

COVID-19 y bioética global
COVID-19 and global bioethics
Henk ten Have

Bioética y justicia global. Análisis crítico sobre la estrategia global de vacunación COVID-19
Bioethics and global justice. Critical analysis of the COVID-19 global vaccination strategy
Cristina de la Cruz Ayuso

Medicina & ética

Revista internacional de bioética, deontología y ética médica



2022 / 1

Enero - Marzo
January - March

ISSN revista impresa
0188-5022

ISSN revista digital
2594-2166

Bioética global: ¿nuevos argumentos sobre los derechos animales?
Global Bioethics: ¿New arguments on animals' rights?
José Enrique Gómez Álvarez

Implicaciones bioéticas en el «efecto de contagio» del suicidio
Bioethical implications in the «contagion effect» of suicide
Érika Benítez Camacho

Comparación de la NaProTecnología con las Técnicas de Reproducción Asistida
How NaProTechnology compares with Assisted Reproductive Technology
Pasquale Gallo, Joseph Tham

Autoevaluación del conocimiento y aplicación del código de conducta por servidores públicos de salud en Tlaxcala
Self-assessment of knowledge and application of the code of conduct by public health servers in Tlaxcala
Óscar Castañeda Sánchez, Rosalba Jaramillo Sánchez

Bioética
Bioethics
José Enrique Gómez Álvarez



Facultad de Bioética

Instituto de Humanismo
en Ciencias de la Salud

Facultad de Ciencias de la Salud

Centro de Investigación
en Ciencias de la Salud



Red de Universidades
Anáhuac

Centros de Bioética



@medicinayetica

<https://revistas.anahuac.mx/bioetica>

www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/revista-medicina-y-etica

RECTOR

Dr. Cipriano Sánchez García, L.C.

VICERRECTORES ACADÉMICOS

Dra. Lorena Rosalba Martínez Verduzco

Mtro. Jorge Miguel Fabre Mendoza

DIRECTOR DE LA FACULTAD DE BIOÉTICA

Dr. Fernando Fabó Martín

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

Dr. José Pozón López

COORDINADORA DE PUBLICACIONES ACADÉMICAS

Mtra. Alma E. Cázares Ruiz

Medicina y Ética está incluida en el Directorio de Latindex, en el Catálogo Latindex v1.0, en la base de datos Sherpa Romeo, en Bibliografía Latinoamericana en revistas de investigación científica y social (BIBLAT), en The Philosopher's Index y en MIAR.

Asimismo, en las Top 100 Bioethics Journals in the World de la Bioethic Research Library, Georgetown University (Washington D.C., USA).

DIRECTOR

Fernando Fabó Martín, PhD

DIRECTOR EJECUTIVO

Juan Manuel Palomares, PhD

COORDINADORA EDITORIAL

María Elizabeth de los Ríos Uriarte, PhD

ADMINISTRACIÓN ELECTRÓNICA

Antonio Muñoz, PhD

DISEÑO DE PORTADA

Priscilla Camargo Bacha

TRADUCCIÓN Y CORRECCIÓN DE ESTILO

Sara Palatchi

COMPOSICIÓN TIPOGRÁFICA

Paideia Empresarial

MEDICINA Y ÉTICA

Revista Internacional de Bioética,
Dentología y Ética Médica

BIOETHICS AND MEDICINE

The International Journal of Bioethics,
Dentology and Medical Ethics

Volumen XXXIII

2022/1

Enero - Marzo

January - March

Consejo Científico

Agazzi Evandro, Aznar Lucea Justo (+), Cabrera Antonio, Carrillo José Damián,
Ferrer Jorge, García Gómez Alberto, Gallagher Coleen, León Francisco, Miranda
Gonzalo, Revello Rubén, Ruiz de Chávez Manuel Hugo, Serra Van Dunem José
Octavio, Simpire Jacques, Ten Have Henk, Tham Joseph, Viesca Treviño Carlos.

Comité Editorial

Fernández Molina Victoria, García Fernández Dora, Hall Robert, Jiménez Piña Raúl,
Kalkach Mariel, Llaca Elvira, Lunstroth John, Marcó Bach Francisco Javier, Muñoz Torres
Antonio, Palazzani Laura, Postigo Solana Elena, Ruiz Claudia, Tarasco Michel Martha, Templos
Luz Adriana, Velázquez González Lourdes, Weingerz Mehl Samuel, Zonenszein Laiter Yael.

Medicina y Ética. Revista Internacional de Bioética, Dentología y Ética Médica, Vol. XXXIII, enero - marzo 2022, es una publicación trimestral editada por Investigaciones y Estudios Superiores S.C. (conocida como Universidad Anáhuac México), a través de las Facultades de Bioética y Ciencias de la Salud. Av. Universidad Anáhuac núm. 46, Colonia Lomas Anáhuac, C.P. 52786, Huixquilucan, Estado de México. Tel.: 55 5627 0210.

<https://www.anahuac.mx/mexico/>

Editor responsable: Dr. Fernando Fabó Martín.

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del Título: 04-2021-061709535800-203.

ISSN impreso: 0188-5022, ISSN electrónico: 2594-2166, otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Responsable de la última actualización de este número, Facultad de Bioética, Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte, Av. Universidad Anáhuac núm. 46, Colonia Lomas Anáhuac, C.P. 52786, Huixquilucan, Estado de México. Tel.: 55 5627 0210, Fecha de la última modificación: 30 de diciembre de 2021.

El contenido de los artículos es total responsabilidad de los autores y no refleja el punto de vista del Editor ni de la Universidad Anáhuac México.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.

Todo el contenido intelectual que se encuentra en la presente publicación periódica se licencia al público consumidor bajo la figura de Creative Commons®, salvo que el autor de dicho contenido hubiere pactado en contrario o limitado dicha facultad a "Medicina y Ética®" o "Universidad Anáhuac México®" por escrito y expresamente.

Medicina y Ética se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.



Índice

Editorial.....	7
Introduction.....	13
Artículos:	
COVID-19 y bioética global	19
<i>COVID-19 and global bioethics</i>	53
Henk ten Have	
Bioética y justicia global. Análisis crítico sobre la estrategia global de vacunación COVID-19.....	85
<i>Bioethics and global justice. Critical analysis of the COVID-19 global vaccination strategy</i>	105
Cristina de la Cruz Ayuso	
Bioética global: ¿nuevos argumentos sobre los derechos animales?	123
<i>Global Bioethics: ¿New arguments on animals' rights?</i>	143
José Enrique Gómez Álvarez	
Implicaciones bioéticas en el «efecto de contagio» del suicidio	163
<i>Bioethical implications in the «contagion effect» of suicide</i>	185
Érika Benítez Camacho	
Comparación de la NaProTecnología con las Técnicas de Reproducción Asistida	205
<i>How NaProTechnology compares with Assisted Reproductive Technology</i>	223
Pasquale Gallo, Joseph Tham	
Autoevaluación del conocimiento y aplicación del código de conducta por servidores públicos de salud en Tlaxcala	239
<i>Self-assessment of knowledge and application of the code of conduct by public health servers in Tlaxcala</i>	253
Óscar Castañeda Sánchez, Rosalba Jaramillo Sánchez	
Reseña:	
Bioética	267
<i>Bioethics</i>	273
José Enrique Gómez Álvarez	

EDITORIAL

Abrimos este año 2022 y el volumen XXXIII de nuestra revista con la triste noticia del fallecimiento del Dr. Justo Aznar, acaecido en noviembre de 2021. Lamentamos profundamente la pérdida del Dr. Aznar, miembro de nuestro Consejo Científico, quien deja un legado muy valioso para la Bioética y quien, con su ejemplo y esfuerzos como fundador del Observatorio de Bioética de la Universidad Católica de Valencia, siempre enseñó que los valores que la Bioética defiende son perentorios y que hay que velar constantemente por ellos. Descanse en Paz Dr. Justo Aznar Lucea.

La crisis vivida a causa de la pandemia creada por el COVID-19 ha develado la urgente necesidad de expandir los horizontes de la bioética, para llevarla a la reflexión y solución de problemas que conciernen a todos los seres humanos y que se encuentran intrínsecamente conectados unos con otros.

Hoy más que nunca se necesita pensar en las relaciones humanas y en el entorno que habitamos, atendiendo las circunstancias particulares y locales desde un horizonte, metodología, principios y propuestas globales. Hoy los problemas ya no son individuales; ahora son colectivos y compartidos, de escala mundial, persistentes en el tiempo, y requieren grandes esfuerzos colectivos para mitigarlos y erradicarlos. Estas son las consignas con las que surge la bioética global ya desde aquel primer artículo de Van Ranssaeler Potter, *Bioethics: the Science of survival*, en 1970, que un año más tarde se convertiría en libro con el título de *Bioethics: a bridge to the future*. En él se proponía que la bioética, preocupada por el futuro de la humanidad, fungiera como el puente que conectara la ciencia y sus avances con la reflexión ética y los valores humanos, de tal manera que todas aquellas problemáticas que surgieran en contextos espe-

cíficos, pero que a su vez tuvieran repercusiones en la vida y salud de los individuos y de las comunidades, fueran materia de estudio de la bioética.

Durante años, esta intención original se desvirtuó, al grado de arrinconar la bioética únicamente en el campo médico y enmarcarla en la relación médico-paciente. Pero cada vez con mayor frecuencia, y ahora más con la evidencia de la pandemia que nos aqueja, sucede que es apremiante, y no sólo necesario, pensar el mundo desdibujando fronteras y considerar los problemas como múltiples y complejos en sus repercusiones.

Por este motivo, en este número hacemos un esfuerzo por acercar una mirada global a los problemas sociales, políticos, geográficos y culturales que afectan la vida y la salud a partir de la bioética global.

En el primer artículo, «COVID-19 y bioética global», Henk ten Have, un gran estudioso de la bioética global, parte de la premisa de que esta pandemia ha generado no sólo una multiplicación de publicaciones en materia bioética, sino que también ha puesto en evidencia la interconectividad de realidades, la vulnerabilidad humana diferenciada, la falta de preparación y la improvisación, lo que, a su vez, ha generado respuestas distintas entre las naciones en sus intentos por contener los contagios y disminuir las muertes por el coronavirus SARS-CoV-2.

El autor propone tres enfoques usados en este tiempo para responder a la pandemia: a) la *excepcionalidad*, en donde se asumen como normales y legítimas acciones que no lo serían en otro contexto de menor urgencia y desconocimiento; b) la *controlabilidad*, en la que se parte de la creencia de que el virus puede y debe controlarse y, para ello, se usa la metáfora de la guerra, la cual justifica acciones de control, aun cuando parecieran ser excesivas y, c) el *enfoque binario*, que resalta las diferencias y genera dicotomías respecto de los modos de afectación del virus en cada persona, y genera diversas posturas sobre protocolos de acción frente a cada una.

La bioética global, concluye el autor, ayuda a recuperar la *relacionalidad* entre las personas, así como la *solidaridad*, que son principios fundamentales para recuperar la dignidad y proteger la salud de todos los seres humanos.

En el segundo artículo, «Bioética y justicia global. Análisis crítico sobre la estrategia global de vacunación COVID-19», Cristina de la Cruz plantea el problema ético de los criterios de distribución de las vacunas desde la justicia global, y hace un análisis del Plan del Fondo Monetario Internacional para la pandemia SARS-COV-2, que tiene un doble objetivo: alcanzar la equidad vacunal y lograr con ello la derrota del virus.

La autora recuerda que los dilemas de justicia global deben atender dos inquietudes: reconocer que existen obligaciones transfronterizas y dilucidar un marco normativo en términos de justicia distributiva que ejecute dichas obligaciones.

Así, el problema de la justicia global en el caso de las vacunas COVID se mueve entre la gobernanza mundial y los mercados globales, convirtiéndose también en un problema geopolítico.

En este artículo se discuten algunas propuestas para una distribución justa de las vacunas, bajo el supuesto de que todos los países deben tener derecho al acceso a las mismas, por ser un bien común y la salud un derecho humano internacional. Desde el enfoque de «prioridad justa» hasta el de preferencia a los más vulnerables, pasando por los criterios utilitaristas, la justicia global se enfrenta al problema de clasificar y priorizar las desigualdades.

El tercer artículo, «Bioética global: ¿nuevos argumentos sobre los derechos animales?», de Gómez Álvarez, permite una renovada discusión en torno al antiguo problema sobre si los animales tienen o no derechos y, tras analizar la bibliografía existente, descubre que los argumentos usados son casi siempre los mismos, con excepción de algunos que resultan novedosos.

Los argumentos que descubre Gómez Álvarez casi siempre tienen una base común, que es la afirmación de que no hay saltos

cualitativos entre los animales y los humanos, de tal manera, entonces, que no se justifica una superioridad de especie que pueda dominar y usar a la otra considerada inferior. Esta base queda comprobada en el momento en que esa supuesta superioridad se derrumba ante la constatación de la línea evolutiva.

Un argumento novedoso mencionado por el autor es el constitucionalismo latino, que afirma la interdependencia de todos los vivientes, al reconocer a la naturaleza humana como madre Tierra.

A pesar de estos hallazgos, Gómez Álvarez propone que, en efecto, sí existe una diferencia cualitativa entre los animales y los seres humanos, la cual radica en sus capacidades. Este debate sigue siendo la piedra angular del dilema sobre los derechos de los animales.

El cuarto artículo, «Implicaciones bioéticas en el “efecto de contagio” del suicidio», de Érika Benítez, se asoma a una realidad doliente que se ha agudizado más en este tiempo de pandemia, que es el suicidio.

La óptica desde la cual la autora aborda esta problemática es desde el papel y la responsabilidad que tienen los medios de comunicación en el “efecto de contagio” del suicidio. Ella sostiene que, al reproducir imágenes y noticias de suicidios, los medios de comunicación contribuyen a aumentar los factores de riesgo de la conducta suicida. De igual manera, subraya otros elementos, como el lugar en que se coloca la noticia en los medios impresos, el tiempo de cobertura, el comunicado sobre los medios usados, que pueden aumentar aún más la exposición y contribuir al efecto de contagio; de ahí que éstos deban tener una responsabilidad ética y bioética en su quehacer.

Desde la bioética, es importante fortalecer esta responsabilidad desde los principios de respeto a la dignidad humana, el de vulnerabilidad, los de sociabilidad y subsidiariedad principalmente, aunque los demás también deban ser considerados e incorporados en las regulaciones.

El siguiente artículo, «Comparación de la NaProTecnología con las Técnicas de Reproducción Asistida», de Pasquale Gallo y Joseph Tham, presenta un interesante abordaje de la NaProTecnología en comparación con las actuales técnicas de reproducción asistida.

La propuesta de la NaProTecnología, según estos autores, representa una alternativa más ética y con menores riesgos e implicaciones que las técnicas de reproducción humana, en cuanto que analiza y detecta los factores y las condiciones tanto internas y fisiológicas como las externas y del entorno que afectan la fertilidad e impiden la concepción de un hijo. Se enfoca, además, en brindarles una solución, y no únicamente en el proceso de procreación asistida, como lo hace el resto de las técnicas, por lo que proponen que ésta sea financiada por los gobiernos y recomendada por las sociedades médicas.

Así, afirman que la NaProTecnología cumple incluso con las consideraciones religiosas que son importantes desde el magisterio de la Iglesia, tales como conservar la función unitiva y procreativa de la sexualidad y el respeto a la vida humana desde la concepción hasta su muerte natural. De igual modo, conlleva menores riesgos médicos y tiene menos implicaciones sociales y legales, ya que presenta problemas aún por resolver en cuanto al derecho a la filiación. Por todo ello, presentan la NaProTecnología como una alternativa más ética.

Por último, en el sexto artículo de este número, «Autoevaluación del conocimiento y aplicación del código de conducta por servidores públicos de salud en Tlaxcala», Óscar Castañeda y Rosalba Jaramillo hacen un análisis interesante del apego a los códigos de conducta de los servidores públicos en un hospital de Tlaxcala, con el objetivo de comprobar que, a mayor adhesión al código, mayor nivel de satisfacción de los usuarios y mejor calidad en el servicios brindados, y concluyen que la mayoría de los servidores sí se apegan a principios como la responsabilidad, la honestidad, el servicio y la honradez.

Finalmente, la reseña que se presenta sobre el libro «Bioética» de Guerrero Martínez, ofrece una literatura novedosa en el campo de la bioética, puesto que analiza temas que no se circunscriben al ámbito de la bioética clínica, sino que van desde el uso de las biotecnologías hasta, de nueva cuenta, el debate sobre los derechos de los animales y, también, en cuanto que son abordados y reflexionados desde la mirada filosófica de grandes pensadores, como Kierkegaard, Gadamer, Derridá y Nussbaum.

Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte
Coordinadora editorial
Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac México, México
<https://orcid.org/0000-0001-9600-445X>

INTRODUCTION

We open this year 2022 and volume XXXIII of our magazine with the sad news of the death of Dr. Justo Aznar, which occurred in November 2021. We deeply regret the loss of Dr. Aznar, a member of our Scientific Council, who leaves a very valuable legacy for Bioethics and who, with his example and efforts as founder of the Bioethics Observatory of the Catholic University of Valencia, always taught that the values defended by Bioethics are peremptory and that they must be constantly watched over. Rest in Peace Dr. Justo Aznar Lucea.

The crisis caused by the pandemic created by COVID-19 has revealed the urgent need to expand the horizons of Bioethics, to bring it to the reflection and solution of problems that concern all human beings and are intrinsically connected to each other.

Today, more than ever, it is necessary to think about human relations and the environment we inhabit, addressing particular and local circumstances from a global horizon, methodology, principles and proposals. Problems are no longer individual; they are now collective and shared, global in scale, persistent over time and require collective efforts to mitigate and eradicate them. These are the slogans with which global bioethics emerged from that first article by Van Ranssaeler Potter, *Bioethics: The Science of survival*, in 1970, which a year later became a book under the title *Bioethics: A bridge to the future*, which proposed that bioethics, concerned about the future of humanity, should act as a bridge connecting science and its advances with ethical reflection and human values, so that all those problems that arise in specific contexts, but which in turn have repercussions on the life and health of individuals and communities, should be the subject of bioethics studies.

For years, this original intention was distorted, to the point of cornering bioethics only in the medical field and framing it in the doctor-patient relationship. But more and more frequently, and now even more so with the evidence of the pandemic that afflicts us, it is urgent and not only necessary to think about the world, blurring borders and considering the problems as multiple and complex in their repercussions.

For this reason, in this issue we make an effort to take a global look at the social, political, geographical and cultural problems that affect life and health from the perspective of global bioethics.

In the first article, «COVID-19 and global bioethics», Henk ten Have, a great scholar of global bioethics, starts from the premise that this pandemic has generated not only a multiplication of publications on bioethics, but has also highlighted the interconnectivity of realities, differentiated human vulnerability, lack of preparation and improvisation, which, in turn, has generated different responses among nations in their attempts to contain contagions and reduce deaths from the SARS-COV-2 coronavirus.

The author proposes three approaches used at this time to respond to the pandemic: a) *exceptionality*, where actions are assumed to be normal and legitimate that in another context of less urgency and ignorance would not be; b) *controllability*, which is based on the belief that the virus can and should be controlled and, for this, the metaphor of war is used, which justifies control actions, even when they seem to be excessive and, c) *the binary approach*, which highlights the differences and generates dichotomies regarding the ways in which the virus affects each person, and generates different positions on action protocols against each one.

Global bioethics, the author concludes, helps to recover *the relationality* between people, as well as *solidarity*, fundamental principles to recover dignity and protect the health of all human beings.

In the second article, «Bioethics and global justice. Critical analysis of the global COVID-19 vaccination strategy», Cristina de la Cruz raises the ethical problem of the criteria for the distribu-

tion of vaccines from global justice, and makes an analysis of the Plan of the International Monetary Fund for the SARS-CoV-2 pandemic-2, which has a double objective: achieve vaccination equity and thus achieve the defeat of the virus.

The author recalls that global justice dilemmas must address two concerns: recognizing that there are cross-border obligations and elucidating a normative framework in terms of distributive justice that executes these obligations.

Thus, the global justice problem in the case of COVID vaccines moves between world governance and global markets, also becoming a geopolitical problem.

The article discusses some proposals for a fair distribution of vaccines, under the assumption that all countries should have the right to access them, since health is a common good and health is an international human right. From the «fair priority» approach to that of preference for the most vulnerable, passing through utilitarian criteria, global justice faces the problem of classifying inequalities and prioritizing them.

The third article, «Global Bioethics: New arguments on animal rights?», By Gómez Álvarez, allows a renewed discussion around the original problem of whether animals have rights or not and, after analyzing the existing bibliography, discovers that the arguments used are almost always the same, with the exception of some new ones.

The arguments that Gómez Álvarez discovers almost always have a common basis, which is the affirmation that there are no qualitative leaps between animals and humans, in such a way that there is no justification for a superiority of species that can dominate and use the other considered inferior. This basis is proven at the moment when this supposed superiority collapses in the face of the verification of the evolutionary line

A novel argument mentioned by the author is Latin constitutionalism, which affirms the interdependence of all living beings, by recognizing human nature as Mother Earth.

Despite these findings, Gómez Álvarez proposes that, in effect, there is a qualitative difference between animals and human beings, which lies in their capacities. This debate remains the cornerstone of the dilemma over animal rights.

The fourth article, «Bioethical implications in the “contagion effect” of suicide», by Érika Benítez, looks at a painful reality that has become more acute in this time of pandemic, which is suicide.

The perspective from which the author addresses this problem is from the role and responsibility of the media in the “contagion effect” of suicide. She argues that, by reproducing images and news of suicides, the media contributes to increasing risk factors for suicidal behavior. In the same way, it highlights other elements, such as the place in which the news is placed in the printed media, the time of coverage, the statement on the media used, which can further increase exposure and contribute to the contagion effect; hence, they must have an ethical and bioethical responsibility in their work.

From a bioethical perspective, it is important to strengthen this responsibility based on the principles of respect for human dignity, vulnerability, sociability and subsidiarity, mainly, although the others should also be considered and incorporated in the regulations.

The following article, «Comparison of NaProTechnology with Assisted Reproductive Techniques», by Pasquale Gallo and Joseph Tham, presents an interesting approach to NaProTechnology in comparison with assisted reproductive techniques.

The NaProTechnology proposal, for these authors, represents a more ethical alternative with fewer risks and implications than human reproduction techniques, in that it analyzes and detects the internal and physiological factors and conditions, as well as the external and environmental ones that affect fertility and prevent the conception of a child. It also focuses on providing a solution, and not only on the process of assisted procreation as the rest of the techniques do, which is why they propose that it should be financed by governments and recommended by medical societies.

Thus, they affirm that NaProTechnology even complies with religious considerations that are important from the Church's magisterium, such as preserving the unitive and procreative function of sexuality and respect for human life from conception to natural death. Likewise, it entails fewer medical risks and has fewer social and legal implications, since it presents problems yet to be resolved regarding the right to filiation. For all these reasons, they present NaProTechnology as a more ethical alternative.

Finally, in the sixth article of this issue, «Self-assessment of the knowledge and application of the code of conduct by public health care workers in Tlaxcala», Óscar Castañeda and Rosalba Jaramillo make an interesting analysis of the adherence to the codes of conduct of public servants in a hospital in Tlaxcala, the objective is to prove that the greater the adherence to the code, the higher the level of user satisfaction and the better the quality of the services provided, concluding that the majority of public servants do adhere to principles such as responsibility, honesty, service and honesty.

Finally, the review presented on the book «Bioethics» by Guerrero Martínez, offers a novel literature in the field of bioethics, since it analyzes topics that are not limited to the field of clinical bioethics, but range from the use of biotechnologies to, once again, the debate on animal rights and, also, in that they are addressed and reflected from the philosophical viewpoint of great thinkers such as Kierkegaard, Gadamer, Derrida and Nussbaum.

Dr. María Elizabeth de los Ríos Uriarte

Editorial Coordinator

Bioethics Faculty, Anahuac University Mexico, Mexico

<https://orcid.org/0000-0001-9600-445X>

COVID-19 y bioética global

COVID-19 and global bioethics

*Henk ten Have**

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.01>

Resumen

El fenómeno global de la pandemia ha reactivado la noción de bioética global, argumentando que la bioética convencional no aborda suficientemente la experiencia pandémica. Esta experiencia pone de relieve la conectividad, la vulnerabilidad diferencial, lo inesperado y la falta de preparación. Durante la pandemia, las preocupaciones éticas se enfocan de una manera específica. Este artículo examina tres formas de enmarcarlas: con las nociones de excepcionalidad, controlabilidad y binaridad. A continuación se analiza el marco de la bioética global, que ofrece una perspectiva más amplia e inclusiva de la experiencia de la pandemia. Una noción fundamental en este marco es la relacionalidad. También acentúa que los intereses individuales y comunes no se oponen. Una tercera consideración en esta perspectiva es la solidaridad. Un marco global de bioética es un incentivo para repensar la globalización, la gobernanza global, la salud pública y la asistencia sanitaria. Si la bioética como esfuerzo social y global moviliza la imaginación moral para ampliar el alcance de la preocupación moral aplicando la capacidad humana de empatizar, contribuye de forma crucial a mejorar la vida social y la civilización.

* Universidad de Duquesne, Centro de Ética Sanitaria. Pittsburgh, EE.UU. Correo electrónico: henktenhave10@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-3224-7943>
Recepción: 15 de agosto de 2021. Aceptación: 12 de septiembre de 2021.

Palabras clave: bioética global, relacionalidad, solidaridad, pandemia, salud pública.

1. COVID-19 y ética

La pandemia de COVID-19 se asocia a un aumento de las publicaciones sobre ética y a un incremento del interés por la bioética mundial. Una búsqueda en PubMed (a principios de julio de 2021) muestra que la pandemia inspiró un gran número de publicaciones sobre cuestiones éticas relacionadas. Estas publicaciones abarcan una serie de cuestiones: normas de atención en caso de crisis, investigación acelerada, deber de atención, triaje en el tratamiento intensivo, priorización de la vacunación. La mayoría de los estudios se refieren a las dimensiones morales del tratamiento (Tabla 1).

Tabla 1: Número de publicaciones.

