ni obliga al gobierno a implementar las recomendaciones que contiene.

25/10/24

(Crux/InfoCatólica) El Dáil -parlamento irlandés-, votó para anotar(*) el informe final del Comité Conjunto de Oireachtas sobre Muerte Asistida, que insta a la República de Irlanda a legalizar la muerte asistida en ciertas circunstancias restringidas. La votación fue de 76 a favor y 53 en contra.

El diputado independiente Michael Healy-Rae, presidente del Comité de Oireachtas sobre Muerte Asistida, no estaba a favor del informe.

«No creo que sea tarea de un legislador acelerar a alguien en ese camino», dijo a RTÉ.

«Actualmente, si ayudas a alguien a morir en Irlanda, recibirás una sentencia de cárcel obligatoria por hacerlo», agregó.

«Lo que se sugiere en este informe es que, en ciertas y limitadas circunstancias, podrías ayudar a alguien en el camino hacia la muerte sin sufrir una penalización legal por ello. Es un movimiento muy serio», continuó.

«He escuchado las pruebas aportadas por psiquiatras que también argumentaron que, en su terminología, podría conducir a una pendiente resbaladiza, con un número creciente de personas buscando acabar con sus vidas por diversas razones», añadió.

«Sé que hay casos difíciles, pero los casos difíciles producen malas leyes», dijo Healy-Rae.

Eilís Mulroy, de la Campaña Pro Vida, afirmó en un comunicado que es importante reconocer que la votación no fue sobre el tema de la eutanasia o el suicidio asistido en sí, «sino sobre si anotar el informe radical y de gran alcance del Comité Conjunto sobre Muerte Asistida, que pedía la introducción de la eutanasia/suicidio asistido».

«Hubiera sido preferible que una mayoría de diputados votara No. Es evidente por los comentarios de muchos miembros de Oireachtas en los últimos días que no han reflexionado o estudiado las recomendaciones extremas contenidas en el informe del JCAD», dijo.

«Además de reducir el valor de la vida humana y socavar las campañas anti-suicidio, la introducción de la eutanasia/suicidio asistido en Irlanda tendría el efecto de disminuir la inversión en cuidados paliativos e inevitablemente llevaría a ciertos grupos vulnerables a sentir una creciente presión para optar por la eutanasia/suicidio asistido, como ha sucedido en el pequeño número de países que han tomado este camino», continuó Mulroy.

«Significativamente, el impulso por la eutanasia/suicidio asistido ha sido rechazado por organismos profesionales como el Colegio de Psiquiatras de Irlanda y la Asociación Irlandesa de Consultores en Medicina Paliativa. Sinceramente espero que los diputados tengan en cuenta esto en el futuro», agregó.

«El enfoque de Oireachtas debería ser promover la asistencia para vivir, no la asistencia para morir. Hay tanto trabajo positivo y de afirmación de la vida que debe hacerse en esta área, y los candidatos en las próximas elecciones generales tienen el deber de declarar claramente su postura sobre el tema, para que los votantes no tengan dudas respecto a su posición», añadió Mulroy.

Los obispos irlandeses también han pedido un mayor enfoque en los cuidados paliativos.

«Sin embargo, es nuestra experiencia que, en las últimas semanas de una enfermedad terminal, muchas personas pueden recibir ayuda para experimentar crecimiento humano y espiritual», dijeron en un comunicado a principios de este año.

«Frente a la realidad de su propia mortalidad, pueden y llegan a comprenderse mejor a sí mismos y a experimentar el amor de familiares y amigos. Este puede ser un tiempo en el que se sanan viejas heridas y las personas encuentran paz interior. Este proceso es apoyado a través de los cuidados paliativos y pastorales, que ponen el foco en las necesidades de la persona en su totalidad», señaló el comunicado de los obispos.

«La Iglesia no insiste, ni nunca ha insistido, en el uso de medios extraordinarios para prolongar la vida. Tampoco hay obligación moral de que una persona enferma acepte un tratamiento que considere excesivamente oneroso», añadieron los obispos.

«Sin embargo, una decisión de poner fin a la vida prematuramente corta cualquier posibilidad de crecimiento o sanación y representa una falta de esperanza. Es, sin duda, mucho mejor cuando se afirma y apoya la libertad de una persona para vivir, dentro de una comunidad de cuidados compasiva», concluyeron.

(*) *Anotar* significa simplemente tomar nota o reconocer oficialmente el informe del Comité Conjunto de Oireachtas sobre Muerte Asistida sin aprobarlo ni rechazarlo formalmente. Es un acto parlamentario que reconoce la existencia y el contenido del informe, pero que no lo convierte en ley ni obliga al gobierno a implementar las recomendaciones que contiene. En lugar de una aceptación total, es un reconocimiento que permite que el informe se registre y forme parte del debate público y parlamentario sobre el tema.

¿Qué fue de la investigación con células madre?⁷⁷

Luis I. Amorós, el 21.10.24

Al inicio de esta bitácora, allá por el ahora lejano marzo de 2010, uno de los **temas estrella de la bioética**, y que traté con cierta prolijidad en esta serie de artículos⁷⁸, era el de la **investigación con células madre (CM)**, que llevaba más de diez años desarrollándose a nivel práctico, para su empleo en la **medicina regenerativa**. Con el objeto de obtener medios para curar enfermedades neurológicas graves (entre otras), se animaba desde todos los poderes a investigar “como fuese” el medio de obtener esas **maravillosas células indiferenciadas que podrían dar lugar a cualquier célula hija y regenerar tejidos dañados** que no se podían autorreparar.

Ya en el primer artículo que dediqué a ello⁷⁹, el 9 de marzo de 2010 (el segundo publicado en esta bitácora) dejaba claro que la vía del estudio con **células madre de origen embrionario (CME)** estaba llamada a convertirse en vía muerta, a pesar de los miles de millones de euros o dólares (buena parte públicos) que se invertían en ella. Que el **futuro**, no sólo ético sino práctico, eran las **células madre de origen adulto (CMA)**, es decir, tomadas del propio paciente y manipuladas para “hacerlas inmaduras” y que pudieran dar lugar a una nueva línea celular. En cierto modo, intentar imitar lo que algunos tejidos (como la piel o el hígado) sí pueden realizar de forma natural.

Pero mientras este último proceso es múltiple, laborioso y personalizado, las CME prometían lograr **patentar la “célula mágica”** en sí; es decir, un producto manufacturable y aplicable a cualquier paciente como si fuese un medicamento estandarizado. **La piedra filosofal de la medicina regenerativa**. El negocio del siglo en ese campo de la salud.

Ningún investigador “notorio” se preocupó jamás de dónde venían esas células: de **seres humanos creados artificialmente y “desechados”**. Mientras las legislaciones limitaban o prohibían la experimentación no consentida con adultos o la investigación en primates, los seres humanos no natos eran despiezados y empleados como materia prima para toda clase de pruebas. Esta filosofía provenía de la **despersonalización del embrión** obtenida previamente por la ideología abortista. Una vez aceptado que el embrión podía ser matado

⁷⁷ <https://www.infocatolica.com/blog/matermagistra.php/2410210918-title#more46063>

⁷⁸ <https://www.infocatolica.com/blog/matermagistra.php/celulasmadre/>

⁷⁹ <https://www.infocatolica.com/blog/matermagistra.php/1003091204-moral-ciencia-y-equivocacione>

por orden de su madre (y sin ninguna razón objetiva), es obvio que su valor personal desaparecía, y se abría la oportunidad de obtener beneficio con él empleándolo como producto.

La avaricia rompió el saco, y no hacía falta ser profeta para saberlo. Por desgracia, por motivos prácticos (las células madre embrionarias generan rechazo y son muy difíciles de manejar), y no por el respeto a la vida humana desde su concepción que la Iglesia enseña en su magisterio al respecto (véase particularmente *Donum Vitae* [I, 4 y 5](#))⁸⁰. Literalmente miles de millones arrojados al cubo de la basura en unas investigaciones que era previsible que tendrían insalvables problemas técnicos, pero sobre todo que **trataban a seres humanos como materias primas desechables**.

La campaña a favor del empleo de CME fue brutal, con graves acusaciones de “oponerse al avance de la ciencia”, o “sacrificar vidas por antiguos dogmas morales” (que humor más negro viniendo esa acusación de proabortistas) a los que la rechazaban, particularmente la Iglesia (puede verse un resumen en el primer artículo publicado entonces en esta bitácora⁸¹ que cito más arriba) fue poco a poco amainando, conforme **las legislaciones permitían la experimentación con embriones y los resultados no llegaban**. Y durante diez años ha habido un **silencio casi atronador en los medios generalistas**. La medicina regenerativa sigue aún en sus pasos iniciales, con unos pocos mecanismos regeneradores en funcionamiento, no especialmente desarrollados (algunos aún experimentales), y **todos ellos procedentes de CMA**.

El lector interesado puede repasar este artículo editorial de la revista *Biochimica et biophysica acta* de diciembre de 2019⁸², en el que ya únicamente se habla de las investigaciones en curso con células madre adultas. De hecho, basta echar un vistazo a los últimos artículos presentados y publicados por la revista *Nature* al respecto dentro de este año de 2024⁸³.

Todos ellos, sin excepción, desarrollan líneas de investigación de iPS (**células madre pluripotenciales inducidas**), es decir, CMA del propio paciente, a las que se somete a diferentes técnicas para desdiferenciarlas (es decir “inmadurarlas”) de modo que se convierten en células madre, casi siempre con una única línea de potencial diferenciación. En otras palabras, **se les lleva a un punto donde pueden dar lugar a la producción de las células que el paciente necesita para regenerar su tejido** (las más codiciadas son las neurales o las

⁸⁰https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_sp.html

⁸¹ <https://www.infocatolica.com/blog/matermagistra.php/1003091204-moral-ciencia-y-equivocacione>

⁸² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31862303/>

⁸³ <https://www.nature.com/subjects/stem-cells>

musculares cardíacas, pero también hay óseas, pancreáticas, etcétera). Y no se lleva la desdiferenciación más allá (hasta convertirlas en totipotenciales como las del embrión más inmaduro), porque no es necesario para la curación del paciente, y por tanto, resultaría **antieconómico**.

No pocos de esos estudios, en sus introducciones, ponderan del uso de células madre adultas que son **éticamente inobjektivos, como algo positivo** (por ejemplo “*Las células iPS derivadas de células somáticas específicas del paciente no solo son éticamente aceptables*” en este artículo)⁸⁴. La verdadera razón para que sean empleadas, sin embargo, es que evitan **numerosos inconvenientes que sí presentan las CME**: rechazo del huésped (precisando tratamientos inmunosupresores con todos sus riesgos y secuelas), posible oncogénesis (formación de cánceres por crecimiento descontrolado) o los riesgos derivados del empleo de virus como herramienta para su secuenciación. Pero si podemos “vender” el abandono de una línea de investigación fracasada como consecuencia de responsabilidades éticas, queda mejor ante la historia.

En otras palabras, las razones por las que los estudios de medicina reparativa con células madre se hagan ya únicamente con las del propio paciente, y no con las de origen embrionario **han resultado ser enteramente prácticas**. Por desgracia la ética en la investigación científica ya no se basa en el **principialismo** (los cuatro principios básicos de la bioética: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia) sino en el **utilitarismo social**, que con frecuencia enmascara un mero mercantilismo (o, mejor dicho, afán de lucro) que busca el máximo beneficio económico en el campo de la salud de modo no diferente al de cualquier otra área comercial.

Existen no obstante grupos marginales que mantienen la utilidad de las células madre de origen embrionario. Perdura aún en un pequeño grupo de fanáticos el sueño de ese “**El Dorado**” que **representa la capacidad teórica de dar lugar a cualquier línea celular**, el “gordo” de la lotería para el que lo gane. Las técnicas para intentar controlar el “desmadre” de las células más inmaduras del embrión siguen estancadas en el mundo de la teoría. No han salido de los laboratorios, y **las empresas invierten para tener resultados tangibles**, no promesas a largo plazo. En este artículo de 2021⁸⁵, por ejemplo, donde siguen apoyando la (ahora hipotética) investigación aplicada con células madre embrionarias, acaban reconociendo que su **mayor utilidad clínica actual es la investigación sobre los procesos de proliferación de las células**

⁸⁴ <https://www.nature.com/articles/s41420-024-02176-z>

⁸⁵ <https://www.cnio.es/noticias/publicaciones/estado-optimo-celulas-madre-embriónicas-para-uso-medicina-regenerativa/>

cancerosas... interesante, sin duda, pero no muy “tranquilizador” para aplicarlo en medicina regenerativa. Sin contar que los estudios con embriones de rata o chimpancé hubiesen probablemente dado información igual de relevante sin sacrificar vidas humanas.

Los católicos podemos anotar el epílogo de esta historia en la larga lista de **advertencias que hizo el magisterio de la Iglesia** sobre el empleo (in)moral de la biotecnología y que, siendo desgraciadamente desechadas, resultaron posteriormente ser ciertas (clonación humana, eutanasia eugenésica, entre otras).

Esta que nos ocupa, en concreto, proviene de un doble origen: primeramente, de la **mentalidad abortista**, que postula que el embrión es digno de ser considerado persona únicamente dependiendo de la voluntad de su madre, a la que pasa a pertenecer como si fuese un objeto (no muy distinto de la mentalidad esclavista, por mucho que escueza oírlo a los abortistas). Secundariamente, de la legalización y liberalización de la **nefasta fecundación *in vitro***, presentada como la maternidad a la carta (la mayoría de los que hoy en día recurren a ella carecen de imposibilidad biológica de concebir, más allá de haber esperado a edades inconvenientes, o haber pulverizado sus propios ciclos fértiles con prolongados tratamientos hormonales innecesarios), que la Iglesia ya advirtió en su momento que producirían **la idea aceptada de “fabricación de personas”**, como así ha sido.