Términos de búsqueda	2019	2020	2021 (primera mitad)
Ética y COVID-19	3	2,2525	1,729
Ética, COVID-19 y tratamiento		1,419	802
Ética, COVID-19 y normas de atención		236	150
Ética, COVID-19 y triaje		188	100
Ética, COVID-19 y priorización		131	103
Ética, COVID-19 y deber de asistencia		41	32

Un número significativo de estas publicaciones aborda explícitamente la bioética global. Si observamos la evolución de las publicaciones sobre bioética mundial en general, se observa que durante mucho tiempo el número es bastante bajo, pero desde 2014 empezó a aumentar (Tabla 2).

Fuente: Elaboración propia.

En 2020, una búsqueda con las palabras clave «COVID-19 & global Bioethics» produjo 63 publicaciones, mientras que en el primer se-

Tabla 2: Crecimiento de las publicaciones mundiales sobre bioética.

– desde 1982	1-2 / año
– desde 1999	28 / año
– desde 2014	166 / año

Fuente: Elaboración propia.

mestre de 2021 se publicaron 60 artículos de revistas. Esto significa que en 2020, el 23% de todas las publicaciones sobre bioética global estaban relacionadas con la pandemia de COVID-19 (63 de 236), y en la primera mitad de 2021 subió al 39% (60 de 152). Si se observa el número total de publicaciones con la palabra clave «ética», la contribución de las publicaciones sobre COVID-19 y ética aumentó del 13% en 2020 (2,525 de 19,850) al 16% en el primer semestre de 2021 (1,729 de 10,569).

Una conclusión provisional es que la pandemia de COVID-19 ha estimulado las actividades de investigación y publicación centradas en las dimensiones éticas de la experiencia pandémica. Sin embargo, es interesante que una serie de publicaciones se dediquen a la autorreflexión bioética, argumentando que la bioética no está abordando suficientemente las cuestiones de la comunidad, el bien común, la solidaridad y la equidad. Mientras que la nueva amenaza vírica pone de manifiesto la vulnerabilidad y la interdependencia comunes, las políticas nacionalistas sólo se centran en las necesidades de países concretos, desviando a menudo los recursos de los países de ingresos bajos y medios (1). Aunque la pandemia agrava las disparidades sanitarias dentro de los países y en todo el mundo, en la corriente principal de la bioética las disparidades y desigualdades no han desempeñado un papel importante (2). Los análisis y las recomendaciones en materia de bioética suelen basarse en cálculos utilitarios, partiendo de la base de que el principal conflicto se da entre los intereses individuales y el bien común (3). Otro dilema que se menciona con frecuencia es el que existe entre la salud

pública y la libertad individual (4). Estos análisis autorreflexivos concluyen que el enfoque dominante de la bioética es inadecuado frente a la pandemia, por su falta de orientación normativa coherente (5) o por su excesivo énfasis en la autonomía personal y el individualismo (6, 7). La pandemia ha puesto de manifiesto las deficiencias y los conceptos erróneos de la bioética (8). Otros argumentan con fuerza que la bioética pos-COVID debe tener una perspectiva global (9). Debería prestarse más atención a la integración y la conexión; es decir, no sólo al contexto más amplio de la asistencia sanitaria, sino también a las redes sociales y culturales en las que se incluyen los individuos. Esto significa articular la importancia del bien común y las perspectivas de justicia, vulnerabilidad y solidaridad. En la era del COVID-19, la bioética global debe replantearse para abordar los fenómenos globales, de modo que surja un nuevo panorama de gobernanza sanitaria mundial (10), se examinen las condiciones de la solidaridad y la cooperación globales (11) y se incluyan las voces de las poblaciones marginadas y desfavorecidas en el discurso ético (12). Si una amenaza de enfermedad global como el COVID-19 exige respuestas globales, se necesita un marco ético más amplio y abarcador que el proporcionado por el modelo dominante de bioética (13).

2. La experiencia de la pandemia

Una de las razones por las que el fenómeno de la pandemia reactiva la noción de bioética global está relacionada con las características de la experiencia pandémica. Para muchas personas, especialmente en países de altos ingresos, la globalización ha sido un proceso más bien abstracto y externo, que ha dado lugar a productos útiles y menos costosos, como teléfonos inteligentes, computadoras y ropa, pedidos en línea a través de Amazon, Google y Apple, así como a la posibilidad de viajar y tener vacaciones en cualquier lugar del planeta. La amenaza del COVID-19 ha sacado a los fenóme-

nos globales de su abstracción beneficiosa. La globalización se ha convertido ahora en una experiencia interna, que afecta a la propia vida humana. Se convierte en una fuente de tensión entre países y regiones, y en un impedimento para las medidas de salud pública, manifestando dependencias y desigualdades. La experiencia de la pandemia pone, así, de manifiesto la *conectividad* como característica básica de la globalización. Una dimensión de la bioética global es su alcance mundial o planetario. Este significado se desprende de la imagen de la Tierra que aparece en la portada del primer libro de Potter sobre bioética (14). El planeta se visualiza como un globo solitario en el espacio exterior, articulando la experiencia de que es el hogar común de los seres humanos dentro del universo. Esta imagen del globo, por poderosa que sea, plantea la Tierra como un objeto externo. No provoca la sensación de que, de hecho, es el hábitat de los seres humanos, de modo que nuestra relación con las condiciones «ambientales» es más bien interna que externa; no podemos desvincularnos de nuestro hábitat; nuestro mundo vital no puede desconectarse del planeta. Por tanto, la imagen del «globo» corre el riesgo de separar al ser humano del contexto en el que habita. Una metáfora más adecuada para expresar la característica de conectividad es la de «esfera» (15). El uso de esta metáfora evoca la interconexión, la relación y la interdependencia. Esto también se expresa en nociones como «atmósfera», «biosfera», «ecosfera» y «virósfera». El planeta no es sólo el lugar de residencia, sino el mundo en el que viven los seres humanos, en el que se sienten como en casa. Para los seres humanos, como incrustados en esferas, el medio ambiente no es un escenario externo sino parte de su mundo vital. La noción de esfera presenta el mundo como experiencia vivida, percibida y comprendida desde dentro. El mundo humano comienza en lo local y no en lo global, porque la visión esférica acentúa la incrustación y, por tanto, la localidad. En consecuencia, la globalización no es un proceso externo que repercute en nuestro globo común, sino que afecta al mundo humano, al *mundus*, ampliando el mundo de la vida a través de la interacción

global y la difusión cultural. Por ello, a veces se propone la *mundialización* como un término más adecuado para los procesos globales (16). La *mundialización* (tal como se expresa en los términos franceses «mondialisation» y «bioéthique mondiale») subraya el intercambio y la integración de ideas y valores de las personas y las culturas de todo el planeta, más que las dimensiones espaciales y geográficas del mundo como nuestro hogar.

La segunda característica de la experiencia pandémica es la *vulnerabilidad diferencial*. En principio, todos los seres humanos pueden infectarse, pero el SARS-CoV-2 no está afectando a todos de la misma manera y con la misma gravedad. Los ciudadanos de mayor edad, las personas con problemas de salud subyacentes y los grupos raciales y étnicos minoritarios tienen un mayor riesgo de enfermar, ser hospitalizados y morir a causa del COVID-19 (17). Los habitantes de los barrios pobres son más vulnerables a la enfermedad, mientras que se describen brotes recurrentes de COVID en residencias de ancianos, asilos y prisiones (18). Las poblaciones desfavorecidas suelen tener más problemas de salud como consecuencia de la falta de acceso a la asistencia sanitaria, condiciones de vida precaria e insegura, falta de empleo y degradación ambiental. Las personas con discapacidades y enfermedades crónicas y las personas mayores tienen afecciones que reducen la esperanza de vida en el largo plazo. Estas poblaciones y personas corren el riesgo de verse doblemente afectadas, no sólo por el virus, sino también por los criterios utilitarios de triaje, que tienen como objetivo maximizar el número de años de vida salvados, de modo que se niegue la prioridad en el tratamiento debido a su mal pronóstico en el largo plazo (19). Una de las áreas más perjudicadas de numerosas sociedades son las personas mayores y las residencias de ancianos, mientras que la formulación de políticas durante bastante tiempo se centra en la atención hospitalaria aguda, y hay poca protección disponible para los residentes mayores, frágiles y vulnerables de estos hogares. Además, las medidas de salud pública tienen efectos desiguales. Estas medidas, como los cierres y las pruebas a gran escala, se aplican en las

zonas más ricas del mundo y se defienden para otros países, mientras que no se tiene en cuenta el contexto diferente de los países con menos recursos. Un número considerable de personas, sobre todo en los países en desarrollo, no pueden cumplir con las normas, porque viven junto a otras muchas personas en viviendas hacinadas, o carecen de una vivienda adecuada, con instalaciones sanitarias limitadas, poco acceso a la asistencia sanitaria y a Internet, no tienen empleos formales y tienen que salir a ganarse la vida, cuando no existen esfuerzos gubernamentales para proporcionar ayuda económica, ingresos seguros y seguro médico. Se supone que los países de bajos ingresos deben aplicar las mismas medidas de salud pública que los países más prósperos, pero no pueden adquirir suficientes equipos de protección, y no se les da prioridad en la distribución de recursos globales como kits de pruebas, medicamentos y vacunas. Pero incluso en los países con buenos recursos, las personas con trabajos de servicios mal pagados (como el comercio minorista, los servicios de alimentación, el cuidado de niños y la hostelería) deben seguir trabajando. Lo mismo ocurre con las personas de menor nivel socioeconómico, que tienen que trabajar en condiciones de hacinamiento (por ejemplo, en asilos), tienen que utilizar el transporte público y a menudo viven en hogares multigeneracionales. El encierro, el distanciamiento y el autoaislamiento son medidas que pueden llevar a cabo mejor los ciudadanos más ricos y los que disponen de un mejor alojamiento. Pero incluso en estas circunstancias, las cargas no se distribuyen de forma equitativa: las mujeres suelen verse más afectadas que los hombres cuando se cierran las escuelas y las guarderías, y dado que tienen más empleos de tiempo parcial, es más probable que se interrumpen. La evidencia de que el COVID-19 está agravando las desigualdades existentes en la salud y la sociedad señala la necesidad de prestar especial atención a las nociones de vulnerabilidad, solidaridad e igualdad para abordar las disparidades desde un marco ético más amplio (20). La pandemia también ha hecho vulnerables a algunas personas debido a la xenofobia, la búsqueda de chivos expiatorios,

la estigmatización y la discriminación. Que las experiencias no son iguales en todas partes y que el COVID-19 refuerza las desigualdades existentes se pone de manifiesto en la brecha global de las vacunas. Mientras que en muchos países del Norte Global casi el 50% de la población ha recibido al menos una dosis de la vacuna COVID-19, en los países de bajos ingresos esto sólo ocurre para el 1.1% de las personas (datos hasta el 21 de julio de 2021). El continente relativamente más afectado es América Latina. Con el 8% de la población mundial, tiene el 20% de todos los casos globales de coronavirus, y el 32% de las muertes globales. Sólo el 10% de la población está totalmente vacunada, pero en algunos países (por ejemplo, Honduras y Guatemala) es casi nula. En julio, casi todas las nuevas infecciones están causadas por la variante Lambda. Los casos aumentan rápidamente, incluso en Chile, donde más del 61% de la población está totalmente vacunada. El continente tiene una capacidad limitada de vigilancia del genoma, por lo que la variante se detectó tarde, y es difícil estimar la prevalencia total de la variante Lambda. El gran reservorio de personas no vacunadas facilita la mutación del virus, volviéndose más infeccioso y haciendo que las vacunas sean menos efectivas. En la mayoría de los países de América Latina, la vacuna más utilizada es la china CoronaVac, que tiene una escasa eficacia. Un estudio reveló que una única dosis sólo tiene un 3% de eficacia, que se eleva al 56,5% después de las dos dosis (21).

La tercera característica de la experiencia pandémica es *lo inesperado y la falta de preparación*. No es la primera vez que la humanidad se enfrenta a enfermedades pandémicas. La vida humana siempre ha estado marcada por las infecciones, ya que humanos, animales y microbios cohabitan en el mismo mundo. Pero los avances de la ciencia médica han promovido la creencia de que estas enfermedades pueden ser manejadas y controladas, y a veces erradicadas mediante vacunas y medicamentos (especialmente en las primeras etapas de la vida). Las enfermedades infecciosas como amenazas letales se han vuelto menos temibles para muchas personas. Sin embargo, se

trata de un prejuicio cultural, ya que las poblaciones de los países menos desarrollados están continuamente amenazadas por las enfermedades infecciosas. En 2019, justo antes del brote de COVID-19, 409,000 personas murieron de malaria y 1,4 millones de tuberculosis (22; 23). De hecho, especialmente en África y Asia, hasta ahora hay más personas infectadas por la malaria (en 2019, 229 millones de casos) y por el dengue (390 millones de personas) que por el COVID-19 (24). Las pandemias letales anteriores, como la peste negra en el siglo XIV, el cólera en el siglo XIX y la denominada gripe española en el siglo XX, han tenido un gran impacto en la sociedad y la cultura, pero en su mayoría se consideraron historia. Enfermedades como la gripe aviar, el ébola y el zika han sido una alerta temprana para la pandemia actual, pero las lecciones no se han tomado en serio en la mayoría de los países. Para la mayoría de los países y autoridades, la amenaza vírica de COVID-19 fue una sorpresa. Un ejemplo es la lista de diez amenazas para la salud mundial que requieren atención para la próxima década, publicada por la Organización Mundial de la Salud a principios de 2019 (25). La contaminación del aire y el cambio climático encabezan la lista. También incluye enfermedades infecciosas como la gripe mundial, el ébola y otros patógenos de alta amenaza, el dengue y el VIH. La lista ha servido de base para el nuevo plan estratégico quinquenal de la Organización (el 13º Programa General de Trabajo), que asigna tres mil millones de dólares estadounidenses para transformar el futuro de la salud pública, con el fin de garantizar un mayor acceso a la atención sanitaria, una mejor protección frente a las emergencias sanitarias y hacer que más personas experimenten una mejora de su salud y bienestar. La lista de 2019 difiere de la publicada un año antes. El número uno de esta lista de 2018 es la gripe pandémica. De hecho, la mayoría de las amenazas de esta lista son enfermedades infecciosas, como el cólera, la difteria, la malaria, la meningitis y la fiebre amarilla. Muchas de estas infecciones ya no se consideran amenazas mundiales un año después. Justo antes del brote de COVID-19 no se esperaba, obviamente, una amenaza de

pandemia inminente, aunque desde 1992 los expertos han advertido de los peligros de las enfermedades infecciosas emergentes. La experiencia con la pandemia de coronavirus devolvió a la humanidad a su condición de conexión. Aunque existen numerosas diferencias entre el pasado y el presente, hay dos realidades básicas que siguen siendo las mismas. Una es la realidad de los microorganismos, que nos recuerda que el ser humano está inmerso en la naturaleza. El ser humano no puede sobrevivir sin los virus. Constituyen una virósfera que no sólo rodea a los seres humanos, sino que está dentro de ellos (26). La otra realidad son los propios seres humanos. No está claro hasta qué punto su naturaleza y su comportamiento han cambiado fundamentalmente a lo largo del tiempo. Parece que, ante un desafío letal, los humanos siguen mostrando el mismo comportamiento que en épocas anteriores. Aunque ahora tengamos más conocimientos médicos que nunca, es necesario que los seres humanos los utilicen. Las recomendaciones de políticas sólo funcionan si se siguen e implementan. La información sanitaria nunca es completamente segura, por lo que siempre hay dudas e incertidumbres. También se aplica dentro de un contexto social y cultural que puede ser autoritario o liberal, por lo que se determinan los límites y las restricciones en cuanto a la aplicación o el cumplimiento de medidas estrictas como la cuarentena, el aislamiento o las pruebas. Como forma de drama, una pandemia no es sólo un acontecimiento médico, sino un fenómeno social con una evolución particular en el tiempo, que depende de cómo se comportan e interactúan los seres humanos. El conocimiento del patógeno y de la etiología de la enfermedad no es suficiente para controlar una enfermedad epidémica (27).

3. Enmarcar las preocupaciones éticas

La forma en que se conciben y se formulan las preocupaciones éticas es el resultado de una forma específica de encuadre. Por ejem-

plo, el cuidado de pacientes infecciosos se interpreta como un deber profesional que deja de lado las consideraciones de riesgo personal o de riesgo para los miembros de la familia y parientes, pero también las responsabilidades de los centros de salud de proporcionar un entorno seguro. Otro ejemplo son las medidas de política, como el distanciamiento físico y el enmascaramiento, que a menudo pasan de apelaciones a la responsabilidad voluntaria a requisitos obligatorios con el argumento de que el interés colectivo prevalece sobre los intereses de las personas, enfatizando el cumplimiento de las medidas en lugar de la adhesión a ellas sobre la base de la persuasión y motivación. Un tercer ejemplo es el argumento de que en circunstancias de emergencia se debe dar prioridad al tratamiento de los pacientes con COVID, ya que eso salvará la mayoría de vidas, mientras que el tratamiento de pacientes con otras afecciones se reduce o cancela como «daño colateral» con tres nociones fundamentales: excepcionalidad, controlabilidad y binaridad.

a) Excepcionalidad

Las preocupaciones éticas durante la pandemia suelen estar preestructuradas y formateadas con el discurso de la excepcionalidad. Puede adoptar dos formas. La excepcionalidad intrínseca se refiere a la pretensión de estar fuera de la pauta general y, por tanto, especialmente privilegiada. Antes del COVID-19, algunos países se consideraban excepcionales porque suponían estar bien preparados para una epidemia mundial. Tras el brote de COVID-19, algunos países presumen de ser menos vulnerables y más resistentes que otros. Durante la pandemia, los países intentan perfilarse como excepcionales en sus enfoques políticos, contribuciones científicas o estrategias de vacunación. Los profesionales de la salud hacen reivindicaciones especiales exigiendo prioridad en el triaje y la vacunación, debido a los mayores riesgos asumidos y a su valor instrumental para el sistema sanitario. Desde el punto de vista ético, los argu-

mentos a favor de la excepcionalidad intrínseca pueden ser verdaderos o falsos, pero lo que hacen es asignar tal valor a un país o una profesión que resulta difícil criticar a los responsables políticos, a los científicos o a los trabajadores sanitarios porque son especiales. La segunda forma es la excepcionalidad extrínseca; es decir, el argumento de que una situación de emergencia crea condiciones especiales en las que ya no se aplican las normas y prácticas habituales. En esta forma, la propia perspectiva ética se ve afectada. Se argumenta que las circunstancias especiales justifican acciones que normalmente no serían aceptables, por ejemplo, el confinamiento de los ciudadanos en sus hogares, los mandatos de pruebas, las normas de atención de crisis, la agilización de la investigación científica o la ‘despriorización’ de los pacientes mayores para las intervenciones de ventilación. Supuestamente, como ilustran estos ejemplos, las consideraciones éticas que se aplican en circunstancias normales ya no pueden utilizarse, sino que deben obviarse o invertirse en un marco utilitario, para que el interés individual de los pacientes se subordine al interés común de todos. En el contexto de la salud pública, la excepcionalidad extrínseca se manifiesta, por ejemplo, en las normas de seguridad que se utilizan. La necesidad de lanzar pronto nuevas vacunas y su aprobación de uso urgente se asocia a una vigilancia de la seguridad y la eficacia menos rigurosa de lo habitual. Otro ejemplo es el debate sobre la reapertura de la sociedad y la economía. Mientras que en circunstancias normales se utilizarán todas las posibilidades para minimizar los riesgos potenciales, éste no ha sido el caso en las políticas de salud pública de la mayoría de los países, como lo demuestran las decisiones de relajar las medidas estrictas y reabrir la economía, no porque la amenaza vírica haya disminuido, sino porque la seguridad y la protección de la salud se equilibran con otros valores como la recuperación económica. Esto también es evidente en las primeras recomendaciones políticas de la OMS y de varios gobiernos de no utilizar mascarillas. Aunque las pruebas de su eficacia no son claras, en condiciones ordinarias el principio de precaución habría lle-

vado a la política a aconsejar su uso. En la vida ordinaria, la seguridad es un principio básico que ha instigado muchas regulaciones para el tráfico humano, la producción industrial y las actividades ocupacionales. El hecho de que se consideren aceptables más riesgos en condiciones de emergencia queda ilustrado en el debate sobre los efectos adversos de algunas vacunas. Cuando en marzo de 2021 se identifican los graves efectos secundarios de la vacuna de AstraZeneca, muchos países pausan el despliegue de esta vacuna. Los expertos responden críticamente a la pausa y argumentan que la vacunación debe continuar porque los riesgos son extraordinariamente bajos (1 de cada 100,000). Pero estas garantías de que los efectos secundarios son raros, y mucho más bajos que el riesgo de enfermedad grave por infección, no son convincentes, ya que un simple cálculo de beneficio-daño a nivel poblacional no es suficiente a nivel individual. Las vacunas se administran a personas sanas y protegen contra una enfermedad que podría afectarles, pero no necesariamente. Los individuos no comparan el riesgo de efectos secundarios con la probabilidad de morir de COVID, sino con la probabilidad de infectarse. Esta última probabilidad está en sus propias manos y, si siguen meticulosamente las medidas de salud pública, asumen que el riesgo de infección es extremadamente bajo. El argumento de la excepcionalidad de que son aceptables más riesgos de seguridad durante una pandemia se aplica a las poblaciones, pero no funciona a nivel individual, donde los efectos secundarios están asociados a la situación personal de las personas. El argumento en sí mismo puede tener efectos negativos, ya que aumenta la experiencia de que los individuos pueden ser sacrificados por un bien mayor, y que los intereses de los individuos son despreciados, ya que en la guerra la velocidad es más importante que la precaución. El debate sobre la seguridad de las vacunas es un ejemplo de los inconvenientes de la excepcionalidad. Ilustra el impacto del pensamiento utilitario que promueve un enfoque calculador, impersonal, abstracto y descontextualizado, centrado únicamente en las consecuencias, sopesando los beneficios y los daños,

no para los individuos sino para las poblaciones, y despreciando otros principios éticos. También se asocia con un enfoque tecnocrático y paternalista, dando a los expertos (epidemiólogos, virólogos y especialistas en cuidados intensivos) la primera y última palabra en la toma de decisiones políticas. Esto se pone de manifiesto en el desarrollo y en la aplicación de los sistemas de triaje, así como en las estrategias de vacunación. Además, la excepcionalidad se aplica de manera inconsistente. Se utiliza principalmente para los individuos, no para agentes más poderosos como las empresas farmacéuticas que se niegan a compartir datos, patentes y derechos de propiedad en beneficio de todos. Estos agentes pueden incluso aprovecharse de las medidas excepcionales, argumentando que la revisión acelerada de nuevos medicamentos y vacunas debe mantenerse ahora que los procedimientos de revisión más cortos no han repercutido en la fiabilidad y seguridad de los nuevos productos, asumiendo que las condiciones de emergencia pueden prolongarse cuando la pandemia haya terminado. El argumento de la excepcionalidad tampoco se aplica a las personas vulnerables de las residencias de ancianos, las prisiones y las condiciones desfavorecidas que necesitan una protección especial por estar excepcionalmente afectadas por el COVID-19.

En la corriente principialista de la bioética, los principios básicos del discurso ético son el respeto a la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. El principio de respeto a la autonomía suele ser el dominante, centrándose en individuos concretos e interpretando la vulnerabilidad de forma individualista. En la pandemia cambió el equilibrio entre estos principios. La salud pública y la ética utilitarista dan prioridad al beneficio y al daño, centrándose en los individuos abstractos como especímenes de un colectivo, e ignorando las cuestiones de vulnerabilidad. El debate ético se desplaza entonces de los intereses individuales a los públicos, pero en ambos marcos se presta menor atención al principio de justicia y al respeto de la dignidad humana. La noción de excepcionalidad define el reto fundamental como un conflicto entre el bien individual y

el bien común. En lugar de obviar, invertir o desplazar los principios morales, el marco ético que guía la salud pública, la medicina clínica y la investigación debería ampliarse, de modo que se tengan en cuenta más principios.

b) Controlabilidad

Una de las características más llamativas de la pandemia es la prevalencia de la metáfora de la guerra. Dado que el virus es una amenaza omnipresente para todos, es necesario un esfuerzo común masivo para combatirlo. Sólo hay dos opciones: la victoria o la derrota. Hay que movilizar a toda la sociedad. Todas las esperanzas están puestas en una solución técnica a la crisis del COVID, un arma definitiva que supere los caprichos del comportamiento humano con la simple inyección de una vacuna. Mientras tanto, hay que hacer hincapié en la atención hospitalaria y en el mejor tratamiento posible. En este contexto, sólo hay héroes, víctimas y villanos, y no se puede tolerar la disidencia. Después de que esta guerra mundial termine, hay que hacer esfuerzos denodados para prevenir futuros brotes. La carrera armamentística entre los virus y los seres humanos exige la construcción de un sistema de defensa crítico en todo el mundo, que se tome en serio la guerra contra los virus con capacidades de vigilancia y salud pública, así como normas internacionales que puedan verificarse para garantizar la seguridad mundial, concluidas en un tratado sobre pandemias (28, p. 233 y ss.).

La fuerza impulsora de estos esfuerzos para combatir el virus radica en la creencia en la controlabilidad. Hoy día se pueden identificar rápidamente los virus, secuenciar sus genomas, producir pruebas de diagnóstico y desarrollar vacunas. La propagación del virus puede controlarse con rigurosas medidas de salud pública, con el distanciamiento físico en primer lugar. La controlabilidad, según el filósofo alemán Hartmut Rosa, es una característica de la modernidad. La existencia social moderna se caracteriza por un *deseo incesante de hacer que el mundo sea susceptible de ingeniería, predecible,*

disponible, accesible, desechable (es decir, verfügbar) en todos sus aspectos (29, p. viii). Pero el impulso de controlar separa a los humanos del mundo en el que se encuentran, y considera el mundo como un recurso que hay que explotar, una colección de objetos que hay que dominar, un tesoro de hechos y datos que hay que descubrir y hacer útiles, y un conjunto de obstáculos que hay que superar para avanzar en el florecimiento humano. Todo se ve como un reto. En este contexto, nos encontramos con el mundo, en palabras de Rosa, como un «punto de agresión» (30, pág. 5 y ss.). Ésta es exactamente la perspectiva de la metáfora militar en la pandemia. El virus es un enemigo exterior que hay que controlar y, en última instancia, destruir. Las cuatro dimensiones de la controlabilidad se reflejan en el enfoque de la amenaza viral. En primer lugar, se hace visible, utilizando la ciencia para identificar el virus y las matemáticas para cuantificar el impacto; en segundo lugar, se hace accesible mediante el desarrollo de una prueba de diagnóstico para poder seguir cómo se propaga el virus; en tercer lugar, se hace controlable con la ayuda de medidas de salud pública pero, sobre todo, mediante vacunas; por último, el mundo amenazado se hace controlable haciéndolo útil y más eficiente mediante la vigilancia digital, el trabajo y la educación a distancia y la reestructuración económica.

La dificultad, según Rosa, es que el deseo de control está íntimamente relacionado con la incontrolabilidad. Cuanto más se controla el mundo, más se nos escapa. Por ejemplo, los procesos de globalización y las políticas neoliberales promovieron la idea de que el mundo es un mercado global que se autorregula y que resolverá problemas como la pobreza y el subdesarrollo. Al mismo tiempo, estos procesos y políticas han producido la degradación del medio ambiente y el aumento de la desigualdad que ahora amenazan la seguridad mundial y son casi imposibles de controlar. La paradójica conexión entre control e incontrolabilidad es observable en la pandemia. Existe una fuerte convicción de que la ciencia y la tecnología son los medios óptimos para el control que traerá el alivio. Las herramientas de la ciencia médica proporcionan la mejor

manera de eliminar la amenaza viral; todos los demás enfoques (simplemente etiquetados como «intervenciones no farmacéuticas») son de uso secundario. Pero una y otra vez, el virus se vuelve incontrolable, ya que los humanos propagan el patógeno. Las ciencias de la virología y la epidemiología son útiles, pero no garantizan que los virus puedan ser controlados, ya que el comportamiento humano no es totalmente predecible y manejable. Incluso cuando se dispone de herramientas eficaces, como las vacunas, los problemas de producción, distribución y despliegue impiden controlar la pandemia. Por tanto, la seguridad sanitaria como objetivo último del control es siempre precaria. Las dos opciones de la metáfora de la guerra (la derrota o la victoria) no permiten una tercera; es decir, que el virus se quede con nosotros y que tengamos que encontrar maneras de vivir con él.

La búsqueda del control y el discurso de la guerra son difíciles de criticar, ya que parecen la forma más racional y eficiente de controlar la pandemia. Los esfuerzos por controlar, gestionar, predecir y calcular la propagación del SARS-CoV-2 reflejan perfectamente la racionalización, burocratización e intelectualización de las sociedades y culturas modernas pero, al mismo tiempo, demuestran lo incontrolable, incierto e imprevisible del mundo de la vida moderna. Cuando la pandemia se prolonga más de lo previsto, y las medidas políticas empiezan a oscilar y son menos consistentes, esta incontrolabilidad se hace más evidente, y hace que la gente sea consciente de lo que se pierde cuando el foco de atención se centra únicamente en los esfuerzos por hacer que el mundo sea controlable. Esta conciencia exige un discurso ético más amplio y profundo.

c) Binaridad

El COVID-19 ha puesto de manifiesto y agravado las dicotomías y contradicciones existentes dentro de las sociedades y entre ellas. Aunque el SARS-CoV-2 es una amenaza para todos, no todas las personas están «en el mismo barco», ya que algunas están más

afectadas que otras. Esto es especialmente cierto, como ya se ha comentado, para las personas que ya eran vulnerables y estaban en desventaja antes de que surgiera la pandemia. El COVID-19 expone y exagera las desigualdades sanitarias existentes y acentúa la importancia de los determinantes socioeconómicos de la salud. Otra disparidad intensificada en la pandemia es la tensión intergeneracional, que enfrenta a los mayores con los jóvenes. Las personas mayores son las más vulnerables a las graves consecuencias de la infección. Los más jóvenes son los menos afectados, pero se les pide que se queden en casa, que mantengan la distancia física, mientras las escuelas están cerradas. Experimentan la paradoja de la prevención: pueden diseminar el virus sin estar enfermos y con riesgo de efectos graves, pero tienen que cambiar de comportamiento para proteger a los ciudadanos más vulnerables. Los mayores pueden quejarse de que la curva de la pandemia no se aplatina debido a la conducta irresponsable de los más jóvenes (que tienen fiestas ‘coronavirus’, se van de vacaciones y se reúnen en parques públicos sin máscaras y sin distanciamiento físico), mientras ellos tienen que autoaislarse y experimentan una soledad creciente. Por otro lado, las generaciones más jóvenes se quejan de que su vida social se ve restringida por la preocupación por las personas que se encuentran en la fase final de su vida, y de que tienen que esperar más tiempo para volver a la normalidad, ya que se da prioridad a esas personas para la vacunación. Estas tensiones se magnifican a través de algunas políticas, por ejemplo el uso de la edad como criterio de triaje para la asistencia respiratoria. Otros ejemplos son la falta de atención a las residencias de ancianos y de asistencia, donde los residentes de edad avanzada con múltiples comorbilidades no suelen ser trasladados a los hospitales en caso de infección, así como las políticas de inmunidad de rebaño defendidas en Suecia, e inicialmente en el Reino Unido y los Países Bajos. A veces se lanzan propuestas públicas que sugieren que las vidas de algunas personas, especialmente los mayores que ya tuvieron sus «entradas justas», son prescindibles por el bien común, que generalmente se

interpreta como el libre flujo del mercado y la productividad económica (31).

Las dicotomías y disparidades puestas de manifiesto por la pandemia del COVID-19 revelan el lado oscuro de los enfoques utilitarios en la salud pública. El enfoque utilitario de los sistemas de clasificación, por ejemplo, propone categorías abstractas de priorización y es ciego a las disparidades estructurales de la atención médica, sin tener en cuenta el contexto social y la variabilidad de las necesidades y vulnerabilidades del paciente. Las pautas generalmente no incluyen voces de grupos marginados (32). El uso del argumento de las entradas justas articula aún más las tendencias que ya eran visibles antes de la aparición del coronavirus. Parte de la visión antropológica de los seres humanos como *homo economicus* son, ante todo, individuos racionales con intereses propios motivados por minimizar los costos y maximizar las ganancias para sí mismos. La vida humana es como una mercancía, un recurso que puede dividirse en partes y acciones. La terminología de las «entradas» supone que la vida es una forma de producir y recoger beneficios. La vida humana no se considera como un todo, en el que todas las etapas tienen un valor y un significado particulares. El concepto de entradas justas también es atractivo porque es cuantitativo. En lugar de mantener un debate ambiguo sobre los principios éticos, sugiere reglas claras que pueden aplicarse y evaluarse de forma coherente porque cuantifica los beneficios (33). Este enfoque considera a los «ancianos» como una categoría homogénea y abstracta que se asocia necesariamente con la vulnerabilidad, la fragilidad, la dependencia y el deterioro, en lugar de considerarlos como personas individuales con características personales, clínicas y sociales distintas, ignorando convenientemente que la mayoría de las personas mayores de 60 años no son débiles, dependientes ni frágiles (34, 35, 36). Por último, la referencia a las «entradas justas» durante la pandemia acentúa un problema que ya existía. La discriminación por motivos de edad, que a menudo era implícita, se ha convertido ahora en explícita (37). El COVID-19 no sólo ilustra la división en-

tre jóvenes y ancianos, sino que articula aún más la discriminación por edad que ya prevalece. La idea de las entradas justas es, por tanto, arbitraria e injusta, e ignora que el enfoque utilitario de la eficiencia debe atemperarse con la preocupación por la igualdad, la vulnerabilidad y la dignidad humana (38).

4. El marco de la bioética global

Una vez examinada la forma en que se ha concebido y enmarcado la reflexión ética durante la emergencia de salud pública, el reto es cómo concebir una bioética después del COVID-19 que sea global, no sólo en el sentido de que sea mundial, sino también que abarque, incluya y sea amplia, capaz de ir más allá de las disparidades y dicotomías y de la estrecha imaginación ética que ha prevalecido. Una perspectiva global parte del significado de la relacionalidad para el discurso bioético.

a) La relacionalidad

La bioética global articula que las personas humanas se caracterizan esencialmente por la relacionalidad. Como conjuntos formados por cuerpo y alma están integrados en comunidades y existen en una red de relaciones con otros seres y con el mundo circundante. Por eso la noción de «esfera» es más apropiada que la de «globo». La relacionalidad es una característica más fundamental que la relación y la conexión. Una persona está continuamente en relaciones, pero a menudo se concibe desde el punto de vista del individuo. La noción de relacionalidad expresa que los individuos no se limitan a conectarse e interactuar entre sí, sino que se pertenecen mutuamente y son mutuamente dependientes, asumiendo la responsabilidad y dando forma a sus vidas juntos. La primera experiencia de los seres humanos es que el mundo se comparte con los demás. Desde esta perspectiva, la autonomía individual se rede-

fine como «autonomía relacional». La persona humana se constituye a través de encuentros y diálogos con otros seres. El auténtico ser humano es *estar-juntos*, en palabras de Gabriel Marcel, es estar presente y disponible para los demás (39). La relacionalidad y el estar situado en el mundo implican vulnerabilidad, ya que expone a los seres humanos a otras personas y al mundo circundante. La relacionalidad no es una opción y no podemos hacernos inmunes al mundo.

Es evidente que las relaciones y el parentesco se han vuelto problemáticos en la pandemia. Otras personas se presentan como una amenaza, y las relaciones pueden tener resultados letales, ya que los humanos son los principales vectores del virus. El principal objetivo de las medidas de salud pública es evitar las conexiones e interacciones. El distanciamiento, el enmascaramiento, la prohibición de visitas, el trabajo a distancia y el refugio en casa impiden estar demasiado cerca de otras personas. Por tanto, el COVID-19 parece afectar a la condición antropológica de los seres humanos. Corren el riesgo de ver reducidas su presencia y su disponibilidad, y de perder así lo que es específico de la humanidad. Todas las personas se enfrentan al mismo dilema entre la reclusión o la apertura al mundo, ya que las relaciones se interrumpen, pero no se anula su relacionalidad fundamental. A muchas personas las medidas de salud pública les crean problemas importantes, físicos, porque tienen dificultades para cubrir sus necesidades básicas y mentales porque se sienten solas y deprimidas. Esto hace que la continuación de las políticas de aislamiento sea cada vez más problemática. También explica por qué el término distanciamiento «social» se considera inadecuado, porque aparecieron «burbujas» en las que se permitía la cercanía y la intimidad con, al menos, algunos otros, y surgieron muchas otras formas de interacción y comunicación (40).

b) Intereses individuales frente a intereses comunes

La oposición entre intereses individuales y comunes que suele dominar en los discursos sobre la pandemia ignora la relacionalidad

fundamental de los seres humanos. Los individuos no son entidades aisladas y abstractas, sino seres sociales. Este punto de vista no se acepta en la ideología del individualismo, imperante sobre todo en Occidente, según la cual los seres humanos son independientes y autosuficientes, dueños de su propia vida y de la elección de sus propios valores y, por tanto, individuos únicos, separados y delimitados de otros seres. La implicación normativa de este punto de vista es que el respeto a la autonomía individual significa la no interferencia: las decisiones y acciones individuales deben respetarse siempre que no perjudiquen a otros seres humanos. Desde esta perspectiva, las medidas de salud pública deben apelar en primer lugar a la responsabilidad individual; cualquier interferencia con la libertad personal es problemática, y los encierros y toques de queda son inaceptables. Sin embargo, en la perspectiva de la bioética global, la oposición entre intereses individuales y comunes es falsa, porque el primer tipo de intereses debe reinterpretarse, mientras que el último debe tomarse en serio. Un argumento es que la autonomía personal es una noción relacional. No sólo se ha originado y alimentado en un contexto de dependencia, sino que además se ejerce siempre en interacción con otras personas, dependiendo de las condiciones sociales y culturales (41). Otro argumento es que las preferencias, los valores y las creencias no son meramente individuales, sino que están condicionadas por el contexto social. Las sociedades transmiten los valores a través de las generaciones porque las normas se interiorizan. La capacidad humana de interiorizar las normas significa que las preferencias humanas son socialmente «programables» y el comportamiento humano está guiado por los valores morales de la vida social. Dado que los agentes humanos están socialmente enredados y conectados en red, su conducta no puede explicarse por una racionalidad autocomplaciente dirigida a maximizar los intereses propios, sino por una racionalidad social; es decir, que tiene en cuenta el bienestar de otras personas y las necesidades de la sociedad en general (42). Otro argumento, especialmente expresado en los documentos globales de bioética, es que la

autonomía está intrínsecamente relacionada con la responsabilidad. Las acciones y decisiones individuales tienen consecuencias sociales, por lo que la autonomía individual y la responsabilidad social no pueden oponerse. La autonomía personal no es abstracta y descontextualizada, sino que tiene repercusiones en otras personas concretas (43).

La pandemia de COVID-19 ilustra claramente que el comportamiento individual afecta al bienestar de la comunidad. El uso generalizado de mascarillas protegerá no sólo al individuo, sino también a otras personas contra una posible infección. Las pruebas identificarán si alguien está infectado, pero es una señal de advertencia de que otros pueden estar en riesgo. El objetivo de la vacunación no es sólo proteger a los individuos, sino a la sociedad en su conjunto. En una emergencia de salud pública, la apelación al interés propio no puede separarse de la preocupación por los intereses de los demás. Las decisiones individuales de adherirse o no a las medidas de salud pública tienen una dimensión inherentemente social. Por lo tanto, las apelaciones a la responsabilidad individual no serán suficientes sin articular la responsabilidad social y sin crear las condiciones sociales, políticas y económicas para el ejercicio de la autonomía responsable. Que las políticas individualistas fracasan sin esta dimensión de responsabilidad social es evidente en los debates relativos a la cuarentena, el aislamiento, el encierro y el distanciamiento, en los que se argumenta que se violan la dignidad y los derechos humanos. En estos debates, la dignidad y los derechos se consideran con frecuencia nociones que se aplican estrictamente a los individuos. La dignidad humana se considera una construcción teórica y abstracta, una cualidad intrínseca que se aplica por igual a todos los seres humanos. No depende de características o condiciones humanas como la edad, el sexo o la enfermedad. No puede ser mermada o arrebatada por ninguna autoridad o sistema político, ni ignorada en condiciones de emergencia. La dignidad no depende de que se reconozca o se respete, ya que sigue existiendo incluso en las circunstancias más funestas o crueles. Sin embargo, esto es

sólo una parte de la historia de la dignidad humana. También es un fenómeno práctico, una experiencia vivida. Se refiere a la forma en que los seres humanos se comportan y son tratados. La dignidad humana es, pues, una cualidad relacional. Desde esta perspectiva, la dignidad puede no respetarse, perderse o destruirse. En determinadas situaciones y prácticas, los seres humanos experimentan amenazas a su dignidad y se enfrentan a condiciones indignas (44). Los derechos humanos son objeto de debates similares. A veces se interpretan como derechos de los individuos, haciendo especial hincapié en la no injerencia para proteger a los individuos frente al Estado, y considerando así los derechos civiles y políticos como más importantes que los derechos sociales y económicos. Desde este punto de vista, el individualismo moral está en el centro del lenguaje de los derechos humanos como discurso de empoderamiento individual. Sin embargo, todos los derechos humanos son interdependientes. Los derechos civiles y políticos no pueden ejercerse si no se proporcionan las condiciones básicas para la existencia humana, expresadas por los derechos sociales y económicos. Las personas individuales sólo pueden ser empoderadas dentro de un contexto relacional con los demás. El derecho a la salud ilustra que la dimensión individual de los derechos humanos está conectada con una dimensión de solidaridad y de bien colectivo: si no existen las condiciones adecuadas, como el acceso a la atención sanitaria y a unos servicios sanitarios de calidad, las personas no pueden disfrutar de su derecho a la salud. Al igual que la dignidad humana, los derechos humanos se basan en el reconocimiento de que los seres humanos comparten necesidades y vulnerabilidades fundamentales (45, p. 113 y ss.).

Los argumentos anteriores se aplican a otra oposición que se ha intensificado durante la pandemia: el nacionalismo frente al globalismo. En condiciones de emergencia, los intereses nacionales dominan el enfoque del COVID-19. Los países se preocupan en primer lugar por sus propios ciudadanos, e intentan hacerse con la mayor cantidad posible de equipos de protección, máscaras y ma-

teriales de prueba, a menudo compitiendo entre sí y sin tener en cuenta las necesidades de otras naciones menos poderosas y económicamente más débiles. Los países de altos ingresos encargan y compran las vacunas en enormes cantidades, dejando a los demás países al final de la cola. La Organización Mundial de la Salud y los actores internacionales han argumentado en múltiples ocasiones que las políticas nacionales no serán suficientes para controlar la pandemia mientras falte un enfoque global (46). Los argumentos son familiares: el nacionalismo perjudicará a todo el mundo y es contraproducente porque todas las personas están conectadas. El virus no reconoce fronteras ni naciones, sino que afecta a la población mundial y requiere soluciones globales. Aunque el virus pueda ser eliminado en un país, el comercio y los viajes seguirán afectados, las economías no se recuperarán y la estabilidad y la prosperidad no volverán mientras el virus siga arrasando en todo el mundo. Por lo tanto, a cada nación le interesa participar en los esfuerzos globales para hacer frente al COVID-19 (47). Los enfoques nacionalistas no sólo son estrechos de miras, sino también contraproducentes en el largo plazo, cuando el virus sigue diseminándose y mutando en algunas partes del mundo.

c) Solidaridad

En el contexto de la salud pública, la solidaridad es desde hace tiempo un valor ético fundamental. Dado que los sistemas sanitarios son interdependientes y las amenazas de enfermedades son globales, es necesaria la colaboración entre las instituciones sanitarias a nivel nacional, regional y mundial, lo que requiere una comunicación abierta, el intercambio de información y la coordinación de las respuestas políticas. En la pandemia del COVID-19, los organismos internacionales han hecho hincapié en repetidas ocasiones en la solidaridad como concepto central. Los comités éticos de la UNESCO califican de «deber ético construir la solidaridad y la cooperación» (48, p. 4), mientras que los asesores éticos de la Unión

Europea se refieren a la solidaridad como «una vacuna social» contra la indiferencia y la exclusión (49, p. 4). Sorprendentemente, el Grupo de Trabajo sobre Ética y COVID-19 de la OMS enumera la solidaridad como el primer principio ético a aplicar (50). La Comisión COVID-19 del Vaticano afirma que el principio de solidaridad debe ser la base de cualquier intervención específica y concreta en respuesta a la pandemia, lo que implica que las vacunas deben estar disponibles y ser accesibles para todos (51).

La solidaridad suele explicarse con referencias a los mismos fundamentos que la noción de relacionalidad: se basa en el reconocimiento mutuo de que los seres humanos comparten las mismas necesidades, de que su destino está interconectado, de que las vulnerabilidades son características humanas cruciales, pero no se experimentan por igual, y de que el bienestar de todos los ciudadanos del mundo debería ser la principal preocupación de las políticas globales. Sin embargo, lo típico de la solidaridad no son sólo estas explicaciones teóricas, sino sus implicaciones prácticas. Más que un sentimiento de conexión y de intenciones de actuar, la solidaridad se manifiesta en el apoyo a una causa específica y en la acción común, reconociendo que las capacidades para hacer frente a las amenazas globales son desiguales. Requiere que la comprensión de la interdependencia y la voluntad de ayudar a los demás se traduzcan en una acción pública, demostrando que los intereses propios están subordinados a los de los demás. Dicha acción puede estar motivada por el interés propio mutuo, especialmente en una pandemia en la que a todos les interesa reducir y eliminar las infecciones, pero el núcleo de la solidaridad es la preocupación moral por los demás, el compromiso desinteresado con el otro más que la expectativa de un beneficio unilateral. No se manifiesta porque otras personas sean una amenaza para nuestra salud, sino porque la salud mundial está conectada y es interdependiente. La solidaridad difiere de la caridad, la ayuda y la generosidad; significa mutualidad, una relación simétrica entre iguales e implica, por tanto, inclusión y cooperación (52).

Aunque hay muchos ejemplos de solidaridad a nivel interpersonal e institucional, la ausencia de solidaridad a nivel mundial durante la pandemia es inconcebible. Esto no sorprende, ya que las condiciones para la solidaridad se han erosionado en las últimas décadas. Las políticas globales y la cooperación internacional se han centrado principalmente en los intereses económicos. Por ejemplo, en la Unión Europea, la protección de la salud humana no ha recibido prioridad, ya que la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica es responsabilidad principal de cada uno de los Estados miembros. Instituciones mundiales como la Organización Mundial de la Salud se han visto sistemáticamente debilitadas por los recortes presupuestarios y los intentos de deslegitimar su labor (53). En la mayoría de los países se han reducido las infraestructuras sanitarias públicas y la salud se considera ante todo una responsabilidad individual y no colectiva. El principal motor de la cooperación es la ideología neoliberal del libre mercado, que hace hincapié en la competencia, el libre comercio y la comercialización de todos los aspectos de la vida humana. En esta ideología, la interferencia del gobierno debe reducirse al máximo, y se fomenta la desregulación, la privatización, la reducción de impuestos y del gasto público. En esta filosofía del egoísmo racional, las sociedades son meras colecciones de individuos, y la solidaridad se rechaza o se considera un valor superfluo. Los mismos procesos han socavado la solidaridad dentro de las sociedades. El dominio del individualismo y la visión de la persona humana como *homo economicus* han disminuido la experiencia de los seres humanos de que están integrados en comunidades, culturas y entornos, y la conciencia de que su destino está conectado con otros lejanos como ciudadanos del mundo. Dado que la solidaridad no puede imponerse unilateralmente o de arriba abajo, no surgirá en estas condiciones (54).

Este análisis aclara que el fracaso de la solidaridad global es el resultado de políticas que promueven valores específicos a expensas de otros. La pandemia del COVID-19 demuestra las insuficien-

cias de estas políticas. Las infraestructuras de salud pública de la mayoría de los países se muestran incapaces de hacer frente al virus. Las apelaciones a la responsabilidad individual no consiguen por sí solas controlar su transmisión. Son necesarias intervenciones gubernamentales masivas para apoyar el sistema sanitario, la economía y todos los sectores de la vida social. El mercado libre no es capaz de producir cantidades suficientes de equipos de protección, medicamentos y vacunas sin un apoyo público sustancial. Al mismo tiempo, la bioética dominante, basada en el lenguaje de la autonomía, los intereses, la utilidad, la eficiencia y los derechos negativos, presenta una visión miope de las preocupaciones éticas relevantes. Al partir del punto de vista del individuo autónomo, no puede reconocer la conectividad de los seres humanos ni las dimensiones globales de la pandemia y, por tanto, la necesidad de respuestas globales. Después del COVID-19, la bioética no puede seguir asumiendo que la autonomía es el principio ético dominante; debe reconocer que tomarse en serio la relacionalidad humana implica potenciar y abrazar las condiciones sociales y estructurales que hacen posible la solidaridad.

5. Conclusión

La importancia de la salud mundial, acentuada por el COVID-19, subraya la necesidad de un discurso más amplio de la bioética mundial. Los análisis éticos dominantes suelen orientarse hacia la gestión de la enfermedad, los enfoques tecnocráticos y el tratamiento individual, en lugar de prestar atención a las condiciones en las que surgen y se expanden las enfermedades. Estas tendencias se ven reforzadas durante la emergencia de la pandemia, haciendo hincapié en la excepcionalidad, la controlabilidad y la binaridad, estructurando y enmarcando así las consideraciones éticas de forma específica y estrecha, relegando las preocupaciones por la vulnera-

bilidad, la dignidad humana, la desigualdad, la cooperación y la solidaridad a un nivel inferior de urgencia e interés. La pandemia del COVID-19 ilustra que otra forma de pensar y trabajar es útil para aclarar las dimensiones éticas de la vida actual. El punto de partida del argumento es la relacionalidad básica de los seres humanos. No se trata sólo de la visión de que las personas humanas están conectadas con otros seres y con el mundo circundante, sino de la perspectiva filosófica de que ser humano significa *estar-juntos*. Las personas sólo pueden existir y florecer porque comparten el mundo, pertenecen juntas, están presentes y disponibles las unas para las otras. Esta relacionalidad básica tiene un significado ético. Estar situado dentro de las relaciones y comprometerse con otros seres significa vulnerabilidad. La apertura al mundo y la dependencia mutua son necesarias para que las personas crezcan, se desarrollen y florezcan, pero también las expone a posibles daños y perjuicios. Los seres humanos no pueden inmunizarse ante el mundo, ya que entonces perderían lo que les caracteriza como seres humanos. El discurso ético es una forma de mitigar y remediar la vulnerabilidad. Nos anima a cambiar de perspectiva y a imaginarnos en la posición de otras personas que tienen las mismas necesidades, deseos y sentimientos que nosotros. Expresa que cuando compartimos el mundo, debemos reconocer a los demás que tienen vidas que vivir, y debemos tratar sus intereses como iguales a los nuestros.

El COVID-19 ha revivido los recuerdos colectivos del pasado, en su mayoría olvidados, y en especial los de la pandemia de influenza de hace un siglo. Los seres humanos se dan cuenta ahora de que viven en una era pandémica que comenzó en 1918, y que la idea de que las enfermedades infecciosas pueden controlarse es falsa. Más que otras catástrofes, el COVID-19 ha afectado a todas las dimensiones de la vida cotidiana de todos los pueblos del mundo. La propagación del SARS-CoV-2 hace visible y tangible para todos que los seres humanos son interdependientes, ilustrando que la globalización es un fenómeno de salud y enfermedad, y no simplemente

de comercio, viajes y finanzas. La globalización ya no es un conjunto abstracto de procesos, sino una experiencia de vulnerabilidad mutua y personal. Todo el mundo se enfrenta a la misma amenaza, y el conocimiento científico del virus es el mismo para todos y se comparte rápidamente en todo el mundo. Sin embargo, las respuestas a la pandemia son diversas y heterogéneas. Algunos países han gestionado el impacto del virus de forma rápida y eficaz, cuando de hecho muchos otros han cometido errores, retrasos y vacilaciones en la aplicación de medidas de salud pública. Una de las razones por las que las estrategias globales ante la pandemia difieren tiene que ver con los valores (por ejemplo, la responsabilidad individual frente a la social; el cumplimiento voluntario y el autocontrol frente a la aplicación estatal y el control externo; las libertades individuales frente a la solidaridad). Que el COVID-19 tiene relevancia ética se manifiesta además en las desigualdades sociales que ha revelado y agravado. Pone al descubierto las disparidades socioeconómicas y raciales en materia de salud y asistencia sanitaria, así como los privilegios de las personas que tienen casas que albergar y trabajos que pueden realizar a distancia. Las tendencias a la discriminación de las personas mayores y discapacitadas se magnifican, y la estigmatización y la búsqueda de chivos expiatorios no son cosa del pasado. La pandemia también revela la falta de preparación de la mayoría de los países y la insuficiencia de las infraestructuras de salud pública. Además, aclara que el orden económico promovido por las políticas neoliberales de la globalización en las últimas décadas ha conducido al empobrecimiento moral del mundo de la vida social y a la multiplicación de las experiencias de injusticia, especialmente de humillación, falta de respeto y desigualdad.