Lo que se concibe es un hijo, lo que se fabrica un producto. Y como producto que es, puede ser amado o rechazado, pero siempre desde la posición de sujeto dominante, no desde la de progenitor donante.

El único consuelo es que muchos gobiernos, con intolerable y sangrante retraso, han ido **prohibiendo la fecundación de más óvulos de los que se iban a implantar** en la mujer. Con ello no han modificado el vicio original de separar procreación de unión conyugal, pero al menos han ahorrado seguir produciendo los horribles “embriones sobrantes”, un término que hierde en el alma por su despiadada brutalidad.

Pero **vivimos tiempos bárbaros**, en los que todo aquello de la dignidad intrínseca del ser humano, o la belleza de la transmisión de la vida son ignorados, o como mucho empleados como proclamas vacías para anestesia de conciencias o enmascaramiento de intereses turbios.

Querido lector, aventuro que con este artículo **podré cerrar para siempre el apartado de la investigación con células madre en esta bitácora**, salvo novedad muy radical. La medicina regenerativa, afortunadamente, ya ha

entrado en la definitiva senda del empleo de las células del propio paciente para reparar las dañadas, como es ética y lógicamente necesario, alejándose de la más descarnada y abierta comercialización de seres humanos en fase de embrión.

Y la Iglesia católica, gracias a Dios, seguirá defendiendo el valor intrínseco de toda vida humana, desde su concepción natural hasta su muerte natural. Ese es el marco eterno, porque es el correcto. Porque es lo que Dios quiere.

Conciencia y sedación al final de la vida⁸⁶

|

Por José Lim, 7 de octubre de 2024

La conciencia no es simplemente un fenómeno del que se puede prescindir arbitrariamente o suprimir a voluntad: es un elemento crítico de la experiencia humana, particularmente en el último capítulo de la existencia terrena, durante el cual uno se enfrenta cara a cara con el misterio del sufrimiento y el sentido de la vida.



Imagen de [motortion](#) y licenciada a través de [Adobe Stock](#).

La muerte y el morir a menudo generan ansiedad y miedo, en particular en relación con el tema del dolor y el sufrimiento. La cuestión del alivio adecuado y proporcionado del dolor y el sufrimiento ha sido durante mucho tiempo una de las principales preocupaciones en toda la amplia gama de la medicina moderna. Si bien los avances en las intervenciones farmacológicas durante el siglo pasado ciertamente han aliviado síntomas que antes se percibían como incontrolables, en el cuidado de los enfermos terminales siguen existiendo algunos síntomas que solo pueden aliviarse suficientemente mediante la

⁸⁶ <https://www.thepublicdiscourse.com/2024/10/96064/> Original en inglés.

supresión parcial o total de la conciencia del paciente. Tales intervenciones a menudo implican la administración de altas dosis de anestesia, lo que presenta varios riesgos, incluido el potencial de acelerar la muerte y privar a los pacientes de una experiencia consciente de sus últimos días.

El envejecimiento de la población, combinado con los avances en el cuidado de la salud, especialmente en las intervenciones para el mantenimiento de la vida, ha traído nueva luz a esta cuestión, especialmente porque la muerte y el proceso de morir ya no son realidades con las que nos topamos habitualmente, sino que están aislados en los pasillos de los hospitales y los asilos de ancianos. Los campos de los cuidados paliativos y los hospicios presentan un desafío particular para el equipo de atención médica moderno, ya que existe una tensión moral entre aliviar el sufrimiento del paciente y el principio de no maleficencia (la obligación moral de evitar infligir daño a otra persona), con énfasis en la importancia de la conciencia del paciente. Lo que muchos no saben es que esta tensión moral fue abordada mediante una carta del Papa de la Iglesia Católica Romana a mediados del siglo XX y desde entonces ha sido la base de todas las enseñanzas magisteriales posteriores sobre el uso proporcionado de anestésicos y sedación.

El Vaticano interviene

En febrero de 1957, desde el palacio apostólico de la Ciudad del Vaticano, el Papa Pío XII redactó una carta en respuesta a una serie de preguntas que le había planteado la Sociedad Italiana de Anestesiología. Relativamente desconocida hoy en día, esta carta de hace casi setenta años abordaba temas que siguen siendo puntos de discusión importantes en el campo del tratamiento del dolor, al tiempo que abordaba la tensión entre la paliación adecuada del sufrimiento y la preservación de la conciencia del paciente.

Pío XII, al referirse⁸⁷ al uso de anestésicos durante la enfermedad y el proceso de morir, estableció firmemente que si bien una persona puede ofrecer libre y heroicamente su dolor y sufrimiento como expresión libre de purificación y adhesión al sufrimiento de Cristo, no existe una obligación moral estricta para un cristiano de sufrir dolor físico. Una persona con conciencia tranquila puede, teniendo presente la proporcionalidad, utilizar los medios médicos y farmacológicos disponibles para aliviar el sufrimiento físico.

Pío XII también reconoció que, con los agentes anestésicos, que por naturaleza disminuyen la sensibilidad al dolor físico, puede haber también una pérdida simultánea parcial o total de la conciencia y, por lo tanto, la supresión de las

⁸⁷ <https://feamc.eu/analgesia/>

facultades superiores. Estas facultades superiores, como las facultades afectivas e intelectuales, son esenciales para la acción libre y moral y, por lo tanto, no deben suprimirse sin una causa grave. Debido a la importancia que gozan estas facultades superiores, el Papa aclaró en su discurso que uno no puede ofuscar tales facultades simplemente por placer o intoxicación; la anestesia debe reservarse únicamente para la intención de aliviar el dolor físico con efectos secundarios previstos y tolerados de la supresión de la conciencia. La Congregación para la Doctrina de la Fe (ahora conocida como el Dicasterio para la Doctrina de la Fe) ha afirmado este principio en su *Declaración sobre la Eutanasia (1980)*, el *Evangelium Vitae* del Papa Juan Pablo II (1995) y en varios discursos de posteriores pontífices romanos.

En 2020, la congregación se hizo eco del discurso de Pío XII sobre la licitud del uso proporcionado de la sedación, con un enfoque específico en el cuidado de los enfermos terminales. El documento *Samaritanus Bonus*⁸⁸ reconoció que, si bien puede ser admirable vivir con el dolor físico como una ofrenda a Dios a la luz del misterio de la redención, la congregación también afirmó la licitud moral del uso de sedantes para ayudar a los pacientes a experimentar una sensación de paz a medida que se acercan al final de la vida, siempre que se haga con el consentimiento informado del paciente. Lo que la congregación destaca no es solo la necesidad de un uso prudente y proporcionado de anestésicos y sedación al final de la vida, sino el valor fundamental de la conciencia humana durante el proceso de morir y los roles vitales de los cuidadores y la comunidad humana para aquellos que se acercan a la muerte. Esto arroja luz sobre el hecho de que incluso en los últimos momentos de la vida, existe un profundo valor y una oportunidad para la auténtica realización humana.

Privar a alguien del santuario sagrado de la conciencia en un capítulo tan crítico de su vida nunca debe hacerse de manera casual o sin una causa seria.

La conciencia al final de la vida

El valor de la conciencia reside en que permite el ejercicio activo de las facultades intelectuales y afectivas de la persona humana, haciendo posible la autorreflexión, el juicio y la interacción con los demás y con el mundo circundante. Esto permite la acción libre y moral de la persona humana, para su propio bien y para el bien de todos. Esta experiencia humana fundamental no cesa con el proceso de morir, sino que se intensifica, convirtiéndose en una oportunidad única para que la persona recuerde las experiencias pasadas y reflexione sobre la propia vida terrena en su totalidad. La conciencia también

⁸⁸https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_en.html

permite al hombre la oportunidad de contemplar y evaluar su propia vida y sus acciones de acuerdo con la conciencia, una experiencia profunda tanto de intimidad con Dios como de unidad con toda la humanidad, como se define⁸⁹ en la constitución pastoral del Concilio Vaticano II:

El hombre tiene en su corazón una ley escrita por Dios, y obedecerla es la dignidad misma del hombre, y según ella será juzgado.(9) La conciencia es el núcleo más secreto y el santuario del hombre, donde está solo con Dios, cuya voz resuena en su interior. De manera admirable, la conciencia revela aquella ley que se cumple en el amor a Dios y al prójimo. En la fidelidad a la conciencia, los cristianos se unen a los demás hombres en la búsqueda de la verdad y de la solución genuina a los numerosos problemas que surgen en la vida de los individuos a partir de las relaciones sociales.

Privar a alguien de la conciencia y de su santuario sagrado en un capítulo tan crítico de la vida nunca debería hacerse a la ligera o sin una causa seria. La supresión parcial de la conciencia en los cuidados paliativos sólo debería aplicarse en las circunstancias más graves, como en los casos de dolor extremo e incontrolable, mientras que la supresión total de la conciencia humana (como se observa en la sedación profunda continua, que ofrece su propio conjunto de complicaciones) debe considerarse como un último recurso cuando todos los demás recursos han fallado.

Teniendo esto en cuenta, el proceso de morir se convierte en una oportunidad única para que las personas busquen la plenitud del bien en sus vidas. Al lado del lecho de muerte de alguien que está gravemente enfermo y moribundo, es posible vivir momentos profundos de reconciliación, perdón, reflexión, oración y esperanza, si se les da la oportunidad. A través de ese intercambio, la persona moribunda puede experimentar el amor y el cuidado de los demás, sacudiéndose el aislamiento y la desesperación que tan a menudo afligen a quienes se acercan a la muerte. El lecho de muerte, por tanto, se convierte en un lugar sagrado a través del cual la persona moribunda puede experimentar la empatía, la compasión y el consuelo de la comunidad humana. De esta manera, cuando una persona se acerca a su propio fin terrenal, este momento puede ser una experiencia preciosa y profunda de la propia dignidad y valor singular a través tanto de la propia reflexión como del cuidado compasivo de los demás. De esta manera, la experiencia consciente de una persona llega a su plenitud durante sus últimos días.

⁸⁹https://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_en.html

Por tanto, quienes se dedican a los cuidados paliativos ocupan un lugar privilegiado en este ministerio, al permanecer junto al lecho de quienes se acercan a su fin terrenal. Dan testimonio de su dignidad inherente y de su valor único como personas humanas. La familia, los amigos y los cuidadores de las personas en este tiempo precioso tienen un papel único e irremplazable, ya que son los principales facilitadores de la compasión y el apoyo a sus seres queridos. Este acompañamiento, a menudo marcado por baños en la cama, comidas, conversaciones tiernas y otros momentos de entrega sacrificial de sí mismo, aunque a menudo se pasa por alto y se olvida en una sociedad tan centrada en la eficiencia y la autonomía, es una expresión única y esencial de la humanidad y de la capacidad de cuidar a otro.

La necesidad de este tipo de atención exige una reforma en la educación y la formación de quienes trabajan en el ámbito sanitario, en particular en el de quienes se encuentran en centros de cuidados paliativos y hospicios, para que respeten la naturaleza inviolable de la vida, especialmente en situaciones de enfermedad grave o terminal. Este tipo de atención a los más pequeños y vulnerables de una sociedad refleja un llamamiento más amplio que todos estamos llamados a compartir, como propuso el Papa Benedicto XVI en su discurso de febrero de 2008⁹⁰ sobre el cuidado de los enfermos incurables y moribundos a la Academia Pontificia para la Vida:

Un mayor respeto a la vida humana individual pasa inevitablemente por la solidaridad concreta de todos y cada uno, constituyendo uno de los desafíos más urgentes de nuestro tiempo.

La muerte siempre ha estado envuelta en un velo de miedo y misterio. En los últimos días de la vida, el miedo al sufrimiento no se limita sólo al dolor físico que a menudo acompaña a la muerte, sino que se extiende también al dolor existencial y espiritual provocado por experiencias de arrepentimiento, soledad y desesperación. La muerte también puede ser una oportunidad extraordinaria para que una persona reflexione sobre la vida como un todo integrado, mientras que el acompañamiento y el cuidado de quienes transitan sus últimos días permite que las virtudes de la humanidad brillen con mayor esplendor. La conciencia, por tanto, no es simplemente un fenómeno del que se puede prescindir arbitrariamente o suprimir a capricho: es un elemento crítico de la experiencia humana, particularmente en el último capítulo de la existencia terrena, durante el cual uno se enfrenta cara a cara con el misterio del sufrimiento y el sentido de la vida. Que uno esté cerca de la muerte no significa

⁹⁰https://www.vatican.va/content/benedict-xvi/en/speeches/2008/february/documents/hf_ben-xvi_spe_20080225_acd-life.html

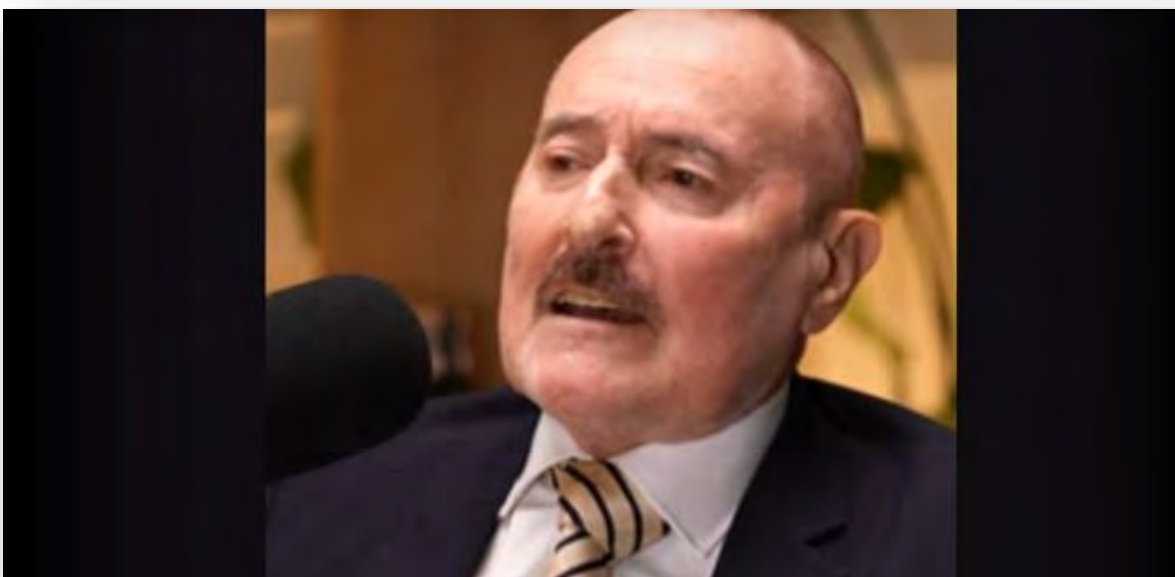
que esté privado de sentido o de dignidad. Todo lo contrario. Al final de la vida, el hombre tiene derecho a saber que su vida ha tenido importancia.