Por estas razones, la pandemia es una oportunidad para repensar la globalización, la gobernanza global, la salud pública y la asistencia sanitaria con una nueva apreciación del bien común y del papel de los gobiernos en la protección de los ciudadanos, con más

énfasis en la resiliencia que en la eficiencia. Si la bioética como esfuerzo social y global moviliza la imaginación moral para expandir el alcance de la preocupación moral mediante la aplicación de la capacidad humana de empatizar, contribuye de manera crucial a mejorar la vida social y la civilización.

Referencias bibliográficas

1. Ho A, Dascalu I. Global disparity and solidarity in a pandemic. *Hastings Center Report*. 2020; 50(3): 65-67. <https://doi.org/10.1002/hast.1138>
2. Fins JJ. Covid-19 makes clear that bioethics must confront health disparities. *The Hastings Center*. 9 de julio de 2020. <https://www.thehastingscenter.org/covid-19-makes-clear-that-bioethics-must-confront-health-disparities/>
3. Venkatapuram S. Covid-19 and the global ethics freefall. *The Hastings Center*. 19 de marzo de 2020. <https://www.thehastingscenter.org/covid-19-and-the-global-ethics-freefall/>
4. Cohen J. Individual freedom or public health? A false choice in the Covid era. *The Hastings Center*. 9 de junio de 2020. <https://www.thehastingscenter.org/individual-freedom-or-public-health-a-false-choice-in-the-covid-era/>
5. Lewis J, Schuklenk U. Bioethics met its Covid-19 Waterloo: The doctor knows best again. *Bioethics*. 2021; 35: 3-5. <https://doi.org/10.1111/bioe.12840>
6. Chadwick R. Covid-19 and the possibility of solidarity. *Bioethics*. 2020; 34(7): 637. <https://doi.org/10.1111/bioe.12813>
7. Klugman C. The cult of autonomy and why bioethics needs to become more communal. *Bioethics. Net*. 24 de septiembre de 2020. <http://www.bioethics.net/2020/09/the-cult-of-autonomy-and-why-bioethics-needs-to-become-more-communal/>
8. Wolf SM. What has Covid-19 exposed in Bioethics? Four Myths. *Hastings Center Report*. 2021; 51(3): 3-4. <https://doi.org/10.1002/hast.1254>
9. Ravitsky V. Post-Covid bioethics. *The Hastings Center*. 20 de mayo de 2020. <https://www.thehastingscenter.org/post-covid-bioethics/>
10. Gostin LO, Moon S, Meier BM. Reimagining global health governance in the age of Covid-19. *American Journal of Public Health*. 2020; 110(11): 1615-1619. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305933>
11. Chadwick R. Covid-19 and the possibility of solidarity. *Bioethics*. 2020; 34(7): 637. <https://doi.org/10.1111/bioe.12813>
12. Martins AA. Global bioethics in a pandemic: A dialogical approach. *Health Care Ethics USA*. 2021. <https://www.chausa.org/publications/health-care-ethics-usa/article/winter-2021/global-bioethics-in-a-pandemic-a-dialogical-approach>
13. Heilinger J, Venkatapuram S, Voss M and Wild V. Bringing ethics into the global coronavirus response. *The Hastings Center*. 22 de junio de 2020. <https://www.thehastingscenter.org/bringing-ethics-into-the-global-coronavirus-response/>

14. Potter VR. *Bioethics: Bridge to the future*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971.
15. Ingold T. 2000. Globes and spheres. The topology of environmentalism. In Ingold T, editor. *The perception of the environment. Essays on livelihood, dwelling and skill*. London and New York: Routledge. 2000; 209-218.
16. Cha I. *The mundialization of home in the age of globalization. Towards a trans-cultural ethics*. München: LIT Verlag; 2012.
17. Hawkins D. Differential occupational risk for COVID19 and other infection exposure according to race and ethnicity. *American Journal of Industrial Medicine*. 2020; 63(9): 817-820. <https://doi.org/10.1002/ajim.23145>
18. Kiaghadi A, Rifai HS, Liaw W. Assessing COVID-19 risk, vulnerability and infection prevalence in communities. *PLOS ONE*. 2020; 15(10): e0241166. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241166>
19. Cleveland Manchanda E, Couillard C, Sivashanker K. Inequity in crisis standards of care. *New England Journal of Medicine*. 2020; 383(4): e16. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2011359>
20. Horton R. *The COVID-19 catastrophe. What's gone wrong and how to stop it happening again*. Cambridge: Polity, 2020.
21. Chik H, Baptista E. Chile COVID-19 vaccination drive adds to Sinovac efficacy data. *South China Morning Post*. 9 de abril de 2021. <https://www.scmp.com/news/china/science/article/3128886/chile-covid-19-vaccination-drive-adds-sinovac-efficacy-data>
22. WHO (World Health Organization). *Malaria*. Key facts, 2021.
23. WHO (World Health Organization). *Tuberculosis*. Key facts, 2020.
24. WHO (World Health Organization). *Dengue and severe dengue*. Geneva: WHO, 2020.
25. WHO (World Health Organization). *Ten threats to global health in 2019*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
26. Ryan F. *Virusphere. Ebola, AIDS, influenza and the hidden world of the virus*. London: William Collins, 2019.
27. Honigsbaum M. *The pandemic century. One hundred years of panic, hysteria, and hubris*. New York: W. W. Norton & Company, 2020.
28. Mackenzie D. WHO-19. *The pandemic that never should have happened, and how to stop it*. London: The Bridge Street Press, 2020.
29. Rosa H. *The uncontrollability of the world*. Cambridge: Polity Press, 2020.
30. Rosa H. *The uncontrollability of the world*. Cambridge: Polity Press, 2020.
31. Symons X. Should we sacrifice older people to save the economy? *BioEdge*. 28 de marzo de 2020. <https://www.bioedge.org/bioethics/should-we-sacrifice-older-people-to-save-the-economy/13377>
32. Childs BH, Vearrier I. A journal of the COVID-19 (plague) year. *HEC Forum*. 2021; 33: 1-6. <https://doi.org/10.1007/s10730-021-09448-6>
33. Williams A. Intergenerational equity: An exploration of the 'fair innings' argument. *Health Economics*. 1997; 6: 117-132. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1050\(199703\)6:2<117::AID-HEC256>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1050(199703)6:2<117::AID-HEC256>3.0.CO;2-B)

34. Fisher A. Fair innings? Against healthcare rationing in favour of the young over the elderly. *Studies in Christian Ethics*. 2013; 26(4): 431-450. <https://doi.org/10.1177/0953946813492918>
35. Bramstedt KA. Age-based health care allocation as a wedge separating the person from the patient and commodifying medicine. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2001; 11: 185-188. <https://doi.org/10.1017/S0959259801011297>
36. De Medeiros K. A COVID-19 side effect: Virulent resurgence of ageism. *The Hastings Center*. 14 de mayo de 2020. <https://www.thehastingscenter.org/a-covid-19-side-effect-virulent-resurgence-of-ageism/>
37. Peisah C, Byrnes A, Doron I, Dark M, Quinn G. Advocacy for the human rights of older people in the COVID pandemic and beyond: a call to mental health professionals. *International Psychogeriatrics*. 2020; 32(10):1199-1204. <https://doi.org/10.1017/S1041610220001076>
38. Kuylen MNI, Kim SY, Keene AR, Owen GS. Should age matter in COVID-19 triage? A deliberative study. *Journal of Medical Ethics*. 2021; 47: 291-295. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-107071>
39. Marcel, G. *Homo viator. Introduction to a metaphysic of hope*. New York: Harper & Row, 1962.
40. Kaminsky C. 2020. *Normality «ex post»: social conditions of moral responsibility*. In Woesler M, Sass HM, editors. *Medicine and ethics in times of corona*. Zürich: LIT Verlag. 2020; 63-74.
41. Mackenzie C, Stoljar N. *Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. New York: Oxford University Press, 2000.
42. Gintis H. *Individuality and entanglement: The moral and materials bases of social life*. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2017. <https://doi.org/10.1515/9781400883165>
43. WeCope (World Emergency COVID-19 Pandemic Ethics Committee). *Statement on individual autonomy and social responsibility within a public health emergency*. In Woesler M, Sass HM, Editores. *Medicine and ethics in times of corona*. Zürich: LIT Verlag. 2020; 419-425.
44. Bieri P. *Human dignity: A way of living*. Cambridge: Polity Press, 2017.
45. Ten Have H. *Global bioethics. An introduction*. London and New York: Routledge; 2016. <https://doi.org/10.4324/9781315648378>
46. WHO (World Health Organization). *WHO Director-General's statement on Tanzania and COVID-19*. 2021. <https://www.who.int/news/item/20-02-2021-who-director-general-s-statement-on-tanzania-and-covid-19>
47. Eurasia Group. *Ending the COVID-19 pandemic: The need for a global approach*. November 25, 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/act-accelerator/2020-summary-analysis-of-ten-donor-countries-11_26_2020-v2.pdf
48. UNESCO. *Statement on COVID-19: Ethical considerations from a global perspective*. Paris: UNESCO, 2020. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115>.
49. European Group on Ethics in Science and New Technologies. *Statement on European solidarity and the protection of fundamental rights in the Covid-19 pan-*

- demic*. April 2, 2020. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/research_and_innovation/ege/ec_rtd_ege-statement-covid-19.pdf
50. Dawson A, Emanuel EJ, Parker M, Smith MJ and Voo TC. Key ethical concepts and their application to Covid-19 research. *Public Health Ethics*. 2020; 13(2): 127-132. <https://doi.org/10.1093/phe/phaa017>
51. Pontifical Academy for Life. *Vaccine for all. 20 points for a fairer and healthier world*. 29 de diciembre de 2020. <https://press.vatican.va/content/salastampa/it/bollettino/pubblico/2020/12/29/0697/01628.html#notaiing>
52. Jennings B, Dawson A. Solidarity in the moral imagination of bioethics. *Hastings Center Report*. 2015; 45(5): 31-38. <https://doi.org/10.1002/hast.490>
53. Brown G, Susskind D. International cooperation during the Covid-19 pandemic. *Oxford Review of Economic Policy*. 2020; 36(S1): S64-S76. <https://doi.org/10.1093/oxrep/graa025>
54. West-Oram PGN, Buyx A. Global health solidarity. *Public Health Ethics*. 2017; 10(2): 212-224. <https://doi.org/10.1093/phe/phw021>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



COVID-19 and global bioethics

COVID-19 y bioética global

*Henk ten Have**

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.01>

Abstract

The global phenomenon of a pandemic has reactivated the notion of global bioethics, arguing that mainstream bioethics insufficiently addresses the pandemic experience. This experience highlights connectedness, differential vulnerability, unexpectedness and unpreparedness. During the pandemic, ethical concerns are framed in a specific way. This article examines three ways of framing: with the notions of exceptionality, controllability, and binarity. It then discusses the framework of global bioethics providing a broader and inclusive perspective on the pandemic experience. A fundamental notion in this framework is relationality. It also accentuates that individual and common interests are not opposed. A third consideration in this perspective is solidarity. A global bioethics framework is an incentive to rethink globalization, global governance, public health, and healthcare. If bioethics as a social and global endeavor mobilizes the moral imagination in order to expand the scope of moral concern by applying the human capacity to empathize, it crucially contributes to enhancing social life and civilization.

* Duquesne University, Center for Healthcare Ethics, Pittsburgh, USA. Email: henktenhave10@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-3224-7943>
Reception: August 15, 2021. Acceptance: September 12, 2021.

Keywords: Global bioethics, relationality, solidarity, pandemics, public health.

1. COVID-19 and ethics

The COVID-19 pandemic is associated with an increase of ethics publications and an upsurge of interest in global bioethics. A PubMed search (in early July 2021) shows that the pandemic inspired a large number of publications on related ethical issues. These publications cover a range of issues: crisis standards of care, expedited research, duty to care, triage in intensive treatment, prioritization of vaccination. The majority of studies is concerned with moral dimensions of treatment (Table 1).

Table 1: Number of publications.

Search terms	2019	2020	2021 (First half)
Ethics & COVID-19	3	2,2525	1,729
Ethics, COVID-19 & treatment		1,419	802
Ethics, COVID-19 & standards of care		236	150
Ethics, COVID-19 & triage		188	100
Ethics, COVID-19 & prioritization		131	103
Ethics, COVID-19 & duty to care		41	32

A significant number of these publications explicitly addresses global bioethics. If we look at the development of global bioethics publications in general, it is noticeable that for a long time the number is rather low, but since 2014 it started to rise (Table 2).

Source: Own elaboration.

In 2020, a search with the keywords «COVID-19 & global bioethics» produces 63 publications while in the first half of 2021 60 journal articles are published. That means that in 2020 23% of all global

Table 2: Growth of global bioethics publications.

– since 1982	1-2 / year
– since 1999	28 / year
– since 2014	166 / year

Source: Own elaboration.

bioethics publications are related to the COVID-19 pandemic (63 out of 236), and in the first half of 2021 this has increased to 39% (60 out of 152). Looking at the total number of publications with the keyword «ethics», the contribution of publications on COVID-19 and ethics increased from 13% in 2020 (2,525 out of 19,850) to 16% in the first half of 2021 (1,729 out of 10,569).

A tentative conclusion is that the COVID-19 pandemic has stimulated research and publishing activities focused on the ethical dimensions of the pandemic experience. It is interesting, however, that a number of publications engages in bioethical self-reflection, arguing that bioethics is insufficiently addressing issues of community, the common good, solidarity and fairness. While the new viral threat highlights common vulnerability and interdependency, nationalistic policies only focus on the needs of specific countries, often diverting resources away from low and middle-income countries (1). While the pandemic exacerbates the health disparities within countries and across the world, in mainstream bioethics disparities and inequities have not played a major role (2). Bioethical analyses and recommendations are often based on utilitarian calculations, assuming that the major conflict is between individual interests and the common good (3). Another frequently mentioned dilemma is that between public health and individual freedom (4). These self-reflective analyses conclude that the dominant approach of bioethics is inadequate in the face of the pandemic because it does not provide consistent normative policy guidance (5) or its

overemphasis on personal autonomy and individualism (6, 7). The pandemic has exposed shortcoming and misconceptions in bioethics (8). Others argue forcefully that post-COVID bioethics should have a global perspective (9). More attention should be given to embeddedness and connectedness, thus not only to the broader context of healthcare but also to the social and cultural networks in which individuals are included. That means articulating the importance of the common good, and the perspectives of justice, vulnerability and solidarity. In the age of COVID-19 global bioethics should be reimagined in order to address global phenomena, so that a new global health governance landscape will emerge (10), the conditions for global solidarity and cooperation examined (11), and the voices of marginalized and disadvantaged populations included in ethical discourse (12). If a global disease threat such as COVID-19 demands global responses, a broader and more encompassing ethical framework is needed than that provided by the dominant model of bioethics (13).

2. The pandemic experience

One reason why the phenomenon of the pandemic reactivates the notion of global bioethics is related to the characteristics of the pandemic experience. For many people, especially in high-income countries, globalization has been a rather abstract and external process resulting in useful and less expensive products such as smart phones, computers, and clothes, ordered online through Amazon, Google and Apple as well as the ability to travel and have holidays everywhere on the globe. The threat of COVID-19 has lifted global phenomena out of beneficial abstractness. Globalization now has become an internal experience, impacting human life itself. It becomes a source of tension between countries and regions, and an impediment to public health measures, manifesting dependencies and inequalities. The pandemic experience thus highlights *connected-*

ness as a basic feature of globalization. One dimension of global bioethics is its worldwide or planetary scope. This meaning is by the image of Earth on the cover of Potter's first book on bioethics (14). The planet is visualized as a lonely globe in outer space, articulating the experience that it is the common home of human beings within the universe. This image of the globe, powerful as it is, posits the Earth as an external object. It does not provoke the sense that it is in fact the habitat of human beings so that our relationship to «enviroming» conditions is internal rather to external; we cannot disengage ourselves from our habitat; our lifeworld cannot be disconnected from the planet. The image of «globe» risks therefore to separate humans from the context within which they dwell. A more appropriate metaphor to express the characteristic of connectedness is «sphere» (15). Using this metaphor evokes interconnectedness, relatedness, and interdependency. This is also expressed in notions such as «atmosphere», «biosphere», «ecosphere», and «virosphere». The planet is not just the dwelling location but the world within which humans live, in which they feel at home. For human beings, as embedded in spheres, the environment is not an external setting but part of their lifeworld. The notion of sphere presents the world as lived experience, perceived and understood from within. The human world begins in the local rather than the global because the spherical view accentuates embeddedness, and thus locality. Globalization therefore is not an external process that impacts our common globe; it concerns the human world, the *mundus*, expanding the life world through global interaction and cultural diffusion. This is why *mundalization* is sometimes proposed as a better term for global processes (16). Mundialization (as expressed in the French «mondialisation» and «bioéthique mondiale») underlines the interchange and integration of ideas and values of people and cultures around the globe, rather than the spatial and geographic dimensions of the world as our home.

The second characteristic of the pandemic experience is *differential vulnerability*. In principle, all humans can be infected but SARS-

CoV-2 is not affecting everybody in the same manner and with the same severity. Older citizens, people with underlying health conditions, and racial and ethnic minority groups have increased risk of getting sick, being hospitalized and dying from COVID-19 (17). People in poor neighborhoods are more vulnerable to the disease, while recurrent COVID outbreaks are described in nursing homes, slaughterhouses, and prisons (18). Disadvantaged populations often have more health problems as the result of lack of access to healthcare, poor and unsafe living conditions, lack of employment, and environmental degradation. People with disabilities, chronic illnesses, and older people all have conditions that reduce long-term life expectancy. These populations and people risk to be doubly affected, not only by the virus but also by utilitarian triage criteria that aim to maximize the number of life-years saved so that priority in treatment is denied because of their poor long-term prognosis (19). One of the most harmed areas of numerous societies are elderly and nursing homes while policy-making for a rather long time is focused on acute hospital care and little protection is available for the older, frail and vulnerable residents of these homes. Public health measures furthermore have unequal effects. These measures such as lockdowns and widescale testing are implemented in wealthier parts of the world and advocated for other countries, while the different context of less-resourced countries is not taken in to account. A substantial number of people, particularly in developing countries, are not be able to comply because they live together with many others in crowded housing, or lack adequate housing, with limited sanitary facilities, poor access to healthcare and to internet, do not have formal jobs, and have to go out for making a living, when government efforts to provide economic relief, secure income and health insurance are absent. Low-income countries are supposed to implement the same public health measures as more affluent countries, but they are not able to acquire sufficient protective equipment, and are not prioritized in the distribution of global resources such as test kits, medicines and

vaccines. But even in well-resourced countries people in low paid service jobs (such as retail, food services, childcare, and hospitality) must continue to work. The same is true for people with lower socio-economic status have to work in crowded conditions (e.g. in slaughterhouses), have to use public transportation, and often live in multigenerational households. Lockdowns, distancing, and self-isolation are measures that can be best carried out by wealthier citizens and those with better accommodation. But even in these circumstances, the burdens are not equally distributed: women are often more impacted than men when schools and day care centers are closed, and since they have more part-time employment which is more likely disrupted. The evidence that COVID-19 is worsening the existing inequalities in health and society points to the need to pay special attention to notions of vulnerability, solidarity and equality to address disparities from a more encompassing ethical framework (20). The pandemic has also made some people vulnerable due to xenophobia, scapegoating, stigmatization, and discrimination. That experiences are not the same everywhere and that COVID-19 reinforces existing inequities is evident in the global vaccine gap. While in many countries in the Global North almost 50% of the populations have received at least one dose of a COVID-19 vaccine, in low-income countries this is only the case for 1.1% of the people (as of July 21, 2021). The relatively worst affected continent is Latin America. With 8% of the world population, it has 20% of all global coronavirus cases, and 32% of global deaths. Only 10% of the population is fully vaccinated, but in some countries (e.g. Honduras and Guatemala) it is close to nil. In July, almost all new infections are caused by the Lambda variant. Cases rapidly rise, even in Chile where more than 61% of the population is fully vaccinated. The Continent has limited capacity for genome surveillance, so the variant was detected late, and it is difficult to estimate the full prevalence of the Lambda variant. The large reservoir of unvaccinated people, makes it easier for the virus to mutate, becoming more infectious and making vaccines less

effective. In most Latin American countries the most commonly used vaccine is China's CoronaVac which has poor efficacy. One study found that a single dose is only 3% effective, rising to 56.5 percent after both doses (21).

The third characteristic of the pandemic experience is *unexpectedness and unpreparedness*. It is not the first time that humanity is confronted with pandemic diseases. Human life has always been marked by infections, since humans, animals and microbes cohabit in the same world. But the advances of medical science have promoted the belief that these diseases can be managed and controlled, and sometimes eradicated through vaccinations and medications (especially early in life). Infectious diseases as lethal threats have become less frightening for many people. However, this is a cultural prejudice since populations in less developed countries are continuously threatened by infectious diseases. In 2019, just before the COVID-19 outbreak, 409,000 people have died from malaria, and 1.4 million from tuberculosis (22, 23). In fact, especially in Africa and Asia, more people are infected by malaria (in 2019, 229 million cases) and dengue (390 million people) than by COVID-19 thus far (24). Previous lethal pandemics such as the Black Death in the 14th century, cholera in the 19th century, and Spanish flu in the 20th century have had a major impact on society and culture, but they were mostly regarded as history. Diseases such as Avian flu, Ebola, and Zika have been an early warning for the current pandemic but the lessons have not been taken seriously in most countries. For most countries and authorities the viral threat of COVID-19 came as a surprise. An example is the list of ten threats to global health requiring attention for the next decade, published by the World Health Organization in early 2019 (25). Air pollution and climate change are on the top of the list. It also includes infectious diseases such as global influenza, Ebola and other high-threat pathogens, dengue and HIV. The list has been the basis for the new 5-year strategic plan of the Organization (the 13th General Programme of Work), allocating three billion US dollars to transform the

future of public health to ensure more access to health care, better protection from health emergencies, and to make more people experience improved health and well-being. The 2019 list differs from the one published one year earlier. The number one on this 2018 list is pandemic influenza. In fact, the majority of threats on this list are infectious diseases, including cholera, diphtheria, malaria, meningitis, and yellow fever. Many of these infections are no longer regarded as global threats one year later. Just before the outbreak of COVID-19 there obviously is no expectation of an imminent pandemic threat, although since 1992 experts have warned against the dangers of emerging infectious diseases. The experience with the coronavirus pandemic brought humanity back to its condition of connectedness. Although there are numerous differences between the past and the present, there are two basic realities that are still the same. One is the reality of microorganisms, reminding us that human beings are embedded in nature. Human beings cannot survive without viruses. They constitute a virosphere that not merely surrounds humans but that is within them (26). The other reality are human beings themselves. It is not clear how much their nature and behavior have fundamentally changed over time. It seems that in view of a lethal challenge, humans continue to show the same behavior as in previous times. Even if we have now more medical knowledge as ever before, it needs to be used by human beings. Policy recommendations only work if they are followed and implemented. Healthcare information is never completely certain so that there are always doubts and uncertainties. It also is applied within a social and cultural context which can be authoritarian or liberal, so determining limits and constraints on how stringent measures such as quarantine, isolation or testing can be applied or enforced. As a form of drama, a pandemic is not just a medical event but a social phenomenon with a particular evolution in time, depending on how humans behave and interact. Knowledge of the pathogen and the etiology of the disease is not sufficient to control an epidemic disease (27).

3. Framing ethical concerns

How ethical concerns are conceived and formulated is the result of a specific manner of framing. For instance, caring for infectious patients is interpreted as professional duty leaving aside considerations of personal risk or risk to family members and relatives but also the responsibilities of healthcare facilities to provide a safe environment. Another example are policy measures such as physical distancing and masking that often move from appeals to voluntary responsibility to mandatory requirements with the argument that the collective interest overrides the interests of individuals, emphasizing compliance with the measures rather than adherence to them on the basis of persuasion and motivation. A third example is the argument that in emergency circumstances priority should be given to treatment of COVID patients since that will save most lives while treatment of patients with other conditions is scaled down or cancelled as «collateral damage». The framing of ethical concerns is performed with three fundamental notions: exceptionality, controllability, and binarity.

a) Exceptionality

Ethical concerns during the pandemic are frequently pre-structured and formatted with the discourse of exceptionality. It can take two forms. Intrinsic exceptionality refers to the claim to be outside the general pattern, and thus especially privileged. Before COVID-19 some countries thought to be exceptional because they assumed to be well prepared for a global epidemic. After the outbreak of COVID-19, specific countries presume that they are less vulnerable and more resilient than others. During the pandemic, countries try to profile themselves as exceptional in their policy approaches, scientific contributions, or vaccination strategies. Special claims are made by the healthcare profession demanding priority in triage and vaccination because of the higher risks undertaken and their ins-

strumental value for the healthcare system. From an ethical perspective, arguments in favor of intrinsic exceptionality may be true or false but what they do is to assign such value to a country or profession that it becomes difficult to criticize policy-makers, scientists or healthcare workers because they are special. The second form is extrinsic exceptionality; i.e., the argument that an emergency situation creates special conditions in which the usual standards and practices no longer apply. In this form, the ethical perspective itself is affected. It is argued that special circumstances justify actions that normally would not be acceptable, for example confining citizens to their homes, testing mandates, crisis standards of care, expediting of scientific research, or deprioritizing older patients for ventilatory interventions. Allegedly, as these examples illustrate, the ethical considerations that apply in normal circumstances can no longer be used but should be either bypassed or reversed into a utilitarian framework so that the individual interest of patients will be subordinated to the common interest of all. In the context of public health, extrinsic exceptionality shows itself for example in the safety standards that are used. The need for early release of new vaccines and their emergency use approval is associated with less rigorous surveillance of safety and effectiveness than usual. Another example is the debate on re-opening society and the economy. While in normal circumstances, all possibilities will be used to minimize potential risks, this has not been the case in the public health policies of most countries, as evidenced in decisions to relax stringent measures and re-open the economy, not because the viral threat has diminished but because safety and health security are balanced against other values such as economic recovery. This is also evident in early policy recommendations by the WHO and several governments not to use face masks. Even if the evidence for their effectiveness is not clear-cut, in ordinary conditions the precautionary principle would have led to the policy to advise their use. In ordinary life, safety first is a basic principle that has instigated many regulations for human traffic, industrial

production, and occupational activities. That more risks are deemed acceptable in emergency conditions is illustrated in the discussion of adverse effects of some vaccines. When in March 2021 serious side effects of the AstraZeneca vaccine are identified, many countries paused the deployment of this vaccine. Experts respond critically to the pause and argue that vaccination should continue because the risks are extraordinary low (1 in 100,000). But these reassurances that side effects are rare, and much lower than the risk of serious illness due to infection are not convincing since a simple benefit-harm calculation at the population level will not suffice at the individual level. Vaccines are given to healthy people and protect against a disease that might affect them but not necessarily. Individuals do not compare the risk of side effects with the probability to die from COVID but with the probability to get infected. This last probability is in their own hands, and if they meticulously follow public health measures they assume that the risk of infection is extremely low. The argument of exceptionality that more safety risks are acceptable during a pandemic applies to populations but does not work at the individual level where side effects are associated with the personal situation of people. The argument itself may have negative effects since it enhances the experience that individuals may be sacrificed for the greater good, and that the interests of individuals are disregarded since in war speed is more important than caution. The debate on vaccine safety is an example of the downsides of exceptionality. It illustrates the impact of utilitarian thinking promoting a calculating, impersonal, abstract, and decontextualized approach, only focused on consequences, weighing benefits and harms, not for individuals but populations, and disregarding other ethical principles. It also is associated with a technocratic and paternalistic approach, giving experts (epidemiologists, virologist, and intensive care specialists) the first and last word in policy decision-making. This is highlighted in the development and application of triage systems, as well as in vaccination strategies. Exceptionality is furthermore applied inconsis-

tently. It is primarily used for individuals, not for more powerful agents such as pharmaceutical companies refusing to share data, patents, and property rights for the benefit of all. These agents may even take advantage of exceptional measures by arguing that expedited review of new medicines and vaccines should be maintained now that shorter review procedures have not impacted the reliability and safety of new products, assuming that the emergency conditions may be prolonged when the pandemic is over. The argument of exceptionality is likewise not applied to vulnerable people in nursing homes, prisons, and disadvantaged conditions who need special protection because they are exceptionally affected by COVID-19.

In mainstream bioethics, the basic principles of ethical discourse are respect for autonomy, beneficence, nonmaleficence, and justice. The principle of respect for autonomy is usually dominant, focusing on concrete individuals and interpreting vulnerability in an individualistic way. In the pandemic, the balance between principles changed. Public health and utilitarian ethics give priority to benefit and harm, focusing on abstract individuals as specimens of a collective, and ignoring issues of vulnerability. The ethical debate then shifts from individual to public interests but in both frameworks minor attention is given to the principle of justice and to respect for human dignity. The notion of exceptionality defines the fundamental challenge as a conflict between individual and common good. Rather than bypassing, reversing or shifting moral principles, the ethical framework guiding public health, clinical medicine and research should be broadened, so that more principles are taken into account.

b) Controllability

One of the striking features of the pandemic is the predominance of the war metaphor. Since the virus is an omnipresent threat to everyone, a massive common effort is needed to fight it. There are

only two options: victory or defeat. The entire society must be mobilized. All hopes are established on a technical solution to the COVID crisis, an ultimate weapon overcoming the vagaries of human behavior by simply injecting a vaccine. In the meantime, the emphasis should be on hospital care and the best possible treatment. In this context, there are only heroes, victims and villains, and dissent cannot be tolerated. After this world war is over, strenuous efforts should be undertaken to prevent future outbreaks. The arms race between viruses and humans demands the building of a critical defense system at the global level, taking the war against viruses seriously with surveillance and public health capabilities as well as international regulations than can be verified to ensure global security, concluded in a pandemic treaty (28, p. 233 and ff.).

The driving force of these efforts to fight the virus is the belief in controllability. Nowadays, viruses can be quickly identified, their genomes sequenced, diagnostic tests produced and vaccines developed. The viral spread can be controlled with rigorous public health measures, first of all physical distancing. Controllability, according to German philosopher Hartmut Rosa is a characteristic of modernity. Modern social existence is characterized by an *incessant desire to make the world engineerable, predictable, available, accessible, disposable (i.e., verfügbar) in all its aspects* (29, p. viii). But the drive to control separates humans from the world in which they are situated, and regards the world as a resource to be exploited, a collection of objects to master, a treasury of facts and data to discover and to make useful, and an assemblage of obstacles to overcome in order to advance human flourishing. Everything is seen as a challenge. Against this backdrop, we encounter the world, in the words of Rosa, as a «point of aggression» (30, p. 5 and ff). This is exactly the perspective of the military metaphor in the pandemic. The virus is an outside enemy that needs to be controlled, and ultimately destroyed. The four dimensions of controllability are reflected in the approach of the viral threat. First it is made visible, using science to identify the virus and mathematics to quantify the im-

pact; second it is made accessible through the development of a diagnostic test so that it can be followed how the virus spreads; third it is made manageable with the help of public health measures but most of all through vaccines; finally the threatened world is made controllable by making it useful and more efficient through digital surveillance, remote work and education, and economic restructuring.

The difficulty according to Rosa is that the desire for control is intimately connected to uncontrollability. The more the world is controlled, the more it eludes us. For example, processes of globalization and neoliberal policies promoted the idea that the world is a global market which is self-regulating and will solve problems such as poverty and underdevelopment. At the same time, these processes and policies have produced environmental degradation and increasing inequality which are now threatening global security and nearly impossible to control. The paradoxical connection between control and uncontrollability is observable in the pandemic. There is a strong conviction that science and technology are the optimal means for control that will bring relief. The tools of medical science provide the best way to eliminate the viral threat; all other approaches (simply labelled as «non-pharmaceutical interventions») are of secondary use. But time and again, the virus becomes uncontrollable since humans spreads the pathogen. The sciences of virology and epidemiology are useful but no guarantee that viruses can be controlled since human behavior is not fully predictable and manageable. Even when effective tools such as vaccines are available, problems with production, distribution and deployment impede getting hold of the pandemic. Health security as the ultimately aim of control is therefore always precarious. The two options of the war metaphor (defeat or victory) do not allow for a third; i.e., that the virus will stay with us and that we have to find ways to live with it.

The quest for control and the discourse of war are difficult to criticize since they seem the most rational and efficient way to

bring the pandemic under control. Efforts to control, manage, predict and calculate the spread of SARS-CoV-2 perfectly reflect the rationalization, bureaucratization and intellectualization of modern societies and cultures but they simultaneously demonstrate the uncontrollability, uncertainty and unpredictability of the modern lifeworld. When the pandemic lasts longer than expected, and policy measures begin to oscillate and are less consistent, this uncontrollability becomes more apparent, and makes people aware what is lost when the focus is only on efforts to make the world controllable. This awareness calls for a broader and deeper ethical discourse.

c) Binaridad

COVID-19 has highlighted and aggravated existing dichotomies and contradictions within and between societies. While SARS-CoV-2 is a threat to everyone, not all people are «in the same boat» since some are more heavily affected than others. This is especially true, as discussed earlier, for persons who are already vulnerable and disadvantaged before the pandemic emerged. COVID-19 exposes and exacerbates the existing health inequities and accentuates the significance of socio-economic determinants of health. Another disparity intensified in the pandemic is intergenerational tension, putting the old against the young. Older people are the most vulnerable to serious consequences of infection. Younger persons are least affected but asked to stay at home, keep physical distance, while schools are closed. They experience the prevention paradox: they can disseminate the virus without being ill and at risk of serious effects but have to change behavior in order to protect more vulnerable citizens. Seniors may complain that the curve of the pandemic is not flattening due to irresponsible conduct of younger persons (who have corona parties, go on holiday, and gather in public parks without masks and physical distancing) while they have to self-isolate and experience increasing loneliness. On the other hand, younger generations grumble that their social life is curtailed

because of concerns with persons who are in the final stages of their lives, and that they have to wait longer to go back to normal since those persons are prioritized for vaccination. These tensions are magnified through some policies, for example the use of age as a criterion of triage for ventilatory support. Other examples are the lack of attention to nursing and care homes where older residents with multiple comorbidities were often not transferred to hospitals in case of infection, as well as policies of herd immunity advocated in Sweden, and initially in the United Kingdom and the Netherlands. Sometimes public proposals are launched suggesting that the lives of some people, especially older ones who already had their «fair innings» are expendable for the greater good which is usually interpreted as the free flow of the market and economic productivity (31).

The dichotomies and disparities highlighted by the COVID-19 pandemic reveal the dark side of utilitarian approaches in public health. The utilitarian focus of triage systems for example proposes abstract categories of prioritization and is blind to structural healthcare disparities, not taking into account the social context and the variability of patient's needs and vulnerabilities. Guidelines usually do not include voices from marginalized groups (32). The use of the fair innings argument further articulates trends that already were visible before the coronavirus emerged. It proceeds from the anthropological vision of human beings as *homo economicus*: they are first of all rational self-interested individuals motivated by minimizing costs and maximizing gains for themselves. Human life is like a commodity, a resource that can be divided in parts and shares. The terminology of «innings» assumes that life is a form of producing and collecting benefits. Human life is not considered as a whole, in which all stages have a particular value and meaning. The concept of fair innings is also attractive since it is quantitative. Rather than having an ambiguous debate about ethical principles, it suggests clear rules that can be consistently applied and evaluated because it quantifies benefits (33). This approach re-

gards «the elderly» as a homogenous and abstract category which is necessarily associated with vulnerability, frailty, dependency, and deterioration, rather than as individual people with distinct personal, clinical, and social characteristics, conveniently ignoring that the majority of people older than 60 are not weak, dependent or frail (34; 35; 36). Finally, the reference to «fair innings» during the pandemic accentuates a problem that existed before. Age discrimination that was often implicit, has now become explicit (37). COVID-19 not only illustrates the divide between young and old but further articulates already prevailing ageism. The idea of fair innings therefore is arbitrary and unfair, and ignores that the utilitarian focus on efficiency should be tempered with concerns for equality, vulnerability and human dignity (38).

4. The framework of global bioethics

Having examined how ethical reflection has been conceived and framed during the public health emergency, the challenge is how to envision a bioethics after Covid-19 which is global, not merely in the sense that it worldwide but also that is encompassing, inclusive and broad, able to go beyond the disparities and dichotomies and the narrow ethical imagination which has been prevalent. A global perspective proceeds from the significance of relationality for bioethical discourse.

a) Relationality

Global bioethics articulates that human persons are essentially characterized by relationality. As integrated wholes of body and soul they are embedded within communities and they exist in a web of relationships with other beings and the enviroing world. This is why the notion of «sphere» is more appropriate than «globe», Rela-

tionality is a more fundamental characteristic than relatedness and connectedness. A person is continuously engaging in relations but this is often conceived from the viewpoint of the individual. The notion of relationality expresses that individuals not merely connect and interact with each other but belong together and are mutually dependent, taking responsibility and shaping their lives together. The first experience of humans is that the world is shared with others. From this perspective, individual autonomy is redefined as «relational autonomy». A human person is constituted through encounters and dialogues with other beings. Authentic human being is being-together; in the words of Gabriel Marcel: being present and available to others (39). Relationality and being situated in the world implies vulnerability since it exposes humans to other persons and the enviroing world. Relationality is not an option and we cannot make ourselves immune to the world.

It is evident that relationships and relatedness have become problematic in the pandemic. Other people are presented as a threat, and relations may have lethal outcomes since humans are the principal vectors of the virus. The main objective of public health measures is to prevent connections and interactions. Distancing, masking, prohibition of visits, working remotely, and sheltering at home obstruct being too close together with other persons. COVID-19 therefore seems to affect the anthropological condition of human beings. They risks to have their presence and availability reduced, and thus to lose what is specific for humanity. All people face the same dilemma between being secluded or being open to the world since relationships are disrupted but their fundamental relationality is not annulled. For many people public health measures create significant problems, physical ones because they have difficulties in providing for their basic needs, and mental ones because they are lonely and depressed. This renders the continuation of isolation policies increasingly problematic. It also explains why the term «social’ distancing is considered inappropriate, «bubbles» ap-

peared in which closeness and intimacy with at least some others was allowed, and many other ways of interaction and communication emerged (40).

b) Individual versus common interests

The opposition between individual and common interests that often dominates in pandemic discourses ignores the fundamental relationality of human beings. Individuals are not isolated, abstract entities but social beings. This point of view is not accepted in the ideology of individualism, prevailing especially in the West, according to which human beings are independent and self-reliant, the masters of their own life, and choosing their own values, and thus as unique individuals separated and demarcated from other beings. The normative implication of this view is that respect for individual autonomy means non-interference: individual decisions and actions should be respected as long as they do not harm other human beings. In this perspective, public health measures should first appeal to individual responsibility; any interference with personal liberty is problematic, and lockdowns and curfews are unacceptable. In the perspective of global bioethics, however, the opposition between individual and common interests is false because the first type of interests must be reinterpreted, while the last type should be taken seriously. One argument is that personal autonomy is a relational notion. Not only has it originated and been nurtured within a context of dependency but it is also always exercised in interaction with other people, dependent on social and cultural conditions (41). Another argument is that preferences, values, and beliefs are not merely individual but conditioned by the social context. Societies transmit values across generations because norms are internalized. The human capacity to internalize norms means that human preferences are socially «programmable» and human behavior is guided by the moral values of social life. Because human agents are socially entangled and networked, their conduct

cannot be explained by self-regarding rationality directed at maximizing self-interests but by social rationality, that is taking into account the well-being of other people and the needs of larger society (42). A further argument, especially expressed in global bioethics documents is that autonomy is intrinsically connected to responsibility. Individual actions and decisions have social consequences, so individual autonomy and social responsibility cannot be opposed. Personal autonomy is not abstract and decontextualized but has impacts on concrete other people (43).

The COVID pandemic clearly illustrates that individual behavior affects the well-being of the community. Widespread use of face masks will protect not only the individual but also other people against possible infection. Testing will identify whether someone is infected, but it is a warning signal that others may be at risk. The aim of vaccination is not just to protect individuals but society as a whole. In a public health emergency, appeals to self-interest cannot be separated from concerns with the interests of others. Individual decisions whether or not to adhere to public health measures have an inherently social dimension. Appeals to individual responsibility will therefore not be sufficient without articulating social responsibility, and without creating the social, political and economic conditions for the exercise of responsible autonomy. That individualistic policies fail without this dimension of social responsibility is evident in debates concerning quarantine, isolation, lockdown and distancing where it is argued that human dignity and human rights are violated. In these debates, dignity and rights are frequently regarded as notions that apply strictly to individuals. Human dignity is considered as a theoretical and abstract construct, an intrinsic quality that applies equally to every human being. It does not depend on human characteristics or conditions such as age, gender, or disease. It cannot be diminished or taken away by any authority or political system, or disregarded in emergency conditions. Dignity does not depend on whether it is recognized or respected since

it continues to exist even in the most dismal or cruel circumstances. However, this is only part of the story of human dignity. It is also a practical experiential phenomenon, a lived experience. It refers to how humans behave and are treated; human dignity is thus a relational quality. In this perspective, dignity can be disrespected, lost or destroyed. In certain situations and practices, humans experience threats to their dignity and are confronted with undignified conditions (44). Human rights are the focus of similar discussions. Sometimes they are interpreted as rights of individuals, especially emphasizing non-interference to protect individuals against the state, and thus regarding civil and political rights as more important than social and economic rights. In this view, moral individualism is at the core of human rights language as the discourse of individual empowerment. However, all human rights are interdependent. Civil and political rights cannot be exercised if basic conditions for human existence are not provided, as expressed by social and economic rights. Individual persons can only be empowered within a relational context with others. The right to health illustrates that the individual dimension of human rights is connected to a dimension of solidarity and collective good: if appropriate conditions such as access to health care and quality health services do not exist, individuals cannot enjoy their right to health. Like human dignity, human rights are based on the recognition that human beings share fundamental needs and vulnerabilities (45, p. 113 and ff).

The above arguments apply to another opposition which has intensified during the pandemic: nationalism versus globalism. In emergency conditions, national interests dominate the approach to COVID-19. Countries are first concerned for their own citizens, and try to seize as much protective equipment, masks, and testing materials as possible, often in competition with each other, and without consideration for the needs of other, less powerful and economically weaker nations. Vaccines are pre-ordered and purchased in enormous quantities by high-income countries, leaving other countries at the end of the queue. The World Health Orga-

nization and international actors have argued multiple times that national policies will not be sufficient to control the pandemic as long as a global approach is missing (46). The arguments are familiar: nationalism will hurt everybody and is self-defeating because all people are connected. The virus does not recognize borders and nations but affects the global population and requires global solutions. Even if the virus can be eliminated in one country, trade and travel will remain affected, economies will not recover, and stability and prosperity will not return as long as the virus is rampaging across the world. It is therefore in the interest of each nation to engage in global efforts to address COVID-19 (47). Nationalist approaches are not only narrow-minded but also self-defeating in the longer run when the virus continues to disseminate and mutate in some parts of the world.

c) Solidarity

In the context of public health, solidarity has since long been endorsed as a key ethical value. Because health systems are interdependent, and disease threats are global, collaboration between healthcare institutions is necessary at national, regional and global levels, requiring open communication, sharing of information, and coordination of policy responses. In the COVID-19 pandemic, international bodies have repeatedly emphasized solidarity as a core concept. The ethical committees of UNESCO call it «an ethical duty to build solidarity and cooperation» (48, p. 4), while the ethics advisors of the European Union refer to solidarity as «a social vaccine» against indifference and exclusion (49, p. 4). Remarkably, the WHO's Working Group on Ethics and COVID-19 lists solidarity as the first ethical principle to apply (50). The Vatican COVID-19 Commission states that the principle of solidarity must be the basis of any specific and concrete intervention in response to the pandemic, which implies that vaccines must be available and accessible to all (51).

Solidarity is often explained with references to the same grounds as the notion of relationality: it is based on the mutual recognition that human beings share the same needs, that their destiny is interconnected, that vulnerabilities are crucial human features but not equally experienced, and that the well-being of all citizens of the world should be the primary concern of global policies. Yet, what is typical for solidarity are not just these theoretical explanations, but its practical implications. Rather than a feeling of connectedness, and intentions to act, solidarity shows itself in supporting a specific cause and in common action, recognizing that capacities to cope with global threats are unequal. It requires that understanding interdependency and willingness to assist others translates in public action, demonstrating that one's own interests are subordinated to those of others. Such action can be motivated by mutual self-interest, especially in a pandemic where it is everybody's interests to reduce and eliminate infections but the core of solidarity is moral concern for others, selfless commitment to the other rather than the expectation of unilateral benefit. It is not manifested because other people are a threat to our health, but because global health is connected and interdependent. Solidarity differs from charity, aid, and generosity: it signifies mutuality, a symmetrical relation between equals, and implies therefore inclusion and cooperation (52).

Although there are many examples of solidarity at interpersonal and institutional levels, the absence of solidarity at the global level during the pandemic is striking. This is not surprising since the conditions for solidarity have been eroded in the past few decades. Global policies and international cooperation have primarily focused on economic interests. For example, in the European Union, protection of human health has not received priority since the organization and delivery of health services and medical care is the primary responsibility of individual member states. Global institutions such as the World Health Organization have been systematically weakened by budget cuts and attempts to delegitimize its

work (53). In most countries, public health infrastructure has been reduced, and health is first of all regarded as an individual rather than collective responsibility. The main driving force for cooperation is the neoliberal ideology of the free market, emphasizing competition, free trade, and commercialization of all aspects of human life. In this ideology, government interference must be reduced as much as possible, and deregulation, privatization, reduction of taxes and public expenditures encouraged. In this philosophy of rational egoism, societies are mere collections of individuals, and solidarity is rejected or regarded as a superfluous value. The same processes have undermined solidarity within societies. The dominance of individualism and the view of the human person as *homo economicus* have diminished the experience of human beings that they are embedded within communities, cultures and environments, and the consciousness that their destiny is connected to distant others as citizens of the world. Since solidarity cannot be imposed unilaterally or top-down, it will not emerge in these conditions (54).

This analysis clarifies that the failure of global solidarity is the result of policies which advance specific values at the expense of others. The COVID-19 pandemic demonstrates the inadequacies of these policies. Public health infrastructures in most countries prove incapable of coping with the virus. Appeals to individual responsibility alone do not manage to control viral transmission. Massive government interventions are necessary to support the healthcare system, the economy, and all sectors of social life. The free market is not able to produce sufficient quantities of protective equipment, medication, and vaccines without substantial public support. At the same time, mainstream bioethics, relying on the language of autonomy, interests, utility, efficiency, and negative rights presents a myopic view of relevant ethical concerns. Starting from the point of view of the autonomous individual, it cannot recognize the connectedness of human beings, and the global dimensions of the pandemic, and thus the need for global responses. After COVID-19,

bioethics can no longer assume that autonomy is the dominant ethical principle; it must recognize that taking human relationality seriously implies enhancing and embracing social and structural conditions that make solidarity possible.

5. Conclusion

The significance of global health accentuated by COVID-19 underscores the need for a more encompassing discourse of global bioethics. Dominant ethical analyses are often orientated towards disease management, technocratic approaches, and individual treatment rather than attention to conditions in which diseases arise and expand. These tendencies are reinforced during the emergency of the pandemic, emphasizing exceptionality, controllability, and binarity, thus structuring and framing ethical considerations in a specific and narrow way, relegating concerns with vulnerability, human dignity, inequity, cooperation, and solidarity to a lower level of urgency and interest. The COVID-19 pandemic illustrates that another way of thinking and working is helpful to clarify the ethical dimensions of present-day life. The starting point of the argument is the basic relationality of human beings. This is not just the view that human persons are connected to other beings and the environing world, but the philosophical perspective that being human means being-together. Human persons can only exist and flourish because they share the world, belong together, are present and available to each other. This basic relationality has ethical significance. Being situated within relationships and engaging with other beings means vulnerability. Openness to the world and mutual dependency is necessary to make human persons grow, develop and flourish but also exposes them to possible harm and injury. Humans cannot immunize themselves to the world since they would then lose what characterizes them as human beings. Ethical discourse is one way to mitigate and remediate vulnerability. It en-

courages us to change perspectives, and to imagine ourselves in the position of other people who have the same needs, desires and feelings as we have. It expresses that when we share the world, we must recognize others who have lives to live, and we must treat their interests as equal to our own.

COVID-19 has revived the, mostly forgotten, collective memories of the past, especially of the influenza pandemic of one century ago. Humans now realize that they live in a pandemic era that begun in 1918 and that the idea that infectious diseases can be controlled is false. More than other disasters, COVID-19 has affected all dimensions of everyday life for all people across the globe. The spread of SARS-CoV-2 makes visible and tangible to everyone that human beings are interdependent, illustrating that globalization is a phenomenon of health and disease, and not simply of trade, travel, and finance. Globalization no longer is an abstract set of processes but an experience of mutual and personal vulnerability. Everybody is confronted with the same threat, and scientific knowledge of the virus is the same for everyone and rapidly shared across the globe. Nonetheless, responses to the pandemic are diverse and heterogeneous. Some countries have managed the impact of the virus rapidly and efficiently, when in fact numerous others have bungled, delayed, and vacillated in applying public health measures. One reason why global strategies in the face of the pandemic differ has to do with values (for example, individual vs social responsibility; voluntary compliance and self-control vs state enforcement and external control; individual liberties vs solidarity). That COVID-19 has ethical relevancy is furthermore manifested in the social inequities that it has revealed and aggravated. It exposes socio-economic and racial disparities in health and healthcare, as well as the privileges of people who have homes to shelter, and work that can be done remotely. Trends towards discrimination of elderly and disabled people are magnified, and stigmatization and scapegoating are not past. The pandemic also discloses the lack of preparedness of most countries and the insufficiency

of public health infrastructures. Furthermore it clarifies that the economic order promoted by the neoliberal policies of globalization over the last few decades have led to the moral impoverishment of the social life-world and to multiplication of experiences of injustice, especially of humiliation, disrespect, and inequality.

For these reasons, the pandemic is an opportunity to rethink globalization, global governance, public health, and healthcare with a new appreciation of the common good and the role of governments in protecting citizens, with more emphasis on resilience rather than efficiency. If bioethics as a social and global endeavor mobilizes the moral imagination in order to expand the scope of moral concern by applying the human capacity to empathize, it crucially contributes to enhancing social life and civilization.