Publicaciones relacionadas

- La pena capital, la santidad de la vida y la dignidad humana
Matar intencionalmente siempre es malo, y el apoyo a la pena capital a menudo surge de un malentendido...
- Floreciendo al final de la vida
Morir es parte de la vida, pero la mayoría de las personas temen sus últimos días. El fin de...
- Los médicos no pueden atender tanto la muerte como la vida
Un médico no puede trabajar verdaderamente y con todo el corazón para devolver la salud a su paciente si...

El profesor Mark Glaser critica el Proyecto de Ley de suicidio asistido⁹¹

El suicidio asistido sería un «desastre» para los enfermos de cáncer, advierte el médico de Mo Mowlam



©Screenshot YouTube@MrJonsac

La discusión en torno a la legalización del suicidio asistido ha cobrado fuerza en el Reino Unido, con expertos como el Prof. Mark Glaser advirtiendo sobre las implicaciones de este tipo de legislación. Glaser, quien trató a la ex Ministra Mo Mowlam, destaca que las predicciones sobre el tiempo de vida de los pacientes a menudo son inexactas.

26/10/24

(CatholicHerald/InfoCatólica) El especialista en cáncer que trató a la ex Ministra del Gabinete Laborista, Mo Mowlam, ha advertido que la legalización del suicidio asistido provocará la muerte prematura de pacientes que podrían sobrevivir durante años.

⁹¹ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=50778>

El profesor Mark Glaser, oncólogo consultor, señaló que si el Proyecto de Ley para Adultos en Fase Terminal (Fin de Vida) de Kim Leadbeater se convierte en ley, sería un «desastre» para pacientes como la Dra. Mowlam, quien desafió las expectativas de muerte inminente y vivió varios años.

El Proyecto de Ley tiene como objetivo permitir el suicidio asistido para pacientes terminales que los médicos estimen tengan menos de 12 meses de vida.

El Prof. Glaser, exjefe de servicios de cáncer del Imperial College Healthcare NHS Trust, afirmó que la legislación propuesta no se basa en evidencia científica.

Aseguró que ningún médico, «por muy bueno o famoso que sea», puede predecir con precisión significativa cuándo morirá un paciente, y sugirió que muchas veces las estimaciones son sorprendentemente erróneas.

Dijo que a la Dra. Mowlam, Secretaria para Irlanda del Norte en el gobierno de Tony Blair, le habían dado «meses» de vida tras su diagnóstico de un tumor cerebral agresivo en 1996, pero sobrevivió hasta 2005.

Bajo su cuidado, la Dra. Mowlam negoció el Acuerdo de Viernes Santo de 1998, que puso fin a los conflictos en Irlanda del Norte tras 30 años de violencia terrorista y paramilitar.

La extraordinaria lucha de la Dra. Mowlam contra el cáncer fue narrada en la película *Mo* de 2010, protagonizada por Julie Walters, donde el Prof. Glaser fue interpretado por el actor Toby Jones.

El Dr. Glaser recordó: «Puedo recordar varios pacientes que vinieron a mí – algunos para una primera o segunda opinión– con informes que indicaban un pronóstico de meses, y siguen siendo mis pacientes 10, 12, 15 o 20 años después.

«Decir que existe un límite específico para una enfermedad determinada es completamente y totalmente erróneo», afirmó.

«Mo Mowlam no vivió los seis, 12 o 15 meses que su pronóstico y la literatura científica pronosticaban para su caso. «Vivió ocho años y, tras retirarse de la política, tuvo una vida muy productiva y útil».

El Prof. Glaser dijo: «La mayoría de mis colegas y yo mismo pensábamos que tenía meses de vida.

«Eso es lo que la literatura me enseñó, lo que la ciencia me enseñó, lo que mi formación en radioterapia y un medicamento en el que trabajaba me habían enseñado, pero me di cuenta de que ella era optimista y quería seguir adelante.

«Me preguntó: ‘Mark, ¿sufiré con el tratamiento? ¿Sufiré con la radioterapia? ¿Sufiré con la quimioterapia? ¿Estaré agitada, tendré náuseas, tendré dolor?’.

«Me hizo todas esas preguntas, pero yo pude responder con confianza que todos esos síntomas podían controlarse.

«Respondí rápidamente, sin pensarlo mucho: ‘Controlaré las náuseas, controlaré el dolor, controlaré los efectos secundarios, excepto la caída del cabello. Te sentirás bien en tu trabajo’.

«Todo lo que la Dra. Mowlam mostró en ese momento pudimos controlarlo hasta el punto de que desempeñó un papel inmenso en la consecución del Acuerdo de Viernes Santo.

«Esto demuestra cuánto pueden manejarse los síntomas de una enfermedad: dolor, agitación, depresión, movilidad limitada – todo puede aliviarse».

Señaló que las afirmaciones de los activistas de la eutanasia de que un tercio de los pacientes muere con dolor son falsas, y añadió: «Esto me estremece profundamente, porque tenemos numerosos agentes para aliviar el dolor».

El Proyecto de Ley fue presentado la semana pasada en la Cámara de los Comunes por la diputada laborista Kim Leadbeater, y tendrá su segunda lectura el 29 de noviembre.

Será la primera oportunidad para que los diputados voten sobre el suicidio asistido desde 2015, cuando el último intento de cambiar la ley fue derrotado por 330 votos contra 118.

Si se aprueba, el Proyecto de Ley creará una cultura de desesperanza en el sistema de salud, conducirá a un tratamiento de menor calidad y a una reducción de los recursos, y obstaculizará la investigación de nuevas terapias, dijo el Prof. Glaser.

«Será un desastre para los pacientes del NHS», afirmó, «pero podría ser bueno para el presupuesto del NHS... podría ahorrarle miles de millones de libras».

El cuidado al final de la vida empeorará, predijo, ya que el suicidio asistido se convertirá en una opción atractiva desde el punto de vista financiero para acortar el cuidado de pacientes que se consideran moribundos.

Dijo: «¿Deberían los enfermos tener estos recursos? ¿Solo los jóvenes y sanos deberían tener estos recursos?»

«Como oncólogo, como médico con tanta experiencia, digo que no nos corresponde como sociedad decidir quién recibe los recursos de la vida y la muerte, de morir y vivir».

Aseguró: «Hay cientos de miles de pacientes a quienes se les da por desahuciados y viven infinitamente más que su pronóstico.

«En mi propia práctica tengo pacientes con una supervivencia actuarial de aproximadamente un año y están vivos 10 años después.

«Me siento agradecido de no haberles aconsejado el suicidio asistido, de no haberles ofrecido cuidado de fin de vida hasta que realmente lo necesitaron, y entonces mi equipo y mis colegas brindaron un excelente control del dolor y otros síntomas».

Agregó: «Si un paciente pide suicidio asistido, habrá un ambiente en su atención. Los médicos, enfermeras, fisioterapeutas, paramédicos – cualquiera que esté involucrado – tendrá una mentalidad diferente, no universalmente, pero los afectará... habrá un ambiente que será negativo.

«Si el paciente desea vivir, se discutirán nuevas formas de tratamiento. Los pacientes con accidentes cerebrovasculares recibirán tratamiento de emergencia con mayor urgencia. Los pacientes con cáncer recibirán terapias más modernas, promoviendo el progreso en la expectativa de vida».

El Prof. Glaser también ha dirigido anteriormente el departamento de radioterapia del Hospital Charing Cross en Londres y ha ocupado cargos de alto nivel en las universidades de Harvard y Yale en los Estados Unidos.

Ver también

[Los médicos se equivocan en más de la mitad de los casos en que dicen a los pacientes que son enfermos terminales](#)

La gestión universitaria: cuidar el estudio y la investigación⁹²



Universidad CEU San Pablo

El Debate de las Ideas

La universidad no es el lugar donde amenizamos el saber mediante experiencias y metodologías dinamizadoras, lúdicas y participativas (eso, más bien, es un parque temático); y tampoco es el lugar donde estudiando los libros se aprueba, pero con las prácticas se aprende (eso es, más bien, una autoescuela)

Higinio Marín, 26/10/2024

La universidad es una comunidad compuesta básicamente por estudiantes y profesores que se enhebra a través del estudio y la investigación; enseñar o aprender los diferencia en el seno de la comunidad que forman. Lo que alumnos y profesores tienen en común es la autoexigencia de estudiar. Y de lo que unos y otros estudien e investiguen dependerá lo que ocurra en la docencia y en las aulas que, por sí solas, no pueden dar lugar a una genuina experiencia universitaria.

⁹²https://www.eldebate.com/cultura/libros/20241026/gestion-universitaria-cuidar-estudio-investigacion_239022.html

La universidad no es el lugar donde amenizamos el saber mediante experiencias y metodologías dinamizadoras, lúdicas y participativas (eso, más bien, es un parque temático); y tampoco es el lugar donde estudiando los libros se aprueba, pero con las prácticas se aprende (eso es, más bien, una autoescuela). Lo único malo de una lección magistral es que no sea magistral. Nosotros hacemos atractivo el saber y su estudio mediante la ilusión por aprender y enseñar nuestras ciencias y saberes; entusiasmo sostenido a través de los años y convertido en una invitación amistosa y exigente para nuestros estudiantes, que han de experimentar la conquista de sí mismos y de su futuro lograda mediante el esfuerzo y la satisfacción de aprender.

Así nos cuidamos de hacer interesante el saber a los interesados. Los equipos de gobierno de la universidad, de las facultades y de los campus, los directivos y el personal de los servicios, tenemos como tarea principal que los estudiantes y los profesores puedan estudiar, es decir, que tengan los espacios, las infraestructuras, la tecnología y, sobre todo, el tiempo necesario para estudiar y compartir entre ellos lo que aprenden. Esa es nuestra misión: hacer posible y sostener este lugar donde estudiantes, estudiosos e investigadores convierten el saber y su aprendizaje en comunidad. Si esto se hace bien, lo demás se nos dará por añadidura, también los resultados de toda clase, y más bien antes que después, aunque haya que procurarlos con esfuerzo.

Por eso, es crucial que el tiempo disponible para el estudio y la investigación surja de la eficiencia y profesionalidad de nuestra organización y servicios, de la desburocratización de nuestros procesos, de la asunción de las tareas administrativas por verdaderos profesionales de la gestión, de la visión gerencial, del sentido académico en el gobierno de la universidad y las facultades, y, sobre todo, de la autoexigencia de profesores e investigadores, verdaderos responsables del sentido de todo este esfuerzo colectivo: poner la dedicación y el entusiasmo necesario para incorporar a los estudiantes a la pasión por conocer, y, derivada pero imprescindible, para que lleguen a aprender lo necesario para tener algo que ofrecer a los demás, en su servicio y beneficio.

Poner todo lo anterior al alcance de los estudiantes para posibilitar su acceso al desempeño de profesiones que les abran un camino en la vida, es no solo una obligación, sino la demanda que los trae hasta nosotros. Es imprescindible, pues, mejorar eso que ahora llamamos empleabilidad. Pero dejaría de ser universidad la que se concibiera solo así, como una organización o empresa de provisión de servicios en un mercado de demandas formativas.

La conservación comprensiva de cuanto se sabe y la constante actualización del saber científico en busca de la verdad a nuestro alcance, son fines tan esenciales de la universidad como todos los anteriores. De hecho, es por nuestra capacidad para guardar cuanto hemos aprendido en el pasado y su actualización permanente en el presente, por lo que los jóvenes vienen a la universidad en busca de su futuro. No es difícil ver, pues, que la universidad como institución tiene la misión de generar tiempo, tiempo de estudio en el que el pasado y el presente se sintetizan como futuro.

La universidad que descuida el estudio y la investigación o que los cuida y promueve solo como un requisito legal para su funcionamiento, ha convertido uno de sus fines esenciales en la coartada para transformar un medio en un fin: ganar dinero. Por eso, el imprescindible punto de vista económico al que se debe su viabilidad y funcionamiento no puede sobreponerse al sentido académico en el gobierno de la institución. El ánimo de lucro o el afán de resultados, aunque legítimo y necesario, no puede ser el corazón de la universidad.

En sentido institucional, profesorado y servicios no son –al menos, no principalmente– costes que restar a los beneficios, sino parte de los beneficios sociales que genera la institución, toda ella al servicio de sus estudiantes y su crecimiento intelectual y personal. Es por hacer eso bien, y no al revés, por lo que aspiramos a merecer los beneficios que permitan seguir haciéndolo, y a recibir también económicamente el reconocimiento público de que lo hacemos bien.

De hecho, en la universidad es legítimo el ánimo de lucro que asume y hace posible la creación de ciencia y cultura y la promoción del estudio y la investigación como una finalidad intrínseca de la institución en tanto que universitaria. Además, esa generación de ciencia y cultura es doblemente imprescindible si se quieren componer síntesis novedosas entre las ciencias, los saberes humanísticos y la fe de la Iglesia, a la que también así serviremos como una verdadera universidad.

Harvard descubre que una sustancia cotidiana rompe el ADN y causa graves anomalías genéticas en el óvulo⁹³

Un ingrediente común de los plásticos provoca que los óvulos tengan un número incorrecto de cromosomas, en un estudio pionero



La causa del síndrome de Down es la alteración de los cromosomas de las células sexualesFreepik

L. Cano, 28.10.2024

El plástico está en todas partes. En las botellas de agua, en las fibras sintéticas de la ropa, en los envases de los alimentos, en las partículas que flotan en el aire... Esto puede derivar en **graves riesgos para la salud**. Los investigadores han demostrado la relación entre algunas sustancias derivadas del uso del plástico con problemas de infertilidad, enfermedades cardiovasculares y patologías endocrinas. Lo que no sabíamos es que es capaz de alterar nuestro ADN hasta el punto de poder influir en nuestra descendencia.

En esta línea, aparece un nuevo estudio liderado por una reconocida científica de la Universidad de Harvard que afirma haber descubierto que un compuesto,

⁹³https://www.larazon.es/salud/harvard-descubre-que-sustancia-cotidiana-rompe-adn-causa-graves-anomalias-geneticas-ovulo_20241028671f692e2914190001e3c029.html

muy común en los plásticos, puede **romper el ADN, lo que da lugar a óvulos con un número incorrecto de cromosomas**. En los seres humanos, este tipo de alteraciones son las responsables de un gran abanico de enfermedades genéticas en el embrión, como el **síndrome de Down**. Las alteraciones cromosómicas también son la causa más común de los abortos espontáneos y de los defectos en el crecimiento.

La nueva investigación, realizada en lombrices, es la **primera en descubrir que este ingrediente común de los plásticos provoca roturas en las cadenas de ADN** y causa anomalías cromosómicas en el óvulo que pueden ser determinantes para el desarrollo. La reputada **Monica Colaiácovo**⁹⁴, profesora del departamento de Genética de la Facultad de Medicina de Harvard y directora del laboratorio que lleva su apellido, dirigió el estudio, publicado en la revista *PLOS Genetics*.

El trabajo se centra en los efectos perjudiciales en el ADN del butilftalato de bencilo (BBP) es una sustancia química que hace que el plástico sea más flexible y duradero. Este compuesto se encuentra en muchos productos de consumo, como **envases de alimentos, productos de cuidado personal y juguetes infantiles**.

Estudios anteriores han demostrado que el BBP interfiere con las hormonas del cuerpo, **afecta a la reproducción**⁹⁵ y el desarrollo humanos. Sin embargo, los detalles de cómo afecta a la reproducción no han quedado claros.

Ver también:

- [Científicos japoneses descubren que una sustancia cotidiana causa envejecimiento prematuro y daña el ADN](#)

⁹⁴ <https://genepath.med.harvard.edu/colaiacovo/interests.html>

⁹⁵ https://www.larazon.es/salud/bienestar/bisfenol-plastico-que-envuelve-tus-alimentos-mas-peligroso-que-creia_2023060764805a1845377c00017ccf10.html

Los ictus, cada vez más frecuentes en jóvenes⁹⁶

Se ha disparado su incidencia en un 25% en pacientes de 20 a 64 años, sobre todo en la última década y especialmente los isquémicos



Antes los jóvenes los tenían por problemas cardíacos y de coagulación. Hoy por obesidad, estrés, etc.DREAMSTIME LA RAZÓN

Belén Tobalina, Madrid 28.10.2024

Pérdida súbita de visión en un ojo, dificultad para hablar, un párpado caído, adormecimiento de un lado del cuerpo, dolor de cabeza muy intenso o inestabilidad para permanecer de pie son algunos de los síntomas que denotan que podemos estar sufriendo un accidente cerebrovascular, lo que requiere ayuda médica urgente. Cada vez hay más casos de ictus y cada vez en personas de menor edad, una realidad que ha hecho saltar las alarmas.

⁹⁶https://www.larazon.es/salud/ictus-cada-vez-mas-frecuentes-jovenes_20241028671a5494d0584100016f7bde.html

El ictus es la primera causa de discapacidad en España, además de la segunda causa de mortalidad y la primera en mujeres, según la Sociedad Española de Neurología (SEN). Cada año se producen unos 120.000 nuevos casos. Y, **si no aumenta su prevención, para 2035 los casos aumentarán un 35% por el envejecimiento poblacional.**

Pero la edad no es el único factor de riesgo. Y es que últimamente los expertos han comenzado a reportar que su incidencia está aumentando entre los más jóvenes.

Recientemente un estudio publicado en «**The Lancet Neurology**» revelaba que estaban aumentando los ictus en los adultos más jóvenes, sobre todo **entre menores de 55 años**⁹⁷.

«**A nivel internacional se habla de un aumento del 25% en los últimos años entre personas de 20 a 64 años.** En España, no hay datos oficiales, pero sí hay una percepción general al respecto, que se alinea con los datos ofrecidos a nivel internacional», afirma la doctora M^a Mar Freijo, coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN.

«La incidencia del ictus está aumentando en todas las edades. Pero **en los últimos 20 años, sobre todo en los últimos 10, hemos observado más casos en pacientes más jóvenes debido a un aumento de la obesidad, la hipertensión, la diabetes, el colesterol alto y por el consumo de tabaco (baja, pero aumenta en mujeres).** Eso hace que lo que antes veíamos en mayores lo veamos ahora en pacientes de menor edad», explica el doctor Francisco Moniche, jefe de la sección de Neurología del Hospital Universitario Virgen del Rocío y miembro de la junta directiva del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN.

Hasta ahora, cuando un paciente sufría un ictus, los médicos analizaban «los factores de riesgo: que fuera diabético, fumase, colesterol alto, arritmias... y en aquellos pacientes por debajo de 50 años estudiábamos causas más raras, como alteraciones cardíacas de nacimiento, de coagulación, enfermedades raras que producen oclusión de vasos cerebro, drogas por su puesto... Pero en los últimos años, ha aumentado el perfil de paciente menor

⁹⁷ <https://www.thelancet.com/commissions/global-burden-stroke> La carga de mortalidad y discapacidad causada por el ictus está aumentando rápidamente en todo el mundo, en particular en países donde los recursos para abordar esta carga son escasos. Sin embargo, la implementación de intervenciones basadas en evidencia podría revertir estas trayectorias epidemiológicas. Una gran proporción de ictus se puede prevenir y, para la mayoría de los pacientes que se presentan a una unidad de ictus durante las primeras horas después del inicio de los síntomas, el tratamiento puede mejorar la supervivencia y los resultados funcionales. Además, las intervenciones de rehabilitación pueden reducir la discapacidad en los sobrevivientes de un ictus, mejorando la calidad de vida de los pacientes y los cuidadores.

de 50 años con un ictus por ser diabético, obeso, tener la tensión mal controlada. Hablamos de pacientes **sobre todo de 40 a 50 años** que es donde ha aumentado más la incidencia, **pero también de 30 a 50**», detalla Moniche.

En cuanto al tipo de ictus, tanto el isquémico como el hemorrágico están disparándose. Pero como detalla Moniche, **«aumenta más el isquémico**, porque al final **los factores que provocan los ictus son por arterosclerosis** y eso va muy asociado a la tensión alta, la obesidad, el colesterol, el tabaquismo. La hipertensión produce ambos tipos de ictus, pero el resto de factores producen el isquémico, que genera el 80% de los ictus».

¿Podrían estar detrás las vacunas? «No, eso se descartó, no hay ninguna relación a día de hoy con las vacunas que tenemos ni contra el covid ni nada. Unas iniciales tuvieron un efecto trombótico, pero esa reacción se dio en casos super excepcionales y daba nada más ponerlas», detalla el experto.

Y es que las causas de los ictus, en todas las edades, son fácilmente prevenibles y dependen realmente de nosotros. Así, **el 90% de los casos se puede prevenir con unos hábitos de vida saludables.** Es decir, sin tabaco, sin alcohol, sin otro tipo de drogas, sin estrés, sin obesidad y sin vida sedentaria.

«La polución parece generar una respuesta inflamatoria potente en estos perfiles»

Otros factores no están en nuestras manos, como es el caso de la contaminación. «En países con altos índices de contaminación, este aumento de ictus también se achaca a la polución. Aunque aún no está del todo estudiado, la polución parece generar una respuesta inflamatoria que podría ser más potente en la gente joven», precisa la doctora Freijo.

En cuanto a la gravedad, «el ictus en gente joven no es ni más ni menos grave, depende del tipo. Además, habitualmente los pacientes jóvenes tienen mayor capacidad de recuperación, lo que llamamos mayor plasticidad. Pero un ictus grave puede darse en cualquier edad», detalla Moniche.

Por eso ante cualquier síntoma no hay **ni un minuto que perder.** Resulta crucial recibir asistencia médica urgente. Una vez asistido, idealmente en una unidad ictus, hay que comenzar cuanto antes la rehabilitación. «Las primeras 24 horas del ictus el paciente hospitalizado ha de estar en reposo absoluto, pero en las siguientes 24 horas lo ideal es valorar y empezar a **hacer ejercicios de fisioterapia a las 48 horas**», incide Moniche.

Y si bien, la incidencia de ictus en todas las edades ha aumentado, también es cierto que «la mortalidad en los últimos años ha descendido: un 6% en el último año y eso se debe al tratamiento», añade.

«Hemos avanzado bastante en las opciones que tenemos para tratar a los pacientes en la fase aguda sobre todo en el caso del ictus isquémico bien mediante fármacos que destruyen los trombos con una inyección pero con riesgo producir hemorragias en otras partes del cuerpo o bien yendo directamente a por el trombo a través de un catéter si encontramos un lugar concreto en donde esté y que sea accesible», detalla el doctor Carlos Tejero, portavoz también de la SEN.

En el caso del ictus hemorrágico, «lo importante –prosigue el doctor– es que el paciente deje de sangrar y para ello es necesario una técnica de imagen y usar fármacos que puedan controlar el sangrado, sobre todo si se ha producido por fármacos anticoagulantes hay revertir su efecto. A veces se tienen que usar técnicas de evacuación quirúrgica del hematoma y para ello hay que valorar al paciente de forma rápida, detener el sangrado y mitigar las consecuencias».

«Un ictus, sea del tipo que sea, es el inicio de una cascada de fenómenos que van ocurriendo durante varios días, por eso es muy importante tener a los pacientes controlados: tensión arterial, evitar fiebre, glucosa en sangre estable», añade.

Con este tipo de cuidados logran tener «más posibilidades de que el paciente sobreviva sin secuelas y se intenta dar a todos los pacientes en una unidad de ictus con un trato y vigilancia más especializados, como si fuera una Unidad de Cuidados Intermedios especializada en ictus. Esto explica que antes un tercio de los pacientes moría, un tercio se quedaba con secuelas y otro sin ellas. En cambio, **ahora la mortalidad está por debajo 20%** y posibilidad de recuperarse sin secuelas (más complicado) o **sin secuelas de forma que puedan ser autónomos es cerca un 60%**», concluye el doctor Tejero.

Ver también

- [Día Mundial del Ictus: Volver a dar los primeros pasos de joven tras un derrame](#)
- [Los casos de ictus se dispararán un 35% en 2035, ¿sabe qué hacer si sufre uno?](#)
- [Nuevos síntomas de ictus y factores que disparan el riesgo pero pasamos por alto \(según la última guía médica\)](#)
- [Esta es la grave secuela mental que sufre la mitad de las personas tras un ictus](#)

¿Cuál es la mejor edad para congelar óvulos? Todo lo que necesitas saber, según los expertos⁹⁸

Expertos nos dan las claves para preservar tu fertilidad en el momento perfecto



La congelación de óvulos se realiza mediante un protocolo llamado vitrificaciónPixabay

Beatriz Pascual, 28.10.2024

En la actualidad, **cada vez más mujeres consideran la congelación de óvulos como una opción para preservar su fertilidad.** Esta técnica, también conocida como criopreservación, **permite retrasar la maternidad hasta el momento más adecuado.** Pero a muchas mujeres les surge la misma pregunta: ¿cuál es la mejor edad para congelar óvulos? A continuación, exploraremos en qué consiste el proceso, las recomendaciones de los especialistas, y qué factores se deben considerar antes de tomar esta decisión.