Bibliographic references

1. Ho A, Dascalu I. Global disparity and solidarity in a pandemic. *Hastings Center Report*. 2020; 50(3): 65-67. <https://doi.org/10.1002/hast.1138>
2. Fins JJ. Covid-19 makes clear that bioethics must confront health disparities. *The Hastings Center*. July 9, 2020. <https://www.thehastingscenter.org/covid-19-makes-clear-that-bioethics-must-confront-health-disparities/>
3. Venkatapuram S. Covid-19 and the global ethics freefall. *The Hastings Center*. 2020, March 19. <https://www.thehastingscenter.org/covid-19-and-the-global-ethics-freefall/>
4. Cohen J. Individual freedom or public health? A false choice in the Covid era. *The Hastings Center*. June 9, 2020. <https://www.thehastingscenter.org/individual-freedom-or-public-health-a-false-choice-in-the-covid-era/>
5. Lewis J, Schuklenk U. Bioethics met its Covid-19 Waterloo: The doctor knows best again. *Bioethics*. 2021; 35: 3-5. <https://doi.org/10.1111/bioe.12840>
6. Chadwick R. Covid-19 and the possibility of solidarity. *Bioethics*. 2020; 34(7): 637. <https://doi.org/10.1111/bioe.12813>
7. Klugman C. The cult of autonomy and why bioethics needs to become more communal. *Bioethics Net*. September 24, 2020. <http://www.bioethics.net/2020/09/the-cult-of-autonomy-and-why-bioethics-needs-to-become-more-communal/>
8. Wolf SM. What has Covid-19 exposed in Bioethics? Four Myths. *Hastings Center Report*. 2021; 51(3): 3-4. <https://doi.org/10.1002/hast.1254>
9. Ravitsky V. Post-Covid bioethics. *The Hastings Center*. 2020, May 20. <https://www.thehastingscenter.org/post-covid-bioethics/>

10. Gostin LO, Moon S, Meier BM. Reimagining global health governance in the age of Covid-19. *American Journal of Public Health*. 2020; 110(11): 1615-1619. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305933>
11. Chadwick R. Covid-19 and the possibility of solidarity. *Bioethics*. 2020; 34(7): 637. <https://doi.org/10.1111/bioe.12813>
12. Martins AA. Global bioethics in a pandemic: A dialogical approach. *Health Care Ethics USA*. 2021. <https://www.chausa.org/publications/health-care-ethics-usa/article/winter-2021/global-bioethics-in-a-pandemic-a-dialogical-approach>
13. Heilinger J, Venkatapuram S, Voss M, and Wild V. Bringing ethics into the global coronavirus response. *The Hastings Center*. June 22, 2020. <https://www.the-hastingscenter.org/bringing-ethics-into-the-global-coronavirus-response/>
14. Potter VR. *Bioethics: Bridge to the future*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971.
15. Ingold T. 2000. Globes and spheres. The topology of environmentalism. In Ingold T, editor. *The perception of the environment. Essays on livelihood, dwelling and skill*. London and New York: Routledge. 2000; 209-218.
16. Cha I. *The mundialization of home in the age of globalization. Towards a trans-cultural ethics*. München: LIT Verlag; 2012.
17. Hawkins D. Differential occupational risk for COVID19 and other infection exposure according to race and ethnicity. *American Journal of Industrial Medicine*. 2020; 63(9): 817-820. <https://doi.org/10.1002/ajim.23145>
18. Kiaghadi A, Rifai HS, Liaw W. Assessing COVID-19 risk, vulnerability and infection prevalence in communities. *PLoS ONE*. 2020; 15(10): e0241166. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241166>
19. Cleveland Manchanda E, Couillard C, Sivashanker K. Inequity in crisis standards of care. *New England Journal of Medicine*. 2020; 383(4): e16. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2011359>
20. Horton R. *The COVID-19 catastrophe. What's gone wrong and how to stop it happening again*. Cambridge: Polity, 2020.
21. Chik H, Baptista E. Chile COVID-19 vaccination drive adds to Sinovac efficacy data. *South China Morning Post*. April 9, 2021. <https://www.scmp.com/news/china/science/article/3128886/chile-covid-19-vaccination-drive-adds-sinovac-efficacy-data>
22. WHO (World Health Organization). *Malaria*. Key facts, 2021.
23. WHO (World Health Organization). *Tuberculosis*. Key facts, 2020.
24. WHO (World Health Organization). *Dengue and severe dengue*. Geneva: WHO, 2020.
25. WHO (World Health Organization). *Ten threats to global health in 2019*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
26. Ryan F. *Virusphere. Ebola, AIDS, influenza and the hidden world of the virus*. London: William Collins, 2019.
27. Honigsbaum M. *The pandemic century. One hundred years of panic, hysteria, and hubris*. New York: W. W. Norton & Company, 2020.

28. Mackenzie D. WHO-19. *The pandemic that never should have happened, and how to stop it*. London: The Bridge Street Press, 2020.
29. Rosa H. *The uncontrollability of the world*. Cambridge: Polity Press, 2020.
30. Rosa H. *The uncontrollability of the world*. Cambridge: Polity Press, 2020.
31. Symons X. Should we sacrifice older people to save the economy? *BioEdge*. March 28, 2020. <https://www.bioedge.org/bioethics/should-we-sacrifice-older-people-to-save-the-economy/13377>
32. Childs BH, Vearrier I. A journal of the COVID-19 (plague) year. *HEC Forum*. 2021; 33: 1-6. <https://doi.org/10.1007/s10730-021-09448-6>
33. Williams A. Intergenerational equity: An exploration of the «fair innings» argument. *Health Economics*. 1997; 6: 117-132. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1050\(199703\)6:2<117::AID-HEC256>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1050(199703)6:2<117::AID-HEC256>3.0.CO;2-B)
34. Fisher A. Fair innings? Against healthcare rationing in favour of the young over the elderly. *Studies in Christian Ethics*. 2013; 26(4): 431-450. <https://doi.org/10.1177/0953946813492918>
35. Bramstedt KA. Age-based health care allocation as a wedge separating the person from the patient and commodifying medicine. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2001; 11: 185-188. <https://doi.org/10.1017/S0959259801011297>
36. De Medeiros K. A COVID-19 side effect: Virulent resurgence of ageism. *The Hastings Center*. May 14, 2020. <https://www.thehastingscenter.org/a-covid-19-side-effect-virulent-resurgence-of-ageism/>
37. Peisah C, Byrnes A, Doron I, Dark M, Quinn G. Advocacy for the human rights of older people in the COVID pandemic and beyond: a call to mental health professionals. *International Psychogeriatrics*. 2020; 32(10):1199-1204. <https://doi.org/10.1017/S1041610220001076>
38. Kuylen MNI, Kim SY, Keene AR, Owen GS. Should age matter in COVID-19 triage? A deliberative study. *Journal of Medical Ethics*. 2021; 47: 291-295. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-107071>
39. Marcel, G. *Homo viator. Introduction to a metaphysic of hope*. New York: Harper & Row, 1962.
40. Kaminsky C. 2020. *Normality «ex post»: social conditions of moral responsibility*. In Woesler M, Sass HM, editors. *Medicine and ethics in times of corona*. Zürich: LIT Verlag. 2020; 63-74.
41. Mackenzie C, Stoljar N. *Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. New York: Oxford University Press, 2000.
42. Gintis H. *Individuality and entanglement: The moral and materials bases of social life*. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2017. <https://doi.org/10.1515/9781400883165>
43. WeCope (World Emergency COVID-19 Pandemic Ethics Committee). *Statement on individual autonomy and social responsibility within a public health emergency*. In Woesler M, Sass HM, Editors. *Medicine and ethics in times of corona*. Zürich: LIT Verlag. 2020; 419-425.

44. Bieri P. *Human dignity: A way of living*. Cambridge: Polity Press, 2017.
45. Ten Have H. *Global bioethics. An introduction*. London and New York: Routledge; 2016. <https://doi.org/10.4324/9781315648378>
46. WHO (World Health Organization). *WHO Director-General's statement on Tanzania and COVID-19*. 2021. <https://www.who.int/news/item/20-02-2021-who-director-general-s-statement-on-tanzania-and-covid-19>
47. Eurasia Group. *Ending the COVID-19 pandemic: The need for a global approach*. November 25, 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/act-accelerator/2020-summary-analysis-of-ten-donor-countries-11_26_2020-v2.pdf
48. UNESCO. *Statement on COVID-19: Ethical considerations from a global perspective*. Paris: UNESCO, 2020. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115>.
49. European Group on Ethics in Science and New Technologies. *Statement on European solidarity and the protection of fundamental rights in the Covid-19 pandemic*. April 2, 2020. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/research_and_innovation/ege/ec_rtd_ege-statement-covid-19.pdf
50. Dawson A, Emanuel EJ, Parker M, Smith MJ and Voo TC. Key ethical concepts and their application to Covid-19 research. *Public Health Ethics*. 2020; 13(2): 127-132. <https://doi.org/10.1093/phe/phaa017>
51. Pontifical Academy for Life. *Vaccine for all. 20 points for a fairer and healthier world*. December 29, 2020. <https://press.vatican.va/content/salastampa/it/bollettino/pubblico/2020/12/29/0697/01628.html#notaing>
52. Jennings B, Dawson A. Solidarity in the moral imagination of bioethics. *Hastings Center Report*. 2015; 45(5): 31-38. <https://doi.org/10.1002/hast.490>
53. Brown G, Susskind D. International cooperation during the Covid-19 pandemic. *Oxford Review of Economic Policy*. 2020; 36(S1): S64-S76. <https://doi.org/10.1093/oxrep/graa025>
54. West-Oram PGN, Buyx A. Global health solidarity. *Public Health Ethics*. 2017; 10(2): 212-224. <https://doi.org/10.1093/phe/phw021>

This work is under international license Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Bioética y justicia global. Análisis crítico sobre la estrategia global de vacunación COVID-19

Bioethics and global justice. Critical analysis of the COVID -19 global vaccination strategy

*Cristina de la Cruz Ayuso**

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.02>

Resumen

Este artículo toma como base de análisis el Plan del Fondo Monetario Internacional para hacer frente a la pandemia de SARS-cov-2. Uno de los retos que afronta esa estrategia global es responder de manera eficiente a una demanda de cobertura universal de la vacuna; algo que exige un difícil equilibrio de gobernanza multinivel. Sin embargo, desde la perspectiva de la justicia global, la distribución y acceso a la vacuna se ha convertido en un problema geopolítico con repercusiones sin precedentes a nivel global. En este trabajo se problematizan algunos aspectos de esta estrategia. En un primer momento, a partir del enfoque de Fraser sobre justicia global, se analizan cuáles son sus principales limitaciones y las consecuencias que está teniendo en términos de distribución y acceso. En la parte final se incluye una sucinta aproximación sobre el alcance de dicha estrategia para las mujeres.

* Universidad de Deusto. Bilbao, España. Correo electrónico: delacruz@deusto.es
<https://orcid.org/0000-0001-7333-0834>
Recepción: 15 de agosto de 2021. Aceptación: 12 de septiembre de 2021.

Palabras clave: pandemia, vacuna, distribución, priorización, asignación.

1. Introducción

Este artículo toma como base de análisis el Plan del Fondo Monetario Internacional para hacer frente a la pandemia de SARS-CoV-2. En él se concreta una estrategia global cuyo objetivo es doble: por un lado, alcanzar la equidad vacunal y, por otro, avanzar en la derrota de la pandemia. Este plan se alinea con los objetivos de la Organización Mundial de la Salud y se presenta en sintonía con la iniciativa del Acelerador del Acceso a las herramientas contra la COVID-19 (Acelerador ACT) y su programa mundial de acceso a las vacunas (COVAX), así como con la labor, entre otras, del Grupo del Banco Mundial (1). A partir de este contexto, este trabajo problematiza, desde la perspectiva de la justicia global, algunos aspectos de esta estrategia relacionados con la distribución y la priorización de la vacuna.

Existe abundante literatura sobre los problemas contemporáneos que se abordan en el debate sobre la justicia global (2). En dicho debate, se hace referencia, de manera recurrente, a la cuestión de la pobreza, derechos humanos u otras propuestas alternativas vinculadas con determinadas luchas abanderadas por movimientos sociales a escala global. Desde el punto de vista teórico, esas problemáticas afrontan el desafío de concretar, en palabras de Fraser, el marco normativo en el que han de librar la batalla por la justicia, en relación con el quién y el cómo de la justicia global (3); y, por otro lado, concretar la articulación sobre el qué de la justicia. Efectivamente, y de acuerdo con Palacio (4), el debate sobre la justicia global se centra fundamentalmente en dos cuestiones:

1. Por un lado, en el caso de reconocer que existen obligaciones de justicia más allá de las fronteras, es preciso concretar cuáles son y qué niveles de responsabilidad se derivan de dichas obligaciones.

2. Por otro lado, es preciso reflexionar lo que ese marco explicativo exige en términos de justicia distributiva, con el fin de hacer frente a algunos de los retos que la justicia enfrenta a nivel global.

A partir de estos dos ejes, en este artículo se destacan algunas claves del pensamiento de Fraser (5) sobre la necesidad de una justicia distributiva global, que sitúa el eje de análisis en los dinamis-mos de exclusión que esa estructura reproduce, bajo la dinámica del capital y las dificultades que ello implica para el desarrollo de una idea de justicia social en ese contexto global (6). Esa proble-matización pretende servir para afrontar la cuestión clave de nues-tro análisis: ¿Qué nos aporta ese enfoque de justicia global para el análisis crítico de los criterios de distribución y priorización que se están teniendo en cuenta para la estrategia de vacunación COVID-19 a nivel mundial?

Este artículo propone un desarrollo en torno a esta pregunta desde un cuestionamiento crítico sobre los criterios de justicia (7) de la estrategia global de vacunación COVID-19. Desde la perspecti-va de la justicia global, el problema de la distribución de la vacuna se ha convertido en un problema geopolítico con repercusiones sin precedentes a nivel global. Uno de los retos que afronta es respon-der de manera eficiente a una demanda de cobertura universal; algo que exige, tal y como se está poniendo de manifiesto, difíciles equilibrios entre la gobernanza institucional multinivel y los mercados globales. Todos los organismos, en diferentes escalas, reconocen que las vacunas están y seguirán estando disponibles en distintas oleadas y en un escenario cambiante, regido, en cualquier caso, por una lógica de mercado. Todo ello no sólo está condicionando el ca-lendario de vacunación establecido en cada país, sino también, como advierte De Bolle, el acceso a la vacuna a nivel global (8).

La estrategia de vacunación no debe centrarse únicamente en la distribución de las remesas a nivel nacional, sino que, desde el mar-co de la justicia global, debe considerar también la cartografía de la distribución a nivel supranacional. La disponibilidad limitada de las vacunas en algunos contextos exige concretar cómo distribuir las

vacunas de manera equitativa entre los países y de acuerdo con qué criterios. Ambas cuestiones son abordadas en los tres primeros apartados de este trabajo. Finalmente, el artículo se cierra con un último bloque en el que se aborda una sucinta aproximación sobre el alcance de dicha estrategia para las mujeres.

2. El enfoque de Nancy Fraser sobre la justicia distributiva global

La propuesta de Nancy Fraser es un referente indiscutible en el pensamiento crítico, y ha contribuido a generar uno de los debates más controvertidos sobre la justicia en el marco de lo que ella denomina la «era postsocialista» (5). Su objetivo consiste en aportar soluciones concretas que permitan resolver los problemas de justicia social tan acuciantes de nuestra época, pero situando su reflexión en un marco global. Son conocidas sus aportaciones sobre el dilema que surge ante el reto de conciliar medidas de redistribución económica con las demandas de reconocimiento presentes de manera más persistente en las sociedades contemporáneas. En este contexto se sitúan precisamente algunos de los debates que ella ha mantenido con pensadores como Honnet o Butler, por señalar, al menos, los más citados en torno a cuestiones como la redistribución y/o el reconocimiento (6) y que, en cualquier caso, se inscriben dentro de un marco más amplio de reflexión sobre justicia global en el que, además de las suyas, destacan las aportaciones de Pogge (9) y Young (10) para el tema que nos ocupa. Fraser ha puesto de manifiesto la controvertida paradoja a la que se llega cuando las políticas de reconocimiento de la diversidad pasan a ocupar un lugar preferente en el marco de las preocupaciones por la justicia, en detrimento de las políticas de redistribución; de ahí que le interese ahondar en las consecuencias que ello tiene a nivel normativo.

La defensa que Fraser hace de la justicia se sustenta en la necesidad de un trato igualitario para las diferentes personas que compo-

nen una sociedad. No hace hincapié en la defensa de la justicia en un marco de transformación. Aboga principalmente por aclarar cómo es preciso gestionar las diferencias que producen discriminación negativa para paliar sus efectos. Hace más énfasis en la eficacia de las medidas que en los procesos transformadores que exige la toma de decisiones sobre ellas. En cualquier caso, y sintetizando mucho sus aportaciones, Fraser defiende la idea de que las injusticias en las sociedades contemporáneas no pueden explicarse de manera unívoca: bien como desigualdades que únicamente son fruto de una inadecuada e injusta redistribución económica; bien como consecuencia única de sesgos, estereotipos resultantes de patrones culturales discriminatorios que van en detrimento de determinadas personas (6). Ambas, redistribución y reconocimiento deben ser vistas como dos lentes superpuestas que integran tanto las demandas de reconocimiento como de distribución. Ambas interactúan en los distintos ejes de subordinación y desde dicha interacción son capaces de dar cuenta de la complejidad de las desigualdades. Fraser insiste en la necesidad de un cambio de enfoque que pueda hacer posible esa necesaria interacción en todos los niveles.

De manera específica y sintética, Fraser propone la elaboración de una política del enmarque que permita concretar los marcos normativos que se requieren, también a nivel transnacional, para integrar todas las dimensiones de la justicia (reconocimiento, redistribución y representación), entendiéndolas al mismo tiempo como categorías autónomas, aunque interrelacionadas (6).

Su propuesta a nivel transnacional consiste en adoptar medidas que permitan saber cómo articular «comunidades de afectados» que enfrenten sus demandas en el orden global. Sus análisis sobre la soberanía alimentaria o la cuestión agrícola a nivel mundial le sirven de referencia para visibilizar el funcionamiento de esta medida en la sociedad civil transnacional. Una medida que, en última instancia, requiere de mecanismos normativos que nos permitan determinar y evaluar el alcance que tiene la estructura básica de la sociedad en

los sujetos y en los colectivos. *Para ver quién merece consideración moral* –escribe– *debemos determinar quién está conjuntamente sujeto a un conjunto* (6). El marco que, según ella, permite definir el modo en el que se generan y se reproducen las injusticias radica en la estructura social.

Comparto con Palacio (4) su análisis sobre la importancia de vincular las reivindicaciones de la justicia con la idea de la estructura de la justicia, y la necesidad de analizar esa interacción entre las distintas dimensiones de la justicia en el modo en que inciden en las condiciones de una vida digna para los sujetos de la justicia y las sociedades en cualquier parte del mundo. En este sentido, sería preciso analizar la manera en la que el propio dinamismo del capital incide como mecanismo de reproducción de injusticias estructurales. Este elemento constituye, en palabras de Palacio, *una aproximación adecuada para tematizar los grados de imbricación de distintas dimensiones de la justicia, así como en distintas escalas de interacción, con el fin de poder definir los grados y los tipos de responsabilidad exigibles y asumibles en virtud de la posición social que ocupamos en esas estructuras* (4). No sólo eso, esta aproximación permite también situar el debate en torno a la justicia social más allá de lo meramente económico. Efectivamente, no se trata sólo de desigualdad, desempleo o una mala distribución (por graves que sean estas realidades). Más allá de centrar ese debate en la cuestión de cómo se distribuye la riqueza, el problema está en cómo se entiende esa riqueza y cómo se produce. Esto es lo que exige hablar de justicia en el contexto del capitalismo globalizado.

Desde estas reflexiones es de donde cobran especial significado algunos de los datos que arroja la evolución de la estrategia de vacunación COVID-19 a nivel global, en la que se ha puesto de manifiesto el alcance global de esa comunidad de afectados de la que habla Fraser. ¿Cómo articular esa estrategia para una comunidad cuya escala es planetaria y que nos afecta a todos por igual, a partir de unos criterios sometidos a la pugna por el monopolio de las patentes de las grandes empresas farmacéuticas? Una primera consecuencia de las limitaciones del desarrollo de esa estrategia en el

marco de las reglas del capitalismo globalizado no se ha hecho esperar. Por un lado, ha sido posible poner en marcha la mayor campaña de vacunación de la historia de la humanidad. El reto de distribuir miles de millones de vacunas para detener la propagación del COVID-19 avanza a un ritmo que técnica y logísticamente parecía inabordable hace unos meses. Sin embargo, desde el punto de vista de la justicia, la estrategia ofrece una cartografía cuyos resultados eran muy previsibles. En junio de 2021, según datos recogidos por Bloomberg (11), se han administrado más de 2,420 millones de dosis en 180 países, con un ritmo de aproximadamente 35.1 millones de dosis al día (11). En junio de 2021 se han administrado dosis para vacunar al 15.8% de la población mundial. Sin embargo, la distribución ha sido muy desigual entre los países. De hecho, los países y regiones con mayores ingresos se están vacunando más de 30 veces más rápido que los que tienen menores ingresos (11).

Desde el inicio de la campaña mundial de vacunación, los países han experimentado un acceso desigual a las vacunas y distintos grados de eficacia en la distribución y acceso a ellas. Antes de marzo de 2021, pocos países africanos habían recibido un solo envío, mientras en Estados Unidos ya se habían administrado para entonces 93.9 dosis por cada 100 personas. Además, tal y como indica De Bolle (8), aunque se ha hablado mucho de la falta de vacunas en muchos países africanos, éstos no están experimentando actualmente los brotes extremadamente agresivos que se ven en India, Nepal, Brasil y muchos otros países de América Latina, lo cual exige analizar desde otros prismas los rasgos de esos diferentes niveles y escalas de desigualdad.

3. La distribución de la vacuna desde la perspectiva de la justicia global

Considerada un bien público global, un criterio de distribución equitativa debería permitir que todos los países tengan igual acceso

a la vacuna, independientemente de su participación en su desarrollo científico o en su financiación, e incluso más allá de los recursos económicos de cada uno de ellos. Toda la población mundial, independientemente del país donde se resida, debería tener igual oportunidad de acceso. Su distribución no puede quedar condicionada por las dinámicas de un mercado global ni por circunstancias sociales, económicas o políticas derivadas de la situación del país de residencia.

Existen antecedentes que permiten augurar las dificultades de aplicación de estos principios de justicia global. La gestión a nivel global de la epidemia de gripe A de 2009 dejó el precedente de la compra de los países de renta alta de las dosis necesarias para hacer frente a la previsión de vacunación masiva en caso de contagio de la población. El reparto con otros países sólo se llevó a cabo una vez cubiertas las existencias necesarias a nivel nacional de las vacunas contra la gripe A-H1N1 en cada país. A los países más empobrecidos sólo llegaron mucho después de que terminara la crisis. Las previsiones de que ocurra lo mismo con las vacunas para el COVID-19 parece que apuntan a ese mismo escenario de desigualdad. De hecho, atendiendo a los primeros datos de distribución de la vacuna (11), se confirman similares limitaciones en el escenario de la pandemia COVID-19.

Para hacerles frente, la OMS ha puesto en marcha la plataforma COVAX (12), cuyo objetivo es lograr una distribución equitativa de las vacunas, especialmente en países de renta baja. Después de varias propuestas para articular criterios de distribución justa (atendiendo, por ejemplo, a la distribución proporcional de la población de cada país, que ha sido la opción de la Unión Europea, o una asignación de vacunas atendiendo a las necesidades de cada país), se está optando por un modelo denominado por Ezekiel *et al.* «prioridad justa» de distribución de vacunas entre países (13), que pretende conciliar los intereses entre los fabricantes de las vacunas, las instituciones supranacionales y los gobiernos nacionales, a partir de una serie de criterios éticos, entre los que también se incor-

poran los principios de efectividad y racionalización que requiere la distribución de bienes escasos.

Esta propuesta defiende que se deberían considerar como criterios justos para la distribución de la vacuna entre los países aquellos orientados a: i) beneficiar a las personas y limitar el daño en ellas; ii) dar prioridad a los que están en peores condiciones para afrontar la situación, y iii) evitar la discriminación a partir de diferencias éticamente irrelevantes (13). Además, el modelo de Ezekiel *et al.* aboga acertadamente por diferenciar distintas dimensiones del daño sufrido por la pandemia, distinguiendo entre diferentes tipos de daños:

a) daños directos causados por la infección, así como otros daños y secuelas permanentes o graves derivados de la misma;

b) daños indirectos causados por el estrés del sistema sanitario y las limitaciones impuestas en la atención a otras dolencias de diversa naturaleza, y

c) daños socioeconómicos (desempleo, pobreza), que tienen, aunque de forma desigual entre la población de los países, repercusión directa en la salud de la población.

Esta propuesta ha adquirido cierta notoriedad en el debate sobre criterios de distribución y priorización de la vacuna entre los 172 países que apoyan la iniciativa impulsada por la plataforma COVAX (12). No han faltado tampoco voces críticas que alertan de las limitaciones de este modelo de «prioridad justa» (13). Sobresalen las que insisten en que el modelo perjudicaría injustamente a los países que han logrado reducir significativamente la transmisión comunitaria sin las vacunas, y recompensaría a los que han respondido de forma ineficaz (8). La cuestión, sin duda, es compleja.

Sin embargo, la realidad se impone. En las primeras semanas de distribución, ya han saltado las alarmas debido a la monopolización de las dosis por parte de los países de renta alta. Las empresas distribuidoras, además, parecen estar dando prioridad a los acuerdos bilaterales con estos países que no sólo están produciendo desigualdades en la distribución, sino que también están ocasionando

que los precios de las vacunas fluctúen al alza, con los astronómicos beneficios que todo esto trae consigo (14).

Otro criterio que se está reclamando con cierta solvencia argumentativa desde el ámbito sanitario es el que llama a priorizar la distribución de la vacuna entre los países, de tal manera que en todos ellos se pueda mantener, al menos, la tasa de transmisión por debajo de uno. La prioridad, por tanto, se establecería entre aquellos países que tienen una tasa de transmisión por encima de uno. En este caso también se reproduce el escenario de beneficiar en el reparto a aquellos que más la necesitan por haber sido (o haber podido ser) menos efectivos en el control de propagación de la pandemia en su territorio. Elimina el criterio, propuesto por la Unión Europea, de establecer un criterio basado en un porcentaje de reparto según la población de cada país. Este criterio concede el mismo reconocimiento al derecho a acceder a la vacuna de todas las personas, pero deja a un lado las particularidades y diferentes necesidades que puede tener cada país o las diferencias en las prestaciones sanitarias que hay entre ellos. De hecho, tal y como concluye De Bolle, las deficiencias de la distribución de las vacunas sobre la base de un criterio poblacional no permite captar la gravedad de los problemas de salud pública subyacentes a los que se enfrentan los distintos países (8).

Además de esbozar muy someramente algunos de los retos que plantea en términos de justicia global la distribución de la vacuna, otro eje de análisis abre también un encendido debate sobre los criterios que, tanto a nivel supranacional como nacional, se deben establecer para implantar un orden de priorización en el proceso de vacunación de la población.

4. La priorización de la vacuna: ¿quién cuenta primero?

El problema de la priorización de la vacuna también tiene una repercusión global en términos de justicia; en este caso, desde la

perspectiva de quién cuenta primero, con base en qué criterios, y cómo y quién decide cuál es el orden de prioridad. Siguiendo las directrices de la OMS, los países han establecido un orden de priorización concreto para proceder a la vacunación de la población residente en cada país. Sin embargo, teniendo en cuenta que, en este momento, toda la población mundial tiene necesidad de la vacuna, es especialmente relevante considerar la manera en la que se establece un orden concreto para acceder a ella.

El criterio de priorizar a los más vulnerables se ha aplicado de manera individual, identificando grupos de población de alto riesgo en cada país. Un criterio a nivel global sobre esta cuestión ha sido tratar de mantener entre países similares criterios para determinar grupos de población prioritarios para las vacunas. Sin embargo, ha faltado la posibilidad de anteponer, siguiendo el criterio del «mayor riesgo», el acceso a la vacuna a esos mismos colectivos –personal sanitario y ancianos– en países de renta baja. O incluso anteponer dentro de esos colectivos a aquellos que están en una situación de mayor riesgo de contagio.

En cualquier caso, atendiendo a ese criterio individual, tampoco se han tenido en cuenta las diferentes particularidades que se pueden dar en cada uno de los grupos priorizados. ¿A quién priorizamos: a todo el personal sanitario o al más expuesto al contagio? En los países de renta alta, por ejemplo, los servicios sanitarios cuentan con mayores recursos de protección individual en el ámbito profesional sanitario, recursos con los que no se cuenta o son más escasos en los países de renta más baja. Sin embargo, en estos países, el personal sanitario es, proporcionalmente, mucho más joven que el de los países con renta más alta y, por tanto, atendiendo a las estadísticas, pertenecen a un colectivo que, por su edad, está en una situación de menor riesgo. ¿Qué priorizar: edad o sistemas sanitarios débiles?

¿Es posible establecer criterios con vocación universalizable sin tener en cuenta las características de aplicación de los mismos? Parecida lectura, por ejemplo, se puede hacer con los criterios de

priorización entre las personas mayores: ¿a quién priorizar? ¿A las que viven en residencias o a las que están en una situación socioeconómica más vulnerable? ¿A partir de qué edad?

La necesidad de priorización pone de manifiesto la interrelación entre los distintos ámbitos de interacción, tanto a nivel supranacional como nacional, y las consecuencias y dificultades que tiene su gestión en ambos niveles.

La perspectiva global visibiliza que la distribución difícilmente es posible desde unos criterios de equidad, teniendo en cuenta las tensiones que enfrentan los actores que intervienen en la misma. Tiende, de manera mayoritaria, a perjudicar a los países más empobrecidos o con rentas más bajas, o menores capacidades de innovación científica o tecnológica. La retórica que llama a establecer criterios basados en los principios de solidaridad o reciprocidad es habitual en las declaraciones institucionales, pero muy poco efectiva a nivel práctico. A finales de enero de 2021, coincidiendo con el inicio de la campaña de vacunación a nivel global, de los 39 millones de dosis que habían sido administrados hasta ese momento a nivel global, menos del 1% han sido aplicadas en pacientes de países pobres, datos que contrastan con los números de vacunación en la misma fecha en Estados Unidos (12 millones); China (10 millones); Reino Unido (4.3 millones), e Israel (2.4 millones: un cuarto de su población total) (11). A la luz de los datos, se puede afirmar que el criterio de altruismo para la distribución a nivel global que reclama Van Parijs (15) ha quedado claramente en entredicho. En junio de 2021, esa tendencia desigual no sólo se mantiene, sino que se ha agudizado aún más (11).

Con carácter general, ha prevalecido el criterio de vulnerabilidad y deuda con las personas mayores. Al menos, así ha sido en los países de la Unión Europea y en los que están en su misma órbita de priorización. Este criterio, amparado en una lógica de responsabilización respecto de los más vulnerables en el contexto de la pandemia del COVID-19, pretende conciliar la igualdad de trato hacia colectivos más desfavorecidos sin necesidad de renunciar, por ello,

a la maximización de los resultados. Combina, por tanto, criterios utilitaristas con otros más cercanos a la justicia social. Sin embargo, aun siendo así, y sin poder entrar en una valoración más exhaustiva de lo que esto supone, exige reconocer que en cualquier caso se está anteponiendo en esa priorización la protección del bien individual de la vacuna frente a su potencial de beneficiar al conjunto de la población.

5. Criterios para la priorización de grupos en la estrategia de vacunación: cuáles y por qué

La presión sobre las prestaciones sanitarias, incluidas en este caso las relacionadas con la necesidad de vacunación del conjunto de la población, exige necesariamente tener que priorizar; es decir, elegir qué personas son beneficiarias, antes que otras de determinados recursos escasos. Todo ello implica que un recurso escaso (la vacuna) debe distribuirse. El criterio consiste en determinar qué y por qué determinados grupos de la población son beneficiarios del mismo antes que otros. Desde el criterio utilitarista, por ejemplo, se debería priorizar a aquellos que permitan maximizar el beneficio neto de la sociedad. Rawls, por su parte, considera que lo importante es considerar la posición de los que están peor (16). Esto es, precisamente, lo que queda reconocido en el principio de la diferencia que introduce en su teoría de la justicia. Bajo este principio, las personas que están en una situación socioeconómica más vulnerable deberían tener prioridad a la hora de recibir atención social y sanitaria. Ahora bien, ¿necesitan tan sólo una vacuna en el actual contexto?

La teoría de las capacidades de Amartya Sen también considera las condiciones sociolaborales precarias como un criterio de priorización (17). Esta teoría, además, no incurre en el fetichismo de los bajos ingresos o recursos como la única información a tener en cuenta para establecer criterios de priorización. La teoría de las ca-

pacidades defiende que lo que la justicia debería perseguir es igualar las capacidades que nos hacen falta para lograr nuestras posibilidades de desarrollo. Esta perspectiva presenta como un factor de enorme valor la posibilidad de descentrar la estrategia frente al COVID-19 más allá del proceso de vacunación, y avanzar hacia un sistema de protección social que genere capacidades y redes de cuidado también necesarias para hacer frente a las consecuencias de la pandemia, más allá, sin excluirlo, del recurso que es la propia vacuna.

En cualquier caso, la prioridad establecida en la estrategia de vacunación contra el COVID-19 establece una prioridad que tiene como consecuencia inmediata un acceso desigual a recursos escasos. ¿Cuándo y por qué es legítima esa diferenciación en la igualdad de trato entre las personas? Como se sabe, lo ideal sería que el acceso a la vacuna fuese igualitario; es decir, que todas las personas pudiéramos tener acceso a la misma. El problema consiste precisamente en que esto no es posible. La cuestión, por tanto, consiste en aclarar qué tipo de desigualdad respeta mejor el principio de igualdad entre las personas. ¿Qué desigualdad es legítima para acceder a un recurso como la vacuna que, en este momento, es escaso? ¿Quiénes son los desiguales en la estrategia de vacunación y por qué lo son legítimamente?

En España, por ejemplo, la estrategia de vacunación ha distribuido al conjunto de la población en 15 grupos, atendiendo una combinación de distintos criterios: igualdad, necesidad, equidad, protección a la discapacidad y al menor, beneficio social, reciprocidad y solidaridad. Visto desde una perspectiva general, esos grupos responden a diferencias de edad entre las personas, padecimiento de enfermedad crónica, discapacidad, desempeño profesional (priorizando la prestación de algunos bienes esenciales, principalmente en el ámbito sanitario y sociosanitario, en sus primeras fases) y determinadas situaciones de vulnerabilidad ante la pandemia.

La priorización del personal sanitario parece más que justificada desde el punto de vista de la justicia: no sólo se reconoce el valor instrumental del servicio imprescindible que prestan a la sociedad

en un contexto de pandemia, sino que se necesita que este grupo, en primera fila de atención sanitaria, esté inmunizado para que ellos mismos no se conviertan en un foco en la cadena de contagio. También se ha tenido en cuenta el reconocimiento social a su labor y la necesidad de proteger el bien social que proporcionan al conjunto de la sociedad. Más allá de esto, y de la deuda moral con las personas mayores que se ha tenido en cuenta para proteger en primera instancia a este colectivo, el resto de criterios es ambiguo y poco claro. Como trataremos de poner de manifiesto en el siguiente apartado, esto es especialmente significativo en el tratamiento que las cuestiones de género ocupan en esa estrategia.

6. Incidencia de la estrategia de vacunación COVID-19 en las mujeres

Efectivamente, una de las cuestiones que más llama la atención sobre la estrategia de vacunación COVID-19 es la ausencia en la misma de una lectura sobre el posible alcance desigual que tiene para los hombres y las mujeres. De hecho, en todo el argumentario sobre los criterios de priorización que se incorporan para justificar la estrategia se opta por la neutralidad sobre el género en los grupos priorizados en cada etapa, sin tener en cuenta la diferente incidencia que puede tener en hombres y en mujeres. En el marco ético establecido en dicha estrategia se tiene en cuenta el principio de igual respeto, con el objetivo de asegurar que los sistemas de prestación de servicios sanitarios consideren de igual manera a los hombres y a las mujeres de cada uno de los grupos prioritarios. Se prioriza el grupo, pero no se distingue dentro de él ninguna diferencia por cuestión de género.

Sin embargo, la pandemia de COVID-19 ha vuelto a centrar la atención en muchas desigualdades sanitarias, entre ellas las relacionadas con el género. En todo el mundo, se cree que los hombres y las mujeres están infectados por el COVID-19 en un número aproxi-

madamente igual. Los datos, sin embargo, no avalan el alcance de este principio cuando explican (lo han remarcado desde el inicio de la crisis) que el riesgo de desarrollar cuadros médicos más graves y de muertes por COVID-19 es mayor en los hombres que en las mujeres, de manera muy significativa además en grupos de población de edad avanzada. En general, los hombres tienen un 40% más de probabilidades que las mujeres de morir a causa del COVID-19 y casi tres veces más de requerir ingreso en una unidad de tratamiento intensivo (18). Por tanto, se considera que las mujeres forman parte de un grupo de menor riesgo de contagio. Los datos tampoco tienen en cuenta, por ejemplo, la feminización de muchos de los trabajos de cuidados tanto en el ámbito sanitario, sociosanitario como doméstico, considerados de alto riesgo. Este sesgo reconoce la menor incidencia del virus en las mujeres, sin tener en cuenta que son mayoritariamente ellas quienes asumen, desde el marco profesional y/u ocupacional, la responsabilidad de los cuidados de la población altamente vulnerable y que, por tanto, están más expuestas y en una situación de alto riesgo (19).

Tampoco tiene en cuenta la desventaja y las desigualdades en el acceso a las prestaciones sanitarias que tienen las mujeres en algunos contextos, siendo ésta una preocupación prioritaria de la Organización Mundial de la Salud, que ha ido diluyéndose en la concreción de la Estrategia de Vacunación COVID-19 en distintos países. En general, no hay ninguna referencia concreta a esta cuestión, ni tiene en cuenta el género como criterio para identificar la necesidad de priorizar a las mujeres en algunos grupos para acceder a la vacuna (19).

No considerar tampoco la desventaja o desigualdad de las mujeres en el ámbito socioeconómico y cultural impide valorar su condición de subordinación en la que se encuentran en algunos contextos (20). Se obvian las resistencias estructurales que existen o pueden existir en sus propias comunidades. Todo ello les resta autonomía personal en el ámbito de las decisiones que tienen que ver con la gestión de su propia salud. Dar prioridad a los hombres frente a

las mujeres en una estrategia de vacunación podría repercutir negativamente en la cronificación de estas desigualdades estructurales, e incluso, ser consecuencia de ellas.

Por su parte, las mujeres embarazadas son un colectivo que sistemáticamente se ha visto desfavorecido en las estrategias de vacunación en pandemias anteriores. En el caso de la vacuna COVID-19 sigue ocurriendo lo mismo, aun a pesar de los estudios que muestran que las mujeres embarazadas corren mayor riesgo de complicaciones adversas durante el embarazo y el parto. Se argumenta que existen aún pocos datos sobre los riesgos que representa el COVID-19 para las mujeres embarazadas y sus hijos (21).

Actualmente, en la estrategia de priorización, las mujeres embarazadas se incorporan como grupo priorizado en las fases intermedias de vacunación, no en las prioritarias. El criterio ha sido, por tanto, esperar a tener más evidencias sobre los riesgos para las mujeres embarazadas que permita justificar su vacunación dentro de los grupos prioritarios. Sin embargo, se espera que haya pocos datos sobre la seguridad y la eficacia de las vacunas contra el COVID-19 en el grupo de mujeres embarazadas, lo cual hace difícil que efectivamente se les priorice como tal en las primeras fases de vacunación.

Parece necesario insistir en la necesidad de generar datos específicos sobre el embarazo, de manera que permitan evaluar la seguridad y la inmunogenicidad de las vacunas entre las mujeres embarazadas.

Esta circunstancia es similar a la de las mujeres lactantes. Ellas tampoco han sido consideradas como grupo prioritario en el desarrollo de las vacunas y en la respuesta a las mismas en pandemias anteriores a las del COVID-19. Tampoco se han acumulado evidencias que permitan concluir que las mujeres lactantes y sus hijos están en una situación de tal riesgo que indique la necesidad de ser priorizados en la vacunación contra el COVID-19. No existen tampoco datos de posibles riesgos de contagio para los lactantes (22). Hasta el momento, los fabricantes de vacunas no están considerando esta circunstancia dentro de los factores de riesgo.

7. Conclusiones

En este artículo se ha querido llamar la atención sobre las limitaciones de la estrategia global de vacunación contra el COVID-19. La restricción de sus criterios respecto a la distribución y priorización ha puesto de manifiesto las dificultades para su acceso a nivel global. Es una estrategia que, principalmente, se basa en la iniciativa COVAX. Sin restar valor a la misma, resulta necesario destacar que el impulso que la producción de las vacunas ha registrado a escala mundial no ha tenido un correlato ni equitativo ni eficaz en su distribución y disponibilidad. La estrategia de vacunación contra el COVID-19 tampoco está permitiendo hacer frente a una de las consecuencias que se ha visibilizado tras su implementación, y que pone de manifiesto las graves deficiencias y, al mismo tiempo, urgentes emergencias de salud pública en el mundo para hacer frente a una campaña masiva de vacunación de toda la población. La estrategia exige definir con claridad estrategias de cooperación y justicia global, que permitan que la distribución y accesibilidad de la vacuna puedan llegar a ser, además de efectivas, realmente equitativas.

Referencias bibliográficas

1. Kristalina G, Ghebreyes T, Malpass D y Okonjo-Iweala N. Un nuevo compromiso con la equidad vacunal y la derrota de la pandemia. FMI, 1 de junio de 2021. (Consultado el 4 de junio de 2021). Disponible en: <https://www.imf.org/es/News/Articles/2021/06/01/a-new-commitment-for-vaccine-equity-and-defeating-the-pandemic>
2. Tan Kok-Chor. *What is this thing called Global Justice?* Londres/Nueva York: Routledge; 2017. <https://doi.org/10.4324/9781315736273>
3. Fraser N. Transnationalizing the public sphere: On the legitimacy and efficacy of public opinion in a postwestphalian world. *Theory, Culture & Society*. 2009; 24(4): 7-30. <https://doi.org/10.1177/0263276407080090>
4. Palacio Avendaño M, Iris Marion Young y Nancy Fraser. Sobre la estructura de la justicia. *Enrahonar*. 2013; 51: 77-93.
5. Fraser N. On Justice. *New Left Review*. 2012; 74: 41-51.

6. Fraser N. *Escalas de la Justicia*. Barcelona: Herder. 2008.
7. En este trabajo se toma como referencia la perspectiva de Rawls en su teoría de la justicia como equidad, entendiendo que la idea de equidad es la idea fundamental de la justicia y reconociendo la prioridad de la justicia como equidad sobre la eficacia. Véase Rawls J. *Justicia como equidad*. Madrid: Tecnos; 1986.
8. De Bolle M. Current vaccine proposals are not enough to end the pandemic. *Peterson Institute International Economics* (PIIE). 26 de mayo de 2021. (Consultado el 8 de junio de 2021). Disponible en: https://www.piie.com/blogs/realtime-economic-issues-watch/current-vaccine-proposals-are-not-enough-end-pandemic?utm_source=update-newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=piie-insider&utm_term=2021-06-02
9. Pogge Th. *Hacer justicia a la humanidad*. México: Fondo de Cultura Económica; 2009.
10. Young IM. *Responsabilidad y justicia global: un modelo de conexión social*. Anales de la Cátedra Francisco Suárez. 2005; 39: 689-708.
11. Bloomberg. More than 2.42 billion shots given: COVID-19. Tracker, datos del 15 de junio de 2021. (Consultado el 9 de junio de 2021). Disponible en: <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-vaccine-tracker-global-distribution>
12. COVAX es el pilar del Acelerador del acceso a las herramientas contra el COVID-19, una innovadora iniciativa de colaboración mundial para acelerar el desarrollo y la producción de pruebas, tratamientos y vacunas contra el COVID-19 y garantizar el acceso equitativo a ellos. COVAX está codirigido por la Alianza Gavi para las Vacunas (Gavi), la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su objetivo es acelerar el desarrollo y la fabricación de vacunas contra el COVID-19 y garantizar un acceso justo y equitativo a ellas para todos los países del mundo. (Consultado el 9 de mayo de 2021). Disponible en <https://www.gavi.org/vaccines-work/covax-explained>
13. Ezekiel J, Emanuel *et al*. An ethical framework for global vaccine allocation. *Science*. 2020; 369(6509): 1309-1312. <https://doi.org/10.1126/science.abe2803>
14. OMS. More than 2.42 billion shots given: Covid-19 tracker. (Consultado el 9 de mayo de 2021). Disponible en <https://www.who.int>
15. Van Parijs P. *¿Qué es una sociedad justa? Introducción a la práctica de la filosofía política*. Barcelona: Ariel; 1993.
16. Rawls J. *Teoría de la justicia*. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1979.
17. Sen A. *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza; 1995.
18. Gender and COVID-19 Working Group. Men and COVID-19: where's the policy? *BMJ Global Health blog*. 24 de marzo de 2020. (Consultado el 17/06/2021). Disponible en <https://blogs.bmj.com/bmjgh/2021/04/24/men-and-covid-19/> Este grupo de trabajo sobre Género y COVID-19, junto con *The Lancet*, ya en marzo de 2020, lanzó una llamada a los gobiernos y a las instituciones de salud global a considerar desde ese momento los efectos, tanto directos como indirectos, del sexo y del género en el brote de COVID-19. Véase Wenham C, Smith J, Morgan R. COVID-19: The gendered impacts of the outbreak. *Lancet*. 2020; 395: 846-848.

19. Castellanos-Torres E, Mateos JT, Chilet-Rosell E. COVID-19 en clave de género. *Gaceta Sanitaria*. (Consultado el 7 de septiembre de 2021). 2020; 34(5): 419-421. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112020000500001&lng=es <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.007>
20. Guerra Palmero MJ. Justicia global y analítica de las desigualdades. Pobreza y género. *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*. 2010; 43: 605-616. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2010.i43.710>
21. Véase, por ejemplo, World Health Organization. The World Health Report 2010. Health systems financing: The path to universal health coverage. (Consultado el 9 de mayo de 2021). Disponible en: <https://www.who.int/whr/2010/en/>
22. Para más información sobre Vacunación de la COVID-19 en el embarazo y la lactancia, véase, a modo de ejemplo, la información suministrada por el Comité asesor de vacunas en España. (Consultado el 9 de mayo de 2021). Disponible en <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/vacunacion-de-la-covid-en-el-embarazo-y-lactancia>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Bioethics and global justice. Critical analysis of the COVID-19 global vaccination strategy

Bioética y justicia global. Análisis crítico sobre la estrategia global de vacunación COVID-19

*Cristina de la Cruz Ayuso**

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.02>

Abstract

This article takes as its basis for analysis the International Monetary Fund's Plan for dealing with the SARS-CoV-2 pandemic. One of the challenges facing this global strategy is to respond efficiently to a demand for universal vaccine coverage; something that requires a difficult balance of multilevel governance. However, from a global justice perspective, vaccine distribution and access has become a geopolitical problem with unprecedented global repercussions. This paper problematizes some aspects of this strategy. First, based on Fraser's approach to global justice, we analyze its main limitations and the consequences it is having in terms of distribution and access. The final part includes a brief approach on the scope of this strategy for women.

Keywords: Pandemic, vaccine, distribution, prioritization, allocation.

* University of Deusto. Bilbao, Spain. Email: delacruz@deusto.es
<https://orcid.org/0000-0001-7333-0834>
Reception: May 10, 2021. Acceptance: June 20, 2021.

1. Introduction

This article takes as its basis for analysis the International Monetary Fund's Plan for dealing with the SARS-CoV-2 pandemic. It sets out a global strategy with a twofold objective: on the one hand, to achieve vaccine equity and, on the other, to make progress in defeating the pandemic. This plan is aligned with the objectives of the World Health Organization and is presented in line with the COVID-19 Accelerator initiative (Accelerator act) and its global vaccine access program (COVAX), as well as with the work of, among others, the World Bank Group (1). Against this background, this paper problematizes, from a global justice perspective, some aspects of this strategy related to vaccine distribution and prioritization.

There is abundant literature on the contemporary issues addressed in the global justice debate (2). In this debate, recurrent reference is made to the issue of poverty, human rights, or other alternative proposals linked to certain struggles championed by social movements on a global scale. From a theoretical point of view, these issues face the challenge of specifying, in Fraser's words, the normative framework in which they must fight the battle for justice, in relation to the who and the how of global justice (3); and, on the other hand, to specify the articulation of the what of justice. Indeed, according to Palacio (4), the debate on global justice is fundamentally centered on two issues:

1. On the one hand, in the case of recognizing that there are obligations of justice beyond borders, it is necessary to specify what they are and what levels of responsibility derive from such obligations.

2. On the other hand, it is necessary to reflect on what this explanatory framework requires in terms of distributive justice in order to address some of the challenges that justice faces at the global level.

Based on these two axes, this article highlights some of Fraser's key ideas (5) on the need for a global distributive justice that places the axis of analysis in the dynamics of exclusion that this structure reproduces under the dynamics of capital and the difficulties that

this implies for the development of an idea of social justice in this global context (6). This problematization is intended to address the key question of our analysis: What does this global justice approach bring to the critical analysis of the distribution and prioritization criteria that are being taken into account for the COVID-19 vaccination strategy at the global level?

This article proposes a development around this question from a critical questioning of the criteria of justice (7) of the COVID-19 global vaccination strategy. From the perspective of global justice, the problem of vaccine distribution has become a geopolitical problem with unprecedented global repercussions. One of the challenges it faces is to respond efficiently to a demand for universal vaccine coverage; something that requires, as is becoming apparent, difficult trade-offs between multilevel institutional governance and global markets. All agencies, at different scales, recognize that vaccines are and will continue to be available in different waves and in a changing scenario, governed, in any case, by market logic. All this is not only conditioning the vaccination schedule established in each country, but also, as de Bolle warns, access to the vaccine at a global level (8).

The vaccination strategy should not only focus on the distribution of consignments at the national level, but, within the framework of global justice, should also consider the mapping of distribution at the supranational level. The limited availability of vaccines in some contexts calls for specifying how to distribute vaccines equitably between countries and according to what criteria. Both questions are addressed in the first three sections of this paper. Finally, the article closes with a last section in which a brief approach to the scope of this strategy for women is discussed.

2. Nancy Fraser's approach to global distributive justice

Nancy Fraser's proposal is an indisputable reference in critical thinking and has contributed to generate one of the most contro-

versial debates on justice in the framework of what she calls the «post-socialist era» (5). Its aim is to provide concrete solutions to solve the pressing problems of social justice of our time, but placing her reflections in a global framework. Her contributions on the dilemma that arises from the challenge of reconciling economic redistribution measures with the demands for recognition that are more persistently present in contemporary societies are well known. This is precisely the context of some of the debates she has held with thinkers such as Honnet or Butler, to mention at least the most cited, on issues such as redistribution and/or recognition (6) and which, in any case, are part of a broader framework of reflection on global justice in which, in addition to her own, the contributions of Pogge (9) and Young (10) stand out for the subject that concerns us. Fraser has highlighted the controversial paradox that arises when policies for the recognition of diversity come to occupy a preferential place in the framework of concerns for justice, to the detriment of redistribution policies, hence his interest in delving into the consequences that this has at the normative level.

Fraser's defense of justice is based on the need for equal treatment of the different people who make up a society. It does not emphasize the defense of justice in a transformative framework. It mainly advocates clarifying how differences that produce negative discrimination need to be managed in order to alleviate their effects. It places more emphasis on the effectiveness of measures than on the transformative processes required to make decisions about them. In any case, and synthesizing his contributions, Fraser defends the idea that injustices in contemporary societies cannot be explained in a univocal way: either as inequalities that are solely the result of inadequate and unfair economic redistribution; or as the sole consequence of biases, stereotypes resulting from discriminatory cultural patterns that are detrimental to certain people (6). Both redistribution and recognition should be seen as two overlapping lenses that integrate both recognition and distribution demands. Both interact in the different axes of subordination and

from this interaction they are able to account for the complexity of inequalities. Fraser insists on the need for a change of approach that can make this necessary interaction possible at all levels.

Specifically and synthetically, Fraser proposes the elaboration of a politics of framing that will make it possible to concretize the normative frameworks required, also at the transnational level, to integrate all the dimensions of justice (recognition, redistribution and representation), understanding them at the same time as autonomous, though interrelated categories (6).

Her proposal at the transnational level consists in adopting measures that will make it possible to know how to articulate «communities of affected people» to face their demands in the global order. Her analyses on food sovereignty or the agricultural question at the global level serve as a reference to make visible the functioning of this measure in transnational civil society. A measure that ultimately requires normative mechanisms that allow us to determine and evaluate the scope that the basic structure of society has on subjects and collectives. *To see who deserves moral consideration –she writes– we must determine who is jointly subject to a set* (6). The framework that, according to her, allows us to define the way in which injustices are generated and reproduced lies in the social structure.

I share with Palacio (4) her analysis of the importance of linking the demands of justice with the idea of the structure of justice and the need to analyze this interaction between the different dimensions of justice in the way in which they affect the conditions of a dignified life for the subjects of justice and societies in any part of the world. In this sense, it would be necessary to analyze the way in which the dynamism of capital itself affects as a mechanism for the reproduction of structural injustices. This element constitutes, in the words of Palacio, *a suitable approach to thematize the degrees of interweaving of different dimensions of justice, as well as in different scales of interaction in order to be able to define the degrees and types of responsibility that can be demanded and assumed by virtue of the social*

position we occupy in these structures (4). Not only that, this approach also makes it possible to situate the debate on social justice beyond the merely economic. Indeed, it is not just a question of inequality, unemployment or poor distribution (however serious these realities may be). Beyond focusing this debate on the question of how wealth is distributed, the problem lies in how this wealth is understood and how it is produced. This is what is required to speak of justice in the context of globalized capitalism.