La congelación de óvulos es un **procedimiento médico en el cual los óvulos de una mujer son extraídos, congelados y almacenados para su uso en el futuro.** Este proceso implica la estimulación ovárica mediante hormonas para

⁹⁸https://www.larazon.es/familia/cual-mejor-edad-congelar-ovulos-todo-que-necesitas-saber-segun-expertos_20241028671f83d62914190001e3ed89.html

obtener varios óvulos maduros en un solo ciclo. Luego, estos óvulos se extraen mediante una técnica conocida como aspiración folicular, que se realiza bajo anestesia. **Una vez obtenidos, los óvulos se congelan rápidamente mediante vitrificación, un método que evita la formación de cristales de hielo, conservando su calidad y viabilidad.**

Este procedimiento permite a las mujeres **postergar la maternidad sin que su fertilidad se vea comprometida por la edad.** Cuando deseen usarlos, los óvulos pueden descongelarse, fertilizarse mediante fecundación in vitro (FIV), y el embrión resultante se transfiere al útero para lograr el embarazo.

¿Cuál es la mejor edad para congelar óvulos?

La calidad y cantidad de óvulos de una mujer comienzan a disminuir a partir de los 30 años, y este descenso es aún más marcado después de los 35. Por ello, los expertos consideran que la mejor edad para congelar óvulos se sitúa **entre los 20 y los 35 años,** con un rango ideal entre los 25 y 34 años. Según la Dra. Alice Domar, directora de Medicina Mente-Cuerpo en la Clínica de Fertilidad de Boston, “congelar óvulos antes de los 35 aumenta significativamente las probabilidades de éxito en un embarazo futuro”.

Además, estudios sugieren que **las tasas de éxito de embarazo son mayores cuando los óvulos se congelan en esta franja de edad.** La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) también respalda que la edad es el factor más importante en la calidad de los óvulos, destacando que aquellos congelados antes de los 35 años son más viables para la fecundación.

Lo que dicen los expertos sobre congelar óvulos después de los 35

Congelar óvulos después de los 35 años sigue siendo posible y, para algunas mujeres, puede **ser la única opción para preservar su fertilidad.** Sin embargo, los especialistas advierten que **las probabilidades de un embarazo exitoso disminuyen con la edad debido a la menor calidad y cantidad** de los óvulos. La Dra. Jennifer Hirshfeld-Cytron, directora de preservación de fertilidad en el **Centro de Fertilidad de Chicago,** menciona que “si bien la tecnología ha avanzado, la edad de los óvulos sigue siendo crucial”.

Aun así, muchas clínicas de fertilidad adaptan sus tratamientos a mujeres mayores de 35 años, ajustando las dosis de hormonas y empleando métodos avanzados para mejorar los resultados. Algunas mujeres optan por congelar una mayor cantidad de óvulos para compensar la pérdida de viabilidad que se produce a medida que envejecen.

Factores a considerar al tomar la decisión

1.Edad: Es el factor más importante, ya que influye directamente en la calidad de los óvulos. Congelar óvulos entre los 25 y 34 años ofrece mayores posibilidades de éxito.

2.Salud General y Fertilidad: Las mujeres con condiciones como el síndrome de ovario poliquístico (SOP) o endometriosis deben consultar con su especialista, ya que algunas condiciones pueden afectar la respuesta a la estimulación ovárica.

3.Objetivos Personales: Las razones para congelar óvulos son muy personales y varían según los objetivos de vida de cada mujer, sus relaciones, carrera profesional o incluso salud mental y emocional.

4.Costo: Congelar óvulos implica un costo inicial considerable, más los costos anuales de almacenamiento. En promedio, el proceso puede variar entre los 4,000 y 10,000 dólares por ciclo, sin contar los gastos de mantenimiento y eventual FIV.

La congelación de óvulos es una alternativa poderosa para las mujeres que desean preservar su fertilidad y posponer la maternidad. La mejor edad para congelar óvulos se sitúa entre los 25 y 34 años, ya que durante esta etapa los óvulos presentan mejor calidad y viabilidad. Sin embargo, **cada caso es único, y es importante que cada mujer reciba asesoramiento médico y considere todos los factores antes de decidir si este procedimiento es adecuado para ella.** Según la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, aunque no garantiza el embarazo, este procedimiento ofrece una alternativa real para ampliar las opciones reproductivas.

Para más información sobre el proceso de congelación de óvulos y su viabilidad, se recomienda consultar con clínicas especializadas en fertilidad o revisar los recursos de la ASRM o la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Ver también

¿ES ÉTICO CONGELAR OVOCITOS PARA RETRASAR LA MATERNIDAD POR MOTIVOS LABORALES?

Por JUSTO AZNAR Y JULIO TUDELA, Instituto de Ciencias de la Vida de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

Cuadernos de Bioética XXVI 2015/1^a

<https://aebioetica.org/revistas/2015/26/86/141.pdf>

Mujer diagnosticada con cáncer se enfrenta a la presión del suicidio asistido antes de una mastectomía⁹⁹

Normalización del suicidio asistido en el sistema de salud de Canadá



©Mart Production, Pexels

La angustia de una paciente con cáncer de mama se intensifica cuando se le ofrece la opción de «Ayuda Médica para Morir» antes de su cirugía. Su historia revela preocupaciones sobre el tratamiento y la percepción de ser una carga para el sistema médico canadiense.

27/10/24

(PortaLuz/InfoCatólica) Una mujer de 51 años originaria de Nueva Escocia vivió una angustiante experiencia en el contexto de su tratamiento contra el cáncer de mama. Justo antes de someterse a una mastectomía, el médico le sugirió que considerara el suicidio asistido, conocido en Canadá como «Ayuda Médica para Morir (MAID)», llevándola a una situación de gran confusión y temor. La paciente, que ha optado por mantener su identidad en el anonimato, no solo había sido diagnosticada con cáncer, sino que también padecía trastornos autoinmunes, como lupus y fibromialgia, que la hacían elegible para el MAID incluso sin su diagnóstico de cáncer.

⁹⁹ <https://www.infocatolica.com/?t=noticia&cod=50785>

Recordando ese tenso momento, la mujer expresó: «Estaba sentada con dos batas quirúrgicas, una por delante y otra por detrás, con un gorro en el pelo y zapatillas en los pies. Estaba temblando, en una silla de plástico duro y sola en un pasillo». Al ser informada sobre la opción del MAID, su respuesta fue clara: «No quiero hablar de eso». La presión a la que se vio sometida la dejó abrumada, cuestionándose por qué le presentaban esa alternativa cuando se preparaba para un procedimiento que consideraba esencial para su salud.

A pesar de su firme negativa, la mujer afirmó que durante su tratamiento oncológico fue instada a considerar el MAID en al menos dos ocasiones más. Este continuo acoso la hizo sentir como si fuera una carga para el sistema de salud, llegando a pensar que los profesionales médicos creían que su vida no valía la pena. «Fui a hacerme una mastectomía y me presionaron para la muerte asistida. Me sentí como un problema del que había que deshacerse en lugar de como un paciente que necesitaba tratamiento», denunció.

Adicionalmente, la paciente compartió que había estado esperando durante un año una cita en una clínica especializada para el manejo del dolor, resaltando que, si decidiera contactar la línea directa de MAID, podría hablar con un médico al día siguiente.

Expertos en el ámbito de la salud han señalado que situaciones como esta no son inusuales en Canadá. La doctora Leonie Herx, especialista en medicina paliativa en Calgary, subrayó que la escasez de médicos ha llevado a que pacientes que no enfrentan una muerte inminente sean considerados para el MAID. «En algunos casos, MAID se ha convertido en la única terapia que se proporciona, lo cual es completamente horrible desde una perspectiva médica», afirmó Herx.

Por su parte, Trudo Lemmens, profesor de Derecho en la Universidad de Toronto, indicó que la ley actual no prohíbe estas circunstancias, y varios grupos de defensa sostienen que el acceso al MAID debería estar disponible para todos aquellos que cumplan con los criterios establecidos. La rápida expansión de la legalización del MAID en Canadá se considera una señal de advertencia sobre los riesgos de que esta opción se convierta en algo perjudicial e inmoral. Si se contabilizara el MAID como una causa oficial de muerte, se posicionaría como la quinta principal causa de fallecimientos en el país, con un incremento del 31% en las muertes por eutanasia registradas en 2022.

Alexander Raikin, experto en bioética del Centro de Ética y Políticas Públicas, concluyó: «Si habláramos de esas tasas con cualquier otra causa de muerte, esto sería una catástrofe nacional».

Nueva versión de la Declaración de Helsinki, marco ético de la investigación médica en seres humanos desde 1964¹⁰⁰



OBSERVATORIO DE BIOETICA UCV, 28 octubre, 2024

La Declaración de Helsinki es un conjunto de principios éticos desarrollados por la Asociación Médica Mundial (WMA) para orientar la investigación médica en seres humanos. Fue adoptada por primera vez en 1964 y ha sido revisada varias veces desde entonces.

Estos principios establecen que la salud y los derechos de los pacientes deben ser la máxima prioridad en cualquier investigación médica. También enfatizan la necesidad de consentimiento informado, la revisión ética independiente de los estudios y la garantía de que los beneficios potenciales de la investigación superen los riesgos.

El documento, cuya revisión en 2024 **fue aprobado**¹⁰¹ por la Asociación Médica Mundial en su Asamblea General, busca una mayor protección de las

¹⁰⁰ <https://www.observatoriobioetica.org/2024/10/nueva-version-de-la-declaracion-de-helsinki-marco-etico-de-la-investigacion-medica-en-seres-humanos-desde-1964/10002589>

¹⁰¹ <https://www.wma.net/es/news-post/la-comunidad-medica-mundial-adopta-la-declaracion-de-helsinki-revisada-que-fortalece-los-estandares-eticos-en-la-investigacion-clinica-con-seres-humanos/>

poblaciones vulnerables, una mayor transparencia en los ensayos clínicos y compromisos más fuertes con la justicia y la equidad en la investigación.

El presidente de la Asociación Médica Mundial (AMM), Ashok Philip ha declarado que “esta revisión histórica de la Declaración de Helsinki destaca el compromiso de la AMM de reforzar los principios éticos que guían la investigación médica que involucra a participantes humanos, para salvaguardar los derechos de los pacientes y asegurar la integridad de los estudios científicos”.

La Declaración de Helsinki se aprobó en 1964 para proteger a las personas de la experimentación médica humana que no se ajustara a los criterios éticos exigibles.

Los cambios sustanciales de la Declaración de Helsinki revisada en 2024 se pueden clasificar en dos áreas:

- La inclusión, respeto y protección centrados en los participantes, que incluye el reconocimiento de su vulnerabilidad y exige la participación de la comunidad, la búsqueda de la justicia global, la obtención del consentimiento informado y el uso de un lenguaje centrado en los participantes.
- La beneficencia y el valor de la investigación, que incluyen la búsqueda de la “salud individual y pública”, la defensa del rigor y la integridad científicos y la distribución considerada de los beneficios, los riesgos y los costos.



Revisiones

Anteriormente ya había habido **otras revisiones**¹⁰² del documento original:

En 1975 se produjo la primera revisión importante durante la Asamblea de la AMM de Tokio. Se hizo hincapié en el consentimiento informado y en el requisito de que las poblaciones vulnerables recibieran protección especial. También se introdujeron los comités independientes de revisión ética.

En 1983 la Asamblea de la AMM tuvo lugar en Venecia y la actualización se centró en fortalecer los estándares para el uso de placebo. Además, se volvió a enfatizar en el consentimiento informado.

En 1989, durante la Asamblea de Hong Kong la revisión destacó que los participantes en los estudios deberían beneficiarse de los resultados de la investigación, especialmente en los países en desarrollo.

En 1996 la Asamblea fue en Sudáfrica y la AMM hizo más aclaraciones sobre los principios éticos para las investigaciones que involucran a pacientes de entornos desfavorecidos.

En 2000, durante la Asamblea de Edimburgo, la reforma abordó la ética de los ensayos controlados con placebo, abogó por su uso solo cuando no exista una intervención comprobada y reforzó las directrices sobre los beneficios posteriores al estudio para los participantes.

En 2008, en la Asamblea de la AMM en Seúl, la declaración añadió nuevas pautas sobre los biobancos y la investigación genética, abordando las consideraciones éticas en torno al almacenamiento de muestras biológicas y la privacidad.

En 2013, durante la Asamblea de Fortaleza, las revisiones trataron sobre el acceso a las intervenciones de los participantes después de los ensayos y destacaron la responsabilidad que tienen los investigadores de considerar los contextos sociales y de salud de los participantes.

Adjuntamos el **documento completo**¹⁰³ de la Declaración de Helsinki con las modificaciones introducidas en 2024.

¹⁰²<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

¹⁰³ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2825290>

Comunicación especial

19 de octubre de 2024¹⁰⁴

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Principios éticos para la investigación médica en la que participan seres humanos

Asociación Médica Mundial

Adoptada por la 18ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, junio de 1964

y modificado por:

29ª Asamblea General de la AMM, Tokio, Japón, octubre de 1975

35ª Asamblea General de la AMM, Venecia, Italia, octubre de 1983

41ª Asamblea General de la AMM, Hong Kong, septiembre de 1989

48ª Asamblea General de la AMM, Somerset West, República de Sudáfrica, octubre de 1996

52.ª Asamblea General de la AMM, Edimburgo (Escocia), octubre de 2000

53.ª Asamblea General de la AMM, Washington, DC, EE. UU., octubre de 2002 (Nota aclaratoria agregada)

55ª Asamblea General de la AMM, Tokio, Japón, octubre de 2004 (Nota aclaratoria añadida)

59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, República de Corea, octubre de 2008

64ª Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, octubre de 2013

75.ª Asamblea General de la AMM, Helsinki (Finlandia), octubre de 2024

Preámbulo

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha elaborado la Declaración de Helsinki como una declaración de principios éticos para la investigación médica que involucra a participantes humanos, incluida la investigación que utiliza material o datos humanos identificables.