From these reflections, some of the data provided by the evolution of the COVID-19 vaccination strategy at the global level, where the global scope of the community of affected people mentioned by Fraser has become evident, take on special significance. How to articulate this strategy for a community whose scale is planetary, and affects us all equally, based on criteria subject to the struggle for the monopoly of patents of the large pharmaceutical companies?

A first consequence of the limitations of the development of this strategy within the framework of the rules of globalized capitalism has not been long in coming. On the one hand, it has been possible to launch the largest vaccination campaign in the history of mankind. The challenge of distributing billions of vaccines to stop the spread of COVID-19 is progressing at a pace that seemed technically and logistically unaffordable a few months ago. However, from the standpoint of justice, the strategy offers a mapping whose results were very predictable. By June 2021, according to data collected by Bloomberg (11), more than 2.42 billion doses have been administered in 180 countries, at a rate of approximately 35.1 million doses per day (11). By June 2021, doses have been administered to vaccinate 15.8% of the world's population. However, the distribution has been very uneven among countries. In fact, countries and regions with higher incomes are being vaccinated more than 30 times faster than those with lower incomes (11).

Since the start of the global vaccination campaign, countries have experienced unequal access to vaccines and varying degrees

of effectiveness in vaccine delivery and access. By March 2021, few African countries had received a single shipment of vaccine, whereas in the United States, 93.9 doses per 100 people had been administered by then. Moreover, as de Bolle (8) points out, although much has been said about the lack of vaccines in many African countries, these countries are not currently experiencing the extremely aggressive outbreaks seen in India, Nepal, Brazil and many other Latin American countries, which requires analyzing the features of these different levels and scales of inequality from other prisms.

3. Vaccine distribution from the perspective of global justice

Considered a global public good, an equitable distribution criterion should allow all countries to have equal access to the vaccine, regardless of their participation in its scientific development or financing, and even beyond the economic resources of each of them. The entire world population, regardless of the country in which it resides, should have equal access to the vaccine. Its distribution cannot be conditioned by the dynamics of a global market or by social, economic or political circumstances derived from the situation of the country of residence.

There are precedents that suggest that it will be difficult to apply these principles of global justice. The global management of the 2009 influenza A epidemic left the precedent of the purchase by high-income countries of the doses needed to meet the mass vaccination forecast in the event of contagion of the population. The sharing with other countries was only carried out once the necessary national stocks of influenza A-H1N1 vaccines had been covered in each country. The most impoverished countries were not reached until well after the end of the crisis. The forecasts that the same will happen with the COVID-19 vaccines seem to point to the

same scenario of inequality. In fact, based on the first vaccine distribution data (11), similar limitations are confirmed in the COVID-19 pandemic scenario.

To address them, the who has launched the covax platform (12), which aims to achieve equitable distribution of vaccines, especially in low-income countries. After several proposals to articulate criteria for fair distribution (e.g., based on the proportional distribution of the population of each country, which has been the option of the European Union, or an allocation of vaccines according to the needs of each country), a model called by Ezekiel *et al.* «fair priority» of vaccine distribution between countries (13), which aims to reconcile the interests of vaccine manufacturers, supranational institutions and national governments on the basis of a series of ethical criteria, including the principles of effectiveness and rationalization required for the distribution of scarce goods.

This proposal argues that fair criteria for the distribution of vaccines among countries should be considered as those aimed at: i) benefiting people and limiting harm to them; ii) giving priority to those who are in the worst conditions to cope with the situation, and iii) avoiding discrimination based on ethically irrelevant differences (13). Furthermore, the Ezekiel *et al.* model rightly advocates differentiating different dimensions of the harm suffered by the pandemic, distinguishing between different types of harm:

a) Direct damages caused by the infection, as well as other permanent or serious damages and sequelae derived from the infection;

b) Indirect damage caused by the stress on the health system and the limitations imposed on care for other ailments of various kinds;

c) Socioeconomic damage (unemployment, poverty), which has a direct impact on the health of the population, direct impact on the health of the population.

This proposal has gained some notoriety in the debate on criteria for distribution and prioritization of the vaccine among the 172

countries that support the initiative promoted by the covax platform (12). There has also been no shortage of critical voices warning of the limitations of this «fair priority» model (13). Most notably, those who insist that the model would unfairly disadvantage countries that have managed to significantly reduce community transmission without vaccines, and reward those that have responded ineffectively (8). The issue is undoubtedly complex.

However, reality prevails. In the first weeks of distribution, alarms have already been raised due to the monopolization of doses by high-income countries. The distribution companies, moreover, seem to be giving priority to bilateral agreements with these countries, which is not only producing inequalities in distribution, but is also causing vaccine prices to fluctuate upwards, with the astronomical profits that all this brings with it (14).

Another criterion that is being claimed with a certain degree of argumentative solvency from the health sector is the one that calls for prioritizing the distribution of the vaccine among the countries in such a way that in all of them the transmission rate can be kept at least below one. In this case also, the scenario of benefiting in the distribution to those who need it most because they have been (or could have been) less effective in controlling the spread of the pandemic in their territory is reproduced. It eliminates the criterion, proposed by the European Union, of establishing a criterion based on a percentage of distribution according to the population of each country. This criterion grants the same recognition to the right of access to the vaccine to all persons, but leaves aside the particularities and different needs that each country may have or the differences in the health benefits that exist between them. In fact, as de Bolle concludes, the shortcomings of the distribution of vaccines based on a population-based criterion do not allow for capturing the seriousness of the underlying public health problems faced by different countries (8).

In addition to outlining very briefly some of the challenges posed in terms of global justice by vaccine distribution, another axis

of analysis also opens a heated debate on the criteria that, at both supranational and national levels, should be established to establish an order of prioritization in the process of vaccinating the population.

4. Vaccine prioritization: who counts first?

The issue of vaccine prioritization also has a global impact in terms of justice, in this case from the perspective of who counts first, on the basis of what criteria, and how and by whom the order of priority is decided. Following WHO guidelines, countries have established a specific order of prioritization for vaccinating the resident population in each country. However, taking into account that, at this time, the entire world population is in need of the vaccine, it is especially relevant to consider the way in which a specific order is established for access to the vaccine.

The criterion of prioritizing the most vulnerable has been applied individually, identifying high-risk population groups in each country. A global criterion on this issue has been to try to maintain similar criteria among countries to determine priority population groups for vaccination. However, it has not been possible to prioritize, following the «higher risk» criterion, access to the vaccine for these same groups, health personnel and the elderly, in low-income countries. Or even to prioritize within these groups those who are at a higher risk of infection.

In any case, this individual criterion has not taken into account the different particularities that may occur in each of the prioritized groups: Who do we prioritize? All healthcare personnel or those most exposed to infection? In high-income countries, for example, health services have greater resources for individual protection in the health professional field, resources that are not available or are scarcer in lower-income countries. However, in these countries, healthcare workers are proportionally much younger than those in higher income countries and, therefore, according to statistics, they

belong to a group that, because of their age, is at lower risk. What should be prioritized: age or weak healthcare systems?

Is it possible to establish universally applicable criteria without taking into account the characteristics of their application? A similar reading, for example, can be made of the criteria for prioritization among the elderly: Who to prioritize? Those living in nursing homes or those in a more vulnerable socioeconomic situation? From what age onwards?

The need for prioritization highlights the interrelationship between the different spheres of interaction, both at the supranational and national levels, and the consequences and difficulties involved in managing them at both levels.

The global perspective shows that distribution is hardly possible based on criteria of equity, taking into account the tensions faced by the actors involved. It tends, for the most part, to be detrimental to the most impoverished countries or those with lower incomes or lower capacities for scientific or technological innovation. The rhetoric calling for the establishment of criteria based on the principles of solidarity or reciprocity is common in institutional declarations but very ineffective in practice. At the end of January 2021, coinciding with the start of the global vaccination campaign, of the 39 million doses that had been administered by that time globally, less than 1% had been applied to patients in poor countries, data that contrast with the vaccination numbers at the same date in the United States (12 million); China (10 million); the United Kingdom (4.3 million); and Israel (2.4 million: a quarter of its total population) (11). In the light of the data, it can be affirmed that the altruism criterion for global distribution claimed by Van Parijs (15) has clearly been called into question. In June 2021, this unequal trend not only continues, but has become even more pronounced (11).

In general, the criterion of vulnerability and debt to the elderly has prevailed. At least, this has been the case in the countries of the European Union and those that are in the same orbit of priori-

tization. This criterion, based on a logic of accountability towards the most vulnerable in the context of the COVID-19 pandemic, seeks to reconcile equal treatment of the most disadvantaged groups without having to give up maximizing results. It therefore combines utilitarian criteria with others closer to social justice. However, even so, and without being able to enter into a more exhaustive assessment of what this entails, it must be recognized that in any case the protection of the individual good of the vaccine is being prioritized over its potential to benefit the population as a whole.

5. Criteria for the prioritization of groups in the vaccination strategy: which ones and why?

The pressure on health services, including, in this case, those related to the need for vaccination of the population as a whole, necessarily requires prioritization: That is, choosing which individuals will benefit from certain scarce resources before others. This implies that a scarce resource (vaccine) must be distributed. The criterion consists of determining which and why certain groups of the population benefit from it before other groups. From the utilitarian criterion, for example, priority should be given to those who maximize the net benefit of society. Rawls, on the other hand, considers that the important thing is to consider the position of those who are worse off (16). This is precisely what is recognized in the principle of difference that he introduces in his theory of justice. Under this principle, people who are in a more vulnerable socioeconomic situation should have priority when it comes to receiving social and health care. But do they only need one vaccine in the current context?

Amartya Sen's capabilities theory also considers precarious socio-labor conditions as a prioritization criterion (17). This theory, moreover, does not fetishize low income or resources as the only

information to be taken into account to establish prioritization criteria. The capabilities theory argues that what justice should seek is to equalize the capabilities we need to achieve our possibilities of development. This perspective presents as a factor of enormous value the possibility of decentralizing the strategy against COVID-19 beyond the vaccination process, and moving towards a social protection system that generates capacities and care networks also necessary to face the consequences of the pandemic, beyond, without excluding, the resource that is the vaccine itself.

In any case, the priority established in the COVID-19 vaccination strategy establishes a priority that has as an immediate consequence unequal access to scarce resources. When and why is this differentiation in the equal treatment of people legitimate? As is well known, ideally, access to the vaccine should be equal; that is, everyone should have access to it. The problem is precisely that this is not possible. The question, therefore, is to clarify what type of inequality best respects the principle of equality between people. What inequality is legitimate for access to a resource such as the vaccine which, at the moment, is scarce? Who are the unequal ones in the vaccination strategy and why are they legitimately so?

In Spain, for example, the vaccination strategy has distributed the whole population into 15 groups according to a combination of different criteria: equal need, equity, protection of the disabled and minors, social benefit, reciprocity and solidarity. Seen from a general perspective, these groups respond to differences in age, chronic illness, disability, professional performance (prioritizing the provision of some essential goods, mainly in the health and social-health fields, in their early stages) and certain situations of vulnerability to the pandemic.

The prioritization of healthcare personnel seems more than justified from the point of view of justice: not only is the instrumental value of the essential service they provide to society in a pandemic context recognized, but it is also necessary that this group, in the front line of healthcare, be immunized so that they themselves do

not become a focus in the chain of contagion. Social recognition of their work and the need to protect the social good they provide to society as a whole have also been taken into account. Beyond this, and the moral debt to the elderly that has been taken into account to protect this group in the first instance, the rest of the criteria are ambiguous and unclear. As we will try to show in the following section, this is especially significant in the treatment of gender issues in this strategy.

6. Incidence of the COVID-19 vaccination strategy in females

Indeed, one of the most striking issues about the COVID-19 vaccination strategy is the absence of a reading of its possible unequal scope for men and women. In fact, the entire argumentation on the prioritization criteria incorporated to justify the strategy opts for gender neutrality in the groups prioritized at each stage without taking into account the different impact it may have on men and women. The ethical framework established in this strategy takes into account the principle of equal respect, with the aim of ensuring that health service delivery systems give equal consideration to men and women in each of the priority groups. The group is prioritized, but no distinction is made within the group on the basis of gender.

However, the COVID-19 pandemic has refocused attention on many health inequalities, including those related to gender. Worldwide, men and women are believed to be infected with COVID-19 in roughly equal numbers. The data, however, do not support the extent of this principle when they explain (they have remarked since the beginning of the crisis) that the risk of developing more severe medical conditions and deaths from COVID-19 is higher in men than in women, very significantly also in older population groups. Overall, men are 40% more likely than women to die from COVID-19 and almost three times more likely to require admission

to an intensive care unit (18). Women are therefore considered to be part of a group at lower risk of infection. The data also do not take into account, for example, the feminization of many of the high-risk care jobs in the health, social-health and domestic spheres. This bias recognizes the lower incidence of the virus in women, without taking into account that it is mostly women who assume, from a professional and/or occupational point of view, the responsibility of caring for a highly vulnerable population, and who are therefore more exposed and at higher risk (19).

Nor does it take into account the disadvantage and inequalities in access to health benefits that women have in some contexts, this being a priority concern of the World Health Organization that has been diluted in the implementation of the COVID-19 Vaccination Strategy in different countries. In general, there is no specific reference to this issue, nor does it take into account gender as a criterion to identify the need to prioritize women in some groups to access the vaccine (19).

Nor does it consider the disadvantage or inequality of women in the socioeconomic and cultural spheres, which prevents an assessment of their subordinate status in some contexts (20). The structural resistance that exists or may exist in their own communities is ignored. All this reduces their personal autonomy in the area of decisions related to the management of their own health. Giving priority to men over women in a vaccination strategy could have a negative impact on the chronification of these structural inequalities. Or even be a consequence of them.

Pregnant women are a group that has been systematically disadvantaged in vaccination strategies in previous pandemics. This is still the case with COVID-19 vaccine despite studies showing that pregnant women are at increased risk of adverse complications during pregnancy and childbirth. It is argued that there is still little data on the risks posed by COVID-19 to pregnant women and their children (21).

Currently, in the prioritization strategy, pregnant women are incorporated as a prioritized group in the intermediate phases of vaccination, not in the priority phases. The criterion has been, therefore, to wait for more evidence on the risks for pregnant women to justify their vaccination within the priority groups. However, it is expected that there will be little data on the safety and efficacy of COVID-19 vaccines in the group of pregnant women, which makes it difficult to effectively prioritize them as such in the early stages of vaccination.

It seems necessary to insist on the need to generate pregnancy-specific data to assess the safety and immunogenicity of vaccines among pregnant women.

This circumstance is similar to that of lactating women. They have also not been considered as a priority group in vaccine development and response in pandemics prior to COVID-19. Nor has there been accumulating evidence to conclude that lactating women and their infants are at such risk that they need to be prioritized for COVID-19 vaccination. There are also no data on possible infectious risks for infants (22). So far, vaccine manufacturers are not considering this as a risk factor.

7. Conclusions

This article has drawn attention to the limitations of the COVID-19 global vaccination strategy. The restriction of its criteria, with respect to distribution and prioritization, has highlighted the difficulties for its access at a global level. It is a strategy that is mainly based on the covax initiative. Without detracting from its value, it should be noted that the impetus given to vaccine production on a global scale has not had an equitable or effective correlate in terms of distribution and availability. The COVID-19 vaccination strategy is also failing to address one of the consequences that has become visible after its implementation and which highlights the serious shortcomings and, at the same time, urgent public health emergen-

cies in the world to cope with a mass vaccination campaign for the entire population. The strategy requires clearly defining strategies of cooperation and global justice that will allow the distribution and accessibility of the vaccine to become not only effective but also truly equitable.

Bibliographic references

1. Kristalina G, Ghebreyes T, Malpass D y Okonjo-Iweala N. Un nuevo compromiso con la equidad vacunal y la derrota de la pandemia. FMI, 1 de junio de 2021. (Accessed on June 4, 2021). Available at: <https://www.imf.org/es/News/Articles/2021/06/01/a-new-commitment-for-vaccine-equity-and-defeating-the-pandemic>
2. Tan Kok-Chor. *What is this thing called Global Justice?* Londres/Nueva York: Routledge; 2017. <https://doi.org/10.4324/9781315736273>
3. Fraser N. Transnationalizing the public sphere: On the legitimacy and efficacy of public opinion in a postwestphalian world. *Theory, Culture & Society*. 2009; 24(4): 7-30. <https://doi.org/10.1177/0263276407080090>
4. Palacio Avendaño M, Iris Marion Young y Nancy Fraser. Sobre la estructura de la justicia. *Enrahonar*. 2013; 51: 77-93.
5. Fraser N. On Justice. *New Left Review*. 2012; 74: 41-51.
6. Fraser N. *Escalas de la Justicia*. Barcelona: Herder. 2008.
7. In this work, Rawls's perspective is taken as a reference in his theory of justice as equity, understanding that the idea of equity is the fundamental idea of justice and recognizing the priority of justice as equity over efficacy. See Rawls J. *Justicia como equidad*. Madrid: Tecnos; 1986.
8. De Bolle M. Current vaccine proposals are not enough to end the pandemic. *Peterson Institute International Economics (PIIE)*. May 26, 2021. (Accessed on June 8, 2021). Available at: https://www.piie.com/blogs/realtime-economic-issues-watch/current-vaccine-proposals-are-not-enough-end-pandemic?utm_source=update-newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=piie-insider&utm_term=2021-06-02
9. Pogge Th. *Hacer justicia a la humanidad*. México: Fondo de Cultura Económica; 2009.
10. Young IM. *Responsabilidad y justicia global: un modelo de conexión social*. Anales de la Cátedra Francisco Suárez. 2005; 39: 689-708.
11. Bloomberg. More than 2.42 billion shots given: COVID-19. Tracker, data as of June 15, 2021. (Accessed on 9 June, 2021). Available at: <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-vaccine-tracker-global-distribution>

12. COVAX is the cornerstone of the Access to COVID-19 Tools Accelerator, an innovative global collaborative initiative to accelerate the development and production of and ensure equitable access to COVID-19 tests, treatments and vaccines. COVAX is co-chaired by the GAVI Alliance for Vaccines (GAVI), the Coalition for the Advancement of Innovations for Epidemic Preparedness (CEPI) and the World Health Organization (WHO). Its objective is to accelerate the development and manufacture of vaccines against COVID-19 and guarantee fair and equitable access to them for all countries of the world. (Accessed on May 9, 2021). Available at: <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained>
13. Ezekiel J, Emanuel *et al.* An ethical framework for global vaccine allocation. *Science*. 2020; 369(6509): 1309-1312. <https://doi.org/10.1126/science.abe2803>
14. OMS. More than 2.42 billion shots given: Covid-19 tracker. (Accessed on May 9, 2021). Available at: <https://www.who.int>
15. Van Parijs P. *¿Qué es una sociedad justa? Introducción a la práctica de la filosofía política*. Barcelona: Ariel; 1993.
16. Rawls J. *Teoría de la justicia*. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1979.
17. Sen A. *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza; 1995.
18. Gender and COVID-19 Working Group. Men and COVID-19: Where's the policy? *BMJ Global Health blog*. 24 de marzo de 2020. (Accessed on June 17, 2021). Available at: <https://blogs.bmj.com/bmjgh/2021/04/24/men-and-covid-19/> This working group on Gender and COVID-19, together with *The Lancet*, already in March 2020, launched a call to governments and global health institutions to consider from that moment the effects, both direct and indirect, of sex and of gender in the COVID-19 outbreak. See Wenham C, Smith J, Morgan R. COVID-19: The gendered impacts of the outbreak. *Lancet*. 2020; 395: 846-848.
19. Castellanos-Torres E, Mateos JT, Chilet-Rosell E. COVID-19 en clave de género. *Gaceta Sanitaria*. (Accessed on September 7, 2021). 2020; 34(5): 419-421. Available at: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9111-12020000500001&lng=es <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.007>
20. Guerra Palmero MJ. Justicia global y analítica de las desigualdades. Pobreza y género. *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*. 2010; 43: 605-616. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2010.i43.710>
21. See, for example, World Health Organization. The World Health Report 2010. Health systems financing: The path to universal health coverage. (Accessed on May 9, 2021). Available at: <https://www.who.int/whr/2010/en/>
22. For more information on Covid-19 vaccination in pregnancy and lactation, see, by way of example, the information provided by the Vaccine Advisory Committee in Spain. (Accessed on May 9, 2021). Available at: <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/vacunacion-de-la-covid-en-el-embarazo-y-lactancia>

This work is under international license Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Bioética global: ¿nuevos argumentos sobre los derechos animales?

Global Bioethics: ¿New arguments on animals' rights?

*José Enrique Gómez Álvarez**

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.03>

Resumen

El artículo aborda algunas variantes recientes de los argumentos a favor de un posible derecho de los animales. Para lograr este objetivo se hizo una muestra por conveniencia de artículos en los que aparecieran ambos conceptos desde el año 2017 hasta el presente, usando el buscador Google Académico (Google Scholar). De la muestra (primeros 40 resultados de búsqueda) se seleccionaron los que resumiesen o presentasen algún argumento novedoso en torno al tema. Después del análisis se encontraron básicamente dos argumentos que pueden presentarse como novedosos pero que, al analizar los presupuestos de los mismos, se concluye que presentan los mismos supuestos ontológicos que los argumentos tradicionales, como los de Peter Singer.

Palabras clave: ontología, bioética global, argumento desacreditador, madre Tierra.

* Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV). Querétaro, México. Correo electrónico: jegomezalvarez@yahoo.com <https://orcid.org/0000-0002-8964-2207>
Recepción: 15 de agosto de 2021. Aceptación: 12 de septiembre de 2021.

1. Bioética global y los animales

El término «bioética global» es un término en disputa. A algunos autores el término «bioética» les sugiere que, desde un punto de vista práctico, significa que los que lo utilizan deberían asumir conductas académicas «semejantes» tanto en temas, fuentes usadas y comunicación con otros investigadores. Así, Holm y Williams-Jones, en «Global bioethics-myth or reality?» (1), apuntan que incluso investigadores y bioeticistas de países «afines» por el lenguaje y la cultura, como Canadá, EUA e Inglaterra, en la práctica no siguen (casi) los mismos autores, consumen bibliografía diferente en temas de bioética y consultan sitios web no comunes. Ellos, desde un enfoque social, sostienen que:

Nuestros tres estudios exploratorios de patrones de comportamiento en el campo de la bioética apoyan la posición de que, de hecho, no existe un campo global unificado de la bioética. Parece que, incluso en los países de habla inglesa, los especialistas en bioética no se vinculan a los sitios web de los demás tanto como se esperaría, no se citan entre sí tanto como se esperaría y no convergen en los mismos libros tanto como lo harían si la bioética fuera verdaderamente un campo «global» (1).

Por tanto, al menos en un sentido de la «bioética global» hay evidencia de que no se cumple la expectativa de ética común; es decir, la interrelación entre pensadores no es tan fuerte como pareciera. Además de la situación expuesta en los autores anglosajones, la interrelación con otros autores de distintos idiomas es escasa. Por supuesto, la barrera del idioma es una explicación (2), aunque parece que también, en opinión de estos mismos autores citados, se produce un cierto localismo: se citan y estudian los que ellos conocen o son accesibles (1). En este sentido, el uso de «bioética global» no parece ser del todo correcto.

Otros autores defienden que la «bioética global» puede referirse a una unidad de principios comunes (3). En ese sentido, la bioética de los principios, al ser dominante en el mundo occidental, al me-

nos mostraría que hay una cierta unidad metodológica y doctrinal en torno a los cuatro principios de Beauchamp y Childress. Otro sentido de bioética global es el expresado por Potter, ante el cual Vargas señala que:

...pone el acento en la necesidad de construir un puente hacia el futuro que permita en el largo plazo la supervivencia de la especie humana. Para Potter, la separación entre la ciencia y las humanidades constituye un problema que puede poner en riesgo la vida en el planeta. Esta idea, que busca unir el conocimiento científico y las humanidades, es la que expresa mejor la metáfora de puente. Sin embargo, esta metáfora contiene otro significado adicional...; el doble significado de la palabra «puente» tiene, por un lado, un componente de unidad (entre las ciencias y las humanidades) y, por otro, un llamado a superar los problemas que ponen en riesgo el futuro de la especie humana (4).

Otros autores (5) señalan que hay cuatro sentidos de la noción de «puente»: una conexión entre el presente y el pasado, en donde se garantice la supervivencia humana (y la del planeta); puente entre ciencia y valores; puente entre naturaleza y cultura, y puente entre seres humanos y naturaleza (la ecología).

Lo que aquí interesa es que esa consideración de la supervivencia humana implica la pregunta de cómo debemos comportarnos los seres humanos frente a los animales. Desde hace décadas se ha defendido que los animales (no humanos) poseen derechos como nosotros. La pregunta que puede uno hacerse es: ¿han cambiado en algo los argumentos al respecto? ¿Cuáles son los argumentos más recientes?

Para contestar esta pregunta se realizó una muestra documental por conveniencia en Google Académico desde 2017 hasta la fecha, en la que se relacionó «ética global» y «animales». Del resultado de la búsqueda se seleccionaron los artículos que exponen argumentos a favor y en contra sobre los supuestos derechos de los animales. Aquí se reseñan los argumentos encontrados y se comentan dos de ellos que agregan o intentan agregar algo nuevo al debate.

2. Un antecedente: Paul Max Fritz Jahr (5, 6, 7)

La idea central de este teólogo, aparte de concebir y utilizar el término de «bioética», es la de incluir a los animales dentro de las cadenas de vivientes semejantes al ser humano. Jahr, en pocas palabras, se opone a Descartes y a su mecanicismo respecto de los animales. Comenta que la cultura oriental reconoce una naturaleza espiritual a los animales que requieren respeto y cuidado (6). No obstante, señala las diferencias con Occidente, al comentar el carácter utilitario del uso de las plantas y animales y de su protección limitada en cuanto a nuestro beneficio. Sin embargo, defiende una reformulación del imperativo categórico de Kant