La Declaración debe leerse como un todo y cada uno de sus párrafos constitutivos debe aplicarse teniendo en cuenta todos los demás párrafos pertinentes.

¹⁰⁴ JAMA. Publicado en línea el 19 de octubre de 2024. doi:10.1001/jama.2024.21972 La traducción es nuestra.

Original en

https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/2825290/jama_2024_sc_240016_1729349326.39173.pdf

2. Si bien la Declaración es adoptada por los médicos, la AMM sostiene que estos principios deben ser respetados por todas las personas, equipos y organizaciones involucradas en la investigación médica, ya que estos principios son fundamentales para el respeto y la protección de todos los participantes en la investigación, incluidos los pacientes y los voluntarios sanos.

Principios generales

3. La Declaración de Ginebra de la AMM vincula al médico con las palabras: “La salud y el bienestar de mi paciente serán mi primera consideración”, y el Código Internacional de Ética Médica de la AMM declara: “El médico debe comprometerse con la primacía de la salud y el bienestar del paciente y debe ofrecer atención en el mejor interés del paciente”.

4. Es deber del médico promover y salvaguardar la salud, el bienestar y los derechos de los pacientes, incluidos los que participan en la investigación médica. El conocimiento y la conciencia del médico están al servicio del cumplimiento de este deber.

5. El progreso médico se basa en investigaciones que, en última instancia, deben incluir participantes humanos.

Incluso las intervenciones bien probadas deben evaluarse continuamente a través de investigaciones para comprobar su seguridad, eficacia, eficiencia, accesibilidad y calidad.

6. La investigación médica en la que participan seres humanos está sujeta a normas éticas que promueven y garantizan el respeto de todos los participantes y protegen su salud y sus derechos.

Dado que la investigación médica se lleva a cabo en el contexto de diversas desigualdades estructurales, los investigadores deben considerar cuidadosamente cómo se distribuyen los beneficios, los riesgos y las cargas.

Antes, durante y después de la investigación médica, se debe establecer un vínculo significativo con los participantes potenciales e inscritos y sus comunidades. Los investigadores deben permitir que los participantes potenciales e inscritos y sus comunidades compartan sus prioridades y valores; participen en el diseño de la investigación, su implementación y otras actividades pertinentes; y se comprometan a comprender y difundir los resultados.

7. El objetivo principal de la investigación médica en la que participan seres humanos es generar conocimientos para comprender las causas, el desarrollo y los efectos de las enfermedades; mejorar las intervenciones preventivas,

diagnósticas y terapéuticas; y, en última instancia, promover la salud individual y pública.

Estos fines nunca podrán prevalecer sobre los derechos e intereses de los participantes individuales de la investigación.

8. Si bien durante las emergencias de salud pública pueden necesitarse urgentemente nuevos conocimientos e intervenciones, sigue siendo esencial defender los principios éticos de esta Declaración durante esas emergencias.

9. Es deber de los médicos que participan en investigaciones médicas proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, la autonomía, la privacidad y la confidencialidad de la información personal de los participantes en la investigación. La responsabilidad de la protección de los participantes en la investigación siempre debe recaer en los médicos u otros investigadores y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan dado su consentimiento.

10. Los médicos y otros investigadores deben tener en cuenta las normas y estándares éticos, legales y reglamentarios aplicables a las investigaciones que involucren a participantes humanos en el país o los países en los que se originó la investigación y donde se realizará, así como las normas y estándares internacionales aplicables. Ningún requisito ético, legal o reglamentario nacional o internacional debe reducir o eliminar ninguna de las protecciones para los participantes de la investigación establecidas en esta Declaración.

11. La investigación médica debe diseñarse y llevarse a cabo de manera que se evite o minimice el daño al medio ambiente y se procure la sostenibilidad ambiental.

12. La investigación médica en la que participen seres humanos debe ser realizada únicamente por personas con la formación, la capacitación y las calificaciones científicas y éticas adecuadas. Dicha investigación requiere la supervisión de un médico u otro investigador competente y debidamente calificado.

La integridad científica es esencial en la realización de investigaciones médicas que involucren a participantes humanos. Las personas, equipos y organizaciones involucradas nunca deben cometer faltas de conducta en la investigación.

13. A los grupos que están subrepresentados en la investigación médica se les debe proporcionar un acceso adecuado a la participación en la investigación.

14. Los médicos que combinan la investigación médica con la atención médica deben involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que

esto esté justificado por su potencial valor preventivo, diagnóstico o terapéutico, y si el médico tiene buenos motivos para creer que la participación en la investigación no afectará negativamente la salud de los pacientes que participan en la investigación.

15. Se debe garantizar una compensación y un tratamiento adecuados a los participantes que sufran daños como resultado de su participación en una investigación.

Riesgos, cargas y beneficios

16. En la práctica médica y en la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican riesgos y cargas.

La investigación médica que involucre a participantes humanos solo podrá realizarse si la importancia del objetivo supera los riesgos y las cargas para los participantes en la investigación.

17. Toda investigación médica en la que participen seres humanos debe ir precedida de una evaluación cuidadosa de los riesgos y cargas previsibles para los individuos y grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y otros individuos o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

Se deben implementar medidas para minimizar los riesgos y las cargas. El investigador debe monitorear, evaluar y documentar continuamente los riesgos y las cargas.

18. Los médicos y otros investigadores no podrán participar en investigaciones que involucren a participantes humanos a menos que estén seguros de que los riesgos y las cargas se han evaluado adecuadamente y pueden gestionarse satisfactoriamente.

Cuando se determina que los riesgos y las cargas superan los beneficios potenciales o cuando hay pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos y otros investigadores deben evaluar si continuar, modificar o detener inmediatamente la investigación.

Vulnerabilidad individual, grupal y comunitaria

19. Algunas personas, grupos y comunidades se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad como participantes de una investigación debido a factores que pueden ser fijos o contextuales y dinámicos, y por lo tanto corren un mayor riesgo de ser perjudicados o sufrir daños. Cuando esas personas, grupos y comunidades tienen necesidades de salud específicas, su exclusión de la investigación médica puede potencialmente perpetuar o exacerbar sus

disparidades. Por lo tanto, los daños de la exclusión deben considerarse y sopesarse frente a los daños de la inclusión. Para ser incluidos de manera justa y responsable en la investigación, deben recibir apoyo y protección específicamente considerados.

20. La investigación médica con personas, grupos o comunidades en situaciones de especial vulnerabilidad sólo se justifica si responde a sus necesidades y prioridades en materia de salud y si la persona, el grupo o la comunidad se benefician de los conocimientos, las prácticas o las intervenciones resultantes. Los investigadores sólo deben incluir a personas en situaciones de especial vulnerabilidad cuando la investigación no pueda realizarse en un grupo o comunidad menos vulnerable o cuando su exclusión perpetúe o exacerbe sus disparidades.

Requisitos científicos y protocolos de investigación

21. La investigación médica en la que participen seres humanos debe tener un diseño y una ejecución científicamente sólidos y rigurosos que permitan producir conocimientos fiables, válidos y valiosos y evitar el desperdicio de recursos. La investigación debe ajustarse a principios científicos generalmente aceptados, basarse en un conocimiento profundo de la literatura científica y otras fuentes de información pertinentes y en experimentos de laboratorio y, cuando corresponda, con animales adecuados.

Se debe respetar el bienestar de los animales utilizados para la investigación.

22. El diseño y la ejecución de toda investigación médica que involucre participantes humanos deben estar claramente descritos y justificados en un protocolo de investigación.

El protocolo debe incluir una declaración de las consideraciones éticas involucradas y debe indicar cómo se han abordado los principios de esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles riesgos y cargas, calificaciones del investigador, fuentes de financiación, posibles conflictos de intereses, disposiciones para proteger la privacidad y la confidencialidad, incentivos para los participantes, disposiciones para tratar y/o compensar a los participantes que sufran daños como consecuencia de la participación y cualquier otro aspecto relevante de la investigación.

En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir todas las disposiciones posteriores al ensayo.

Comités de ética de la investigación

23. El protocolo debe presentarse al comité de ética de investigación correspondiente para su consideración, comentarios, orientación y aprobación antes de que comience la investigación. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento y debe tener la independencia y la autoridad para resistir la influencia indebida del investigador, el patrocinador u otros. El comité debe tener recursos suficientes para cumplir con sus deberes, y sus miembros y personal deben tener colectivamente la educación, la capacitación, las calificaciones y la diversidad adecuadas para evaluar eficazmente cada tipo de investigación que revise.

El comité debe tener suficiente conocimiento de las circunstancias y el contexto locales e incluir al menos a un miembro del público en general. Debe tener en cuenta las normas y estándares éticos, legales y regulatorios del país o los países en los que se realizará la investigación, así como las normas y estándares internacionales aplicables, pero no debe permitirse que estos reduzcan o eliminen ninguna de las protecciones para los participantes de la investigación establecidas en esta Declaración.

Cuando se realiza una investigación colaborativa a nivel internacional, el protocolo de investigación debe ser aprobado por los comités de ética de investigación tanto del país patrocinador como del país anfitrión.

El comité debe tener derecho a supervisar, recomendar cambios, retirar la aprobación y suspender las investigaciones en curso. Cuando se requiera supervisión, el investigador debe proporcionar información al comité y/o a la entidad competente de supervisión de datos y seguridad, especialmente sobre cualquier evento adverso grave. No se puede realizar ninguna modificación del protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Una vez finalizada la investigación, los investigadores deben presentar un informe final al comité que contenga un resumen de los hallazgos y conclusiones.

Privacidad y confidencialidad

24. Se deben tomar todas las precauciones para proteger la privacidad de los participantes en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento libre e informado

25. El consentimiento libre e informado es un componente esencial del respeto a la autonomía individual. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en una investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a miembros de la familia o representantes de la comunidad, las personas capaces de dar su consentimiento

informado no pueden ser incluidas en una investigación a menos que lo consientan libremente.

26. En las investigaciones médicas en las que participen seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada posible participante debe ser informado adecuadamente y en un lenguaje sencillo de los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles riesgos y cargas, calificaciones del investigador, fuentes de financiación, posibles conflictos de intereses, disposiciones para proteger la privacidad y la confidencialidad, incentivos para los participantes, disposiciones para tratar y/o compensar a los participantes que sufran daños como consecuencia de su participación, y cualquier otro aspecto pertinente de la investigación.

Se debe informar al posible participante de su derecho a negarse a participar en la investigación o a retirar su consentimiento para participar en ella en cualquier momento sin sufrir represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información y comunicación de cada posible participante, así como a los métodos utilizados para transmitir la información.

Después de asegurarse de que el posible participante ha comprendido la información, el médico u otra persona cualificada debe solicitar el consentimiento informado otorgado libremente por el posible participante, documentado formalmente en papel o en formato electrónico. Si el consentimiento no puede expresarse en papel o en formato electrónico, el consentimiento no escrito debe ser formalmente atestado y documentado.

A todos los participantes de una investigación médica se les debe dar la opción de ser informados sobre los resultados generales de la investigación.

27. Al solicitar el consentimiento informado para participar en una investigación, el médico u otro investigador debe ser especialmente cauteloso si el posible participante tiene una relación de dependencia con él o si puede consentir bajo coacción. En tales situaciones, el consentimiento informado debe ser solicitado por una persona debidamente calificada que sea independiente de esta relación.

28. En las investigaciones médicas en las que participen seres humanos incapaces de dar su consentimiento libre e informado, el médico u otra persona calificada deberá buscar el consentimiento informado del representante legalmente autorizado, teniendo en cuenta las preferencias y valores expresados por el posible participante.

Las personas incapaces de dar su consentimiento libre e informado se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad y tienen derecho a las

salvaguardas correspondientes. Además de recibir las protecciones para las personas especialmente vulnerables, las personas incapaces de dar su consentimiento sólo deben ser incluidas si es probable que la investigación las beneficie personalmente o si entraña sólo un riesgo y una carga mínimos.

29. Cuando un posible participante en una investigación que no esté en condiciones de dar su consentimiento libre e informado pueda dar su asentimiento a las decisiones sobre su participación en la investigación, el médico u otra persona cualificada deberá buscar ese asentimiento además del consentimiento del representante legalmente autorizado, teniendo en cuenta las preferencias y valores expresados por el posible participante. Se deberá respetar el disenso del posible participante.

30. La investigación en la que participen participantes que sean física o mentalmente incapaces de dar su consentimiento (por ejemplo, pacientes inconscientes) sólo podrá realizarse si la condición física o mental que impide dar su consentimiento informado es una característica necesaria del grupo de investigación. En tales circunstancias, el médico u otra persona calificada debe solicitar el consentimiento informado al representante legalmente autorizado. Si no se dispone de dicho representante y si la investigación no puede retrasarse, ésta podrá realizarse sin consentimiento informado, siempre que en el protocolo de investigación se hayan indicado las razones específicas para involucrar a participantes con una condición que los incapacite para dar su consentimiento informado y la investigación haya sido aprobada por un comité de ética de la investigación.

El consentimiento libre e informado para permanecer en la investigación debe obtenerse lo antes posible de un representante legalmente autorizado o, si recupera la capacidad para dar el consentimiento, del participante.

31. El médico u otro investigador debe informar plenamente a los posibles participantes qué aspectos de su atención están relacionados con la investigación. La negativa de un paciente a participar en la investigación o su decisión de retirarse de ella nunca debe afectar negativamente la relación médico-paciente ni la prestación de la atención de calidad.

32. Los médicos u otras personas cualificadas deben obtener el consentimiento libre e informado de los participantes en la investigación para la recolección, procesamiento, almacenamiento y uso secundario previsible de material biológico y datos identificables o reidentificables. Toda recolección y almacenamiento de datos o material biológico de los participantes en la investigación para usos múltiples e indefinidos debe ser coherente con los requisitos establecidos en la Declaración de Taipei de la AMM, incluidos los

derechos de las personas y los principios de gobernanza. Un comité de ética de la investigación debe aprobar el establecimiento y supervisar el uso continuo de dichas bases de datos y biobancos.

Cuando el consentimiento sea imposible o impracticable de obtener, la investigación secundaria sobre datos almacenados o material biológico sólo podrá realizarse después de la consideración y aprobación de un comité de ética de investigación.

Uso de placebo

33. Los beneficios, riesgos, cargas y eficacia de una nueva intervención deben compararse con los de las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias:

Si no existe ninguna intervención comprobada, es aceptable el uso de placebo o ninguna intervención; o

Si por razones metodológicas convincentes y científicamente sólidas es necesario el uso de cualquier intervención distinta de las mejores intervenciones probadas, el uso de placebo o ninguna intervención para determinar la eficacia o seguridad de una intervención; y los participantes que reciben cualquier intervención distinta de las mejores intervenciones probadas, placebo o ninguna intervención no estarán sujetos a riesgos adicionales de daño grave o irreversible como resultado de no recibir la mejor intervención probada.

Se debe tener mucho cuidado para evitar el abuso de esta opción.

Disposiciones posteriores al juicio

34. Antes de un ensayo clínico, los patrocinadores y los investigadores deben organizar las medidas posensayo que ellos mismos, los sistemas de atención sanitaria o los gobiernos deben proporcionar a todos los participantes que aún necesiten una intervención identificada como beneficiosa y razonablemente segura en el ensayo. Las excepciones a este requisito deben ser aprobadas por un comité de ética de la investigación. Se debe divulgar a los participantes información específica sobre las medidas posensayo como parte del consentimiento informado.

Registro de Investigaciones y Publicación y Difusión de Resultados

35. La investigación médica en la que participen seres humanos debe registrarse en una base de datos de acceso público antes del reclutamiento del primer participante.

36. Los investigadores, autores, patrocinadores, editores y publicadores tienen obligaciones éticas en lo que respecta a la publicación y difusión de los

resultados de las investigaciones. Los investigadores tienen el deber de poner a disposición del público los resultados de sus investigaciones sobre participantes humanos y son responsables de la puntualidad, integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben cumplir las directrices aceptadas para la presentación de informes éticos. Los resultados negativos y no concluyentes, así como los positivos, deben publicarse o ponerse a disposición del público de otro modo. Las fuentes de financiación, las afiliaciones institucionales y los conflictos de intereses deben declararse en la publicación. Los informes de investigaciones que no se ajusten a los principios de esta Declaración no deben aceptarse para su publicación.

Intervenciones no probadas en la práctica clínica

37. Cuando se utiliza una intervención no probada en un intento de restablecer la salud o aliviar el sufrimiento de un paciente individual porque las opciones aprobadas son inadecuadas o ineficaces y no es posible la inscripción en un ensayo clínico, posteriormente debe convertirse en objeto de una investigación diseñada para evaluar la seguridad y la eficacia.

Los médicos que participen en dichas intervenciones deben buscar primero el asesoramiento de expertos, sopesar los posibles riesgos, cargas y beneficios, y obtener el consentimiento informado. También deben registrar y compartir datos cuando sea apropiado y evitar comprometer los ensayos clínicos. Estas intervenciones nunca deben llevarse a cabo para eludir las protecciones para los participantes de la investigación establecidas en esta Declaración.

Información del artículo

Autor para correspondencia: Asociación Médica Mundial, 13A chemin du Levant, 01210 Ferney-Voltaire, Francia (wma@wma.net).

Publicado en línea: 19 de octubre de 2024. doi:10.1001/jama.2024.21972

Aviso legal: ©2024 Asociación Médica Mundial. Todos los derechos reservados. Todos los derechos de propiedad intelectual de la Declaración de Helsinki pertenecen a la Asociación Médica Mundial. La AMM ha otorgado a *JAMA* los derechos exclusivos para publicar la versión en inglés de la Declaración hasta el 31 de diciembre de 2024.

Eugenesia: una práctica prohibida... pero floreciente¹⁰⁵



Revista genética | cartas mensuales. Publicado el 28 de noviembre de 2024

El 18 de octubre de 2024, *The Guardian* reveló que una startup estadounidense, *Heliospect Genomics*, ofrecía tecnología para clasificar embriones según su coeficiente intelectual potencial, por 50.000 dólares (ver Una startup estadounidense ofrece clasificar embriones según su coeficiente intelectual¹⁰⁶). Esta información no tardó en reaccionar. En Francia, la prensa rápidamente retomó el tema: " *¿Quién quiere un mundo donde los niños no nacidos sean explotados, donde el individuo sea reducido a su capital genético y donde nos perdamos en una búsqueda absurda de la perfección?* » preguntó la periodista Anne-Lise Teneul en *Voix du Nord* el 31 de octubre de 2024 [1] ; " *¿Quién quiere vivir en un mundo donde el niño se convierte en un*

¹⁰⁵ <https://www.genethique.org/leugenisme-une-pratique-interdite-mais-florissante/> Original en francés. Las referencias se encuentran al final del artículo.

¹⁰⁶ <https://www.genethique.org/une-start-up-americaine-propose-de-trier-les-embryons-en-fonction-de-leur-qi/>

producto elegido del mercado, una inversión cuyos riesgos deben minimizarse y maximizar su rendimiento? » añadió la editorialista Eugénie Bastié en *Europa 1* el 13 de noviembre de 2024 [2]. “ *A pesar de las leyes bioéticas, la selección de embriones con vistas a predecir características independientes de las enfermedades se generalizará* ”, predice el empresario Robin Rivaton en *L'Express* el 7 de noviembre de 2024 [3].

Incluso si la palabra no necesariamente se pronuncia, la eugenesia sigue generando preocupaciones.

Eugenesia más allá de los calificativos

La eugenesia, esta noción inventada por Francis Galton en 1883, se refiere a teorías y prácticas que tienen como objetivo “ *mejorar las características hereditarias de la especie humana, en particular mediante el control de la natalidad y la selección de individuos considerados capaces de reproducirse* ”. La idea general es promover las características genéticas consideradas “superiores” y suprimir aquellas que, por tanto, serían “indeseables”. La eugenesia es la utilización del conocimiento científico sobre la herencia al servicio de un proyecto político y social.

Pero algunos se defienden afirmando calificar la eugenesia: sería “ *liberal* ” para el director científico de *Heliospect Genomics* [4], Jonathan Anomaly; Sería “ *relativo* ” para el autor de “ *Refundir la definición de eugenesia en términos de diagnóstico prenatal* ” en la revista jurídica *Personne&Famille* [5], como una eugenesia “suave”.

¿Pero podemos calificar la eugenesia para disminuir su gravedad? Como señala la filósofa Danielle Moyse, “ *¿es la selección de vidas lo que causa la eugenesia o la violencia de esta selección?* » [6]. ¿Permite realmente la adición de un calificativo calificar la esencia misma de la selección y destrucción contenida en el concepto de eugenesia? Éste es, de hecho, el objetivo de estas innovaciones terminológicas: ¿no debería ser aceptable lo que es liberal? Porque bajo el manto de la libertad, todo se vuelve legítimo: la eugenesia “liberal” nos haría creer que amplía el campo de posibilidades de los individuos en lugar de seleccionar.

En Francia, salvaguardias tranquilizadoras, en teoría

Evidentemente, la sociedad francesa sólo debería poder rebelarse contra este tipo de propuestas, basándose en las lecciones de un pasado europeo no muy lejano y en un marco jurídico estrictamente opuesto a la eugenesia.

De hecho, el legislador ha puesto salvaguardias en el artículo 16-4 al 2 del Código Civil¹⁰⁷ que prohíbe " *cualquier práctica eugenésica tendente a la organización de la selección de personas* ", así como en el artículo 214-1 del Código Penal¹⁰⁸ , que castiga la realización de estas prácticas con 30 años de prisión y una multa de 7.500.000 euros.

La eugenesia bajo la apariencia de cribado

A pesar de estas precauciones, que pretenden ser estrictas, algunos han planteado preocupaciones sobre la naturaleza de las prácticas francesas de diagnóstico prenatal. Y desde hace más de 20 años. El periodista y médico Jean-Yves Nau advirtió contra la eugenesia " democrática " en el periódico *Le Monde* en 1999 [7] . Unos años más tarde, el Dr. Didier Sicard, que presidía el Comité Consultivo Nacional de Ética (CCNE), evocaba el mismo temor: " Digamos que la obsesión por el cribado a la que asistimos tiene mucho que ver con una ideología hecha posible por la técnica. » [8] .

¿Es el marco jurídico francés laxo? ¿O sería un testimonio de una eugenesia "relativa"? En realidad, Francia parece destacar por su ceguera legitimada por la noción de eugenesia "privada", creada por el Comité Consultivo Nacional de Ética. Una eugenesia que resultaría no de una decisión estatal o de una política general [9] , sino de elecciones individuales, dejando así " *todo el peso de la culpa al individuo* " [10] o a la pareja.

En la práctica: el desarrollo de herramientas de selección de embriones...

Muy concretamente, en Francia, las tecnologías médicas que permiten la selección de embriones son bastante amplias: cribados masivos, diagnósticos disponibles para identificar anomalías cromosómicas en el útero (de los cuales el cribado prenatal no invasivo (NIPT) constituye una de las etapas), clasificación morfológica in vitro, el diagnóstico preimplantacional de enfermedades hereditarias (PGD), cuya extensión a las anomalías cromosómicas (DPI-A) ya está prevista (ver PGD-A: el comité de ética del Inserm pasa por alto al legislador¹⁰⁹).

Todas ellas son herramientas que permiten y favorecen la selección de embriones de "mejor calidad" y, en consecuencia, la eliminación de aquellos que parecen "inadecuados". Además, estos exámenes y diagnósticos sobre el embrión forman parte de la oferta médica pública (ver [Cribado y diagnóstico prenatal: las técnicas evolucionan, el síndrome de Down sigue en el punto de](#)

¹⁰⁷ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043896064

¹⁰⁸ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417553

¹⁰⁹ <https://www.genethique.org/dpi-a-le-comite-dethique-de-linserm-contourne-le-legislateur/>

[mira](#)¹¹⁰). Se les reembolsa y promueve. Incluso se “mejoran” periódicamente y se destina parte de los fondos públicos a aumentar su precisión.

...junto con un déficit significativo en las políticas sociales

Además, muchas personas lamentan el déficit de las políticas de acogida y apoyo a las personas con discapacidad. En el número de *Science et Vie* del 24 de julio de 2024, Isabelle Ville, socióloga especializada en cuestiones de discapacidad del Inserm y de la EHESS, subraya “la *necesidad de un verdadero debate social sobre los métodos de acogida de las personas con discapacidad que combine políticas sociales y de salud perinatal. políticas*” [11]. Didier Sicard ya mencionaba en 2007 “ el *alarmante déficit en la acogida de las personas discapacitadas* ” [12].

El apoyo a las personas con discapacidad no es suficiente y tiende a fomentar la implementación de la selección prenatal.

Francia no parece receptiva a las preocupaciones sobre los excesos eugenésicos...

Es también por estas razones que, en septiembre de 2021, las Naciones Unidas pidieron a Francia que revisara sus “*políticas y prácticas capacitistas en las que se basa el cribado genético prenatal de las deficiencias fetales*”, que “ *devalúan a las personas discapacitadas* ” [13]. La combinación de políticas de detección y la falta de apoyo a las personas con discapacidad, una vez nacidas, refleja el capacitismo [14] que subyace al espíritu francés.

...las últimas recomendaciones de la HAS son una prueba más de ello

Último ejemplo de este espíritu validista: la Alta Autoridad Sanitaria (HAS) publicó recientemente recomendaciones sobre el cribado prenatal no invasivo (ver DPNI: HAS recomienda ampliar el cribado más allá del síndrome de Down¹¹¹). En un extenso documento que evalúa la “realización” de este cribado, la HAS concluye recomendando “ *ofrecer a las mujeres [...] la búsqueda de anomalías cromosómicas compatibles con un embarazo activo y que puedan tener consecuencias fetales u obstétricas de particular gravedad, [que] son las trisomías 2, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 18, 21 y 22 y anomalías segmentarios no crípticos* ” [15]. Las instituciones francesas parecen insensibles a las advertencias de la comunidad internacional. Implementan la selección prenatal y recomiendan ampliarla aún más.

¹¹⁰<https://www.genethique.org/depistage-et-diagnostic-prenatal-les-techniques-evoluent-la-trisomie-21-est-toujours-ciblee/>

¹¹¹ <https://www.genethique.org/dpni-la-has-recommande-delargir-le-depistage-au-dela-de-la-trisomie-21/>

“ El examen del síndrome de Down afecta actualmente a casi todos los embarazos en Francia y es gratuito. Atrevámonos a decirlo: Francia está construyendo paso a paso una política sanitaria que coquetea cada vez más con la eugenesia ”, advirtió Didier Sicard en 2007 [16] .

Hacia una sociedad genéticamente estandarizada: ¿una sociedad inhumana?

El carácter “privado”, “relativo” o “liberal” no atenua en modo alguno la realidad de la eugenesia. El intento, tal vez sutil, del director científico de *Heliospect Genomics* de lograr la aceptación de lo que sería una “buena” eugenesia, en realidad no es nada nuevo. No sorprende en una sociedad que promueve el desempeño y la productividad, incluso en materia de procreación. Se trata de “obtener” un niño libre de “anomalías”, “optimizado”. ¿Por una vida sin sufrimiento?

¿Tendrá nuestra sociedad el valor de poner palabras a los hechos para que pueda empezar a tomar conciencia? Porque ¿podemos denunciar la selección de embriones basada en un hipotético criterio de coeficiente intelectual sin condenar todas las demás selecciones prenatales? Del bebé impecable y “perfecto” al bebé genéticamente modificado y “aumentado”, ¿no es inevitable la secuencia? La indignación de los científicos ya parece haberse disipado (ver [¿Bebés modificados genéticamente? “Inaceptable actualmente” para los científicos](#)¹¹²). ¿Qué pasará con los ciudadanos?

Referencias

- [1] La Voix du Nord, Anne-Lise Teneul, [¿Quién quiere regalarse un bebé perfecto y hecho a medida?](#) (31/10/2024)
- [2] Europa 1, Eugénie Bastié, [¿Cuál es el coeficiente intelectual de su embrión?](#) (13/11/2024)
- [3] L'Express, Robin Rivaton, [¿Clasificar tus embriones según el coeficiente intelectual? Detrás de la polémica, una tendencia inevitable](#) (11/07/2024)
- [4] El término “eugenesia liberal” proviene de Jürgen Habermas, autor de *El futuro de la naturaleza humana*. ¿Hacia una eugenesia liberal? (2001)
- [5] Persona&Familia, Reestructuración de la definición de eugenesia en términos de diagnóstico prenatal (01/06/2024)

¹¹²<https://www.genethique.org/des-bebes-genetiquement-modifies-inacceptable-a-lheure-actuelle-pour-les-scientifiques/>

[6] [Génétique, Danielle Moyse, “¿Es la selección de vidas lo que crea la eugenesia o la violencia de esta selección? » \(21/11/2024\)](#)

[7] [Le Monde, Jean-Yves Nau, La erradicación planificada del mongolismo, \(13/03/1999\)](#)

[8] [Le Monde, comentarios de Didier Sicard recogidos por Michel Alberganti y Jean-Yves Nau, Francia contra el riesgo de la eugenesia \(02/04/2007\)](#)

[9] [El dictamen n° 133 del 15 de septiembre de 2019 del CCNE evoca implícitamente la noción cuando define la eugenesia p.41. El calificativo “privado” se utiliza en el aviso n° 138 del 20 de mayo de 2021.](#)

[10] [Le Monde, Jean-Yves Nau, La erradicación planificada del mongolismo, \(13/03/1999\)](#)

[11] [Science et Vie, Cribado prenatal: ¿debemos temer una deriva eugenésica? \(24/07/2024\)](#)

[12] [Le Monde, comentarios de Didier Sicard recogidos por Michel Alberganti y Jean-Yves Nau, Francia contra el riesgo de la eugenesia \(02/04/2007\)](#)

[13] [Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ONU, Observaciones finales sobre el informe sobre Francia , 14 de septiembre de 2021, p.5](#)

[14] También llamado validismo, es un sistema de valores que hacen de la persona “válida” la norma social.

[15] [HAS, Exámenes basados en ADN libre circulante realizados como parte del cribado de trisomía 21 – Oportunidad para detectar otras anomalías cromosómicas \(26/09/2024\), páginas 65-66](#)

[16] [Le Monde, comentarios de Didier Sicard recogidos por Michel Alberganti y Jean-Yves Nau, Francia contra el riesgo de la eugenesia \(02/04/2007\)](#)

¡Cuidadme así! Decálogo para morir bien¹¹³



OBSERVATORIO DE BIOETICA UCV|29 octubre, 2024



En el libro, *¡Cuidadme así! Decálogo para morir bien*, su autor Jacinto Bátiz, director del Instituto Para Cuidar Mejor del Hospital San Juan de Dios de Santurce, afirma que «pretendo compartir cómo deseo que sean estos cuidados cuando yo los necesite, basándome en lo que aprendí durante los muchos años en los que acompañé a enfermos en fase terminal»; es decir, compartir los aprendizajes de una vida dedicada a los cuidados paliativos y que ha contado con las mejores maestras, personas enfermas.

¹¹³ <https://www.observatoriobioetica.org/2024/10/cuidadme-asi-decalogo-para-morir-bien/10002597>

Bátiz resume el Decálogo en los siguientes puntos:

1. «Tratadme como a una persona».

“No me contempléis solo como una estructura biológica, sino además tened en cuenta mi dimensión emocional, social y espiritual” (Bátiz, 2024: 17). No basta con aliviar el dolor y cualquier otro síntoma... Y tampoco hay que olvidar a quien cuida, la familia. “Creo que fuimos muy bien entrenados para tratar enfermedades, pero con muchas carencias para tratar a las personas enfermas” (Bátiz, 2024: 18). Esto hay que tenerlo en cuenta no sólo ante las enfermedades incurables. Cuando se está llegando al final hay cuatro necesidades fundamentales que los profesionales de la salud tienen que identificar y satisfacer:

- a) Alivio de los síntomas que provocan sufrimiento físico.
- b) Apoyo emocional.
- c) Compañía, las personas tienen derecho a no morir en soledad.
- d) Apoyo espiritual (la más desconocida). En ese momento surgen con fuerza preguntas del tipo: “¿Por qué a mí? ¿Para qué seguir peleando? ¿Qué sentido tiene mi vida ahora que me encuentro mal? ¿Qué pinta Dios en todo esto, por qué no hace nada para parar esta enfermedad? ¿Existe algo después de la muerte?” (Bátiz, 2024: 24).

2. «Permitidme expresar mis sentimientos».

El miedo a la muerte es una emoción muy enraizada en las personas. Hay que dejar que la persona enferma se exprese sin interrupciones, que comparta sus pensamientos y emociones, que se desahogue siempre que quiera. Asimismo, hay que responder sus preguntas y dudas de forma realista.

3. «Permitidme participar en las decisiones sobre mis cuidados».

“Desearía que no ejerzáis conmigo el paternalismo de antaño, pero que tampoco caigáis en la obstinación autonomista. Ya sé que tengo derecho a mi autonomía, pero, si queréis ayudarme de verdad, deliberad conmigo las decisiones que se vayan a tomar; es decir, quiero que me ayudéis de verdad con una autonomía compartida” (Bátiz, 2024: 37). Para que se tengan en cuenta nuestras opiniones conviene dejar por escrito cómo queremos ser cuidados al final de la vida, o, al menos, expresárselo a quienes nos cuiden en ese momento. El *Documento de voluntades anticipadas*, *Documento de instrucciones previas* o, coloquialmente, Testamento vital es vinculante legalmente cuando está correctamente cumplimentado y registrado (para más información véase Gobierno Vasco, [2024](#)).

4. «No me dejéis morir solo».

“Lo esencial en el proceso de acompañar es no dejar solo a quien no desea estar solo. Es de suma importancia que los moribundos no se sientan abandonados; en otras palabras, que sientan que están siendo cuidados por otros, incluso aunque sean conscientes de que no tienen cura. Deseo que respetéis mi soledad buscada y que me libréis de una soledad obligada” (Bátiz, 2024: 46). La persona moribunda necesita saberse acompañada por los profesionales sanitarios, la familia y sus amistades. La compañía reconforta, la soledad aumenta el dolor. Las familias con una persona ingresada en fase terminal tienen tres necesidades (Bátiz, 2024: 52-53):

- a) Reajuste familiar en el tiempo de cuidado de la persona enferma.
- b) Tiempo para gestionar todos los recursos.
- c) Dinero. Para dar respuesta a esto es necesario que entren en acción profesionales de la Salud, de la Psicología, del Trabajo Social, personas voluntarias, etc. “El abandono y la obstinación terapéutica son los dos extremos de la mala praxis médica en la atención al final de la vida, que constituyen una grave vulneración del Código de Deontología Médica” (Bátiz, 2024: 60). [Véase OMC, 2022¹¹⁴]

5. “Cuando os pregunte, no me engañéis”.

“La persona, aunque enferma, tiene derecho a saber qué le ocurre, tiene derecho a tomar decisiones y tiene derecho a que se respete su dignidad” (Bátiz, 2024: 65). Muchas personas presienten la gravedad de su situación y piden que se aclaren sus dudas. Hay que comunicarles, de forma gradual y partiendo de lo que saben, la verdad que puedan comprender, asumir y aceptar. Y hay que prestar atención a la reacción psicológica al recibir la información. En ocasiones la familia pide al personal sanitario que participe en una “conspiración de silencio”, pero hay que tener claro que la obligación ética es con la persona enferma, no con la familia.

6. “No me juzguéis”.

“Cuando el enfermo se encuentra en la situación clínica de terminalidad, no necesita nuestros consejos, necesita nuestra compañía y nuestra escucha. En ningún caso, nuestro acompañamiento tendrá como objetivo hacerle cambiar de opinión” (Bátiz, 2024: 74). Debemos conocer qué es dignidad para la persona que se encuentra en esa situación, porque su dignidad le pertenece. “Buscar el máximo beneficio para el enfermo continúa siendo el motor básico de la

¹¹⁴ <https://www.cgcom.es/conocenos/cgcom/comision-de-etica-y-deontologia-medica-de-la-omc>

práctica médica, pero la voluntad del enfermo debe determinar la dirección correcta y el límite de nuestra atención médica” (Bátiz, 2024: 77).

7. “Comprendedme y ayudadme a afrontar mi muerte”.

“Yo deseo que quienes me cuidéis, seáis además de competentes profesionalmente, personas cercanas a mis necesidades, seáis capaces de conocerlas, de comprenderlas y de satisfacerlas para ayudarme a afrontar mi muerte” (Bátiz, 2024: 81). La falta de formación en cuidados paliativos suele conducir a tres actitudes muy perjudiciales, que van en contra de una atención integral: el abandono, la autosuficiencia o el miedo.

8. “Cuidadme como os gustaría que os cuidaran”.

Nos encontramos ante la regla de oro¹¹⁵, norma básica para una buena convivencia y entendimiento mutuo. En situaciones de alta vulnerabilidad, y la enfermedad lo es, somos más sensibles al trato carente de empatía y compasión.

9. “No adelantéis intencionadamente mi muerte”.

“No tengo miedo a la muerte, tengo miedo a sufrir. Aunque no quiera morirme, ya sé que no va a ser posible, pero sí puede ser posible no sufrir. Por ello no deseo que adelantéis intencionadamente mi muerte, pero tampoco deseo que prolonguéis mi agonía con tratamientos inútiles en una situación clínica de terminalidad; que seáis capaces de no iniciar o de retirar tratamientos desproporcionados” (Bátiz, 2024: 95). Aliviar el dolor no es opcional, es una obligación ética, pero no debe consistir en “eliminar a quien sufre”.

10. “Cuidad a mi familia para aliviar su pena”.

Es importante contribuir a que la familia no desarrolle un duelo enfermizo. La mejor medida preventiva para ello es saber que la persona ha fallecido con dignidad, en paz y sin dolor ni sufrimiento.

¡Qué importante formarnos e informarnos sobre el proceso del final de la vida!
¡Qué diferencia, tanto para quien se va como para su entorno, si a la persona se le procura una atención integral!

¹¹⁵ <http://livingpeaceinternational.org/es/el-proyecto/regola-d-oro-2.html>

Referencias

Bátiz, Jacinto (2008, 20 septiembre). Cuidar con caricias. *El Correo*.

<https://www.elcorreo.com/vizcaya/20080920/opinion/cuidar-caricias-20080920.html>

Bátiz Cantera, Jacinto (2024). *¡Cuidadme así! Decálogo para morir bien*. Madrid: San Pablo.

Echaniz Barrondo, Arantza (2014, 21 febrero). Cuidar con caricias.

<https://echanizbarrondo.blogspot.com/2014/02/cuidar-con-caricias.html>

Gobierno Vasco (2024, 21 junio). Voluntades anticipadas.

<https://www.euskadi.eus/informacion/voluntades-anticipadas-va/web01-a2inform/es>

Living Peace (2016). La regla de oro.

<http://livingpeaceinternational.org/es/el-proyecto/regola-d-oro-2.html>

Médicos y pacientes (2009, 11 noviembre). Miembros de la OMC, galardonados en la VIII edición del Premio Reflexiones.

<https://www.medicosypacientes.com/articulo/miembros-de-la-omc-galardonados-en-la-viii-edicion-del-premio-reflexiones>

OMC – Organización Médica Colegial de España (2022). Código de Deontología Médica 2022.

<https://www.cgcom.es/conocenos/cgcom/comision-de-etica-y-deontologia-medica-de-la-omc>

Universidad de Deusto (2024a, 1 febrero). La Universidad de Deusto y la Fundación Pía Aguirreche trabajarán conjuntamente para promover los valores de la cultura paliativa.

<https://www.deusto.es/es/inicio/vive/actualidad/noticias/la-universidad-de-deusto-y-la-fundacion-pia-aguirreche-trabajaran-conjuntamente-para-promover-los-valores-de-la-cultura-paliativa/noticia>

Universidad de Deusto (2024b, 24 julio). I Edición del curso “Hacia una cultura paliativa para cuidar a las personas”.

<https://www.deusto.es/es/inicio/vive/actualidad/noticias/i-edicion-del-curso-%E2%80%9Chacia-una-cultura-paliativa-para-cuidar-a-las-personas%E2%80%9D/noticia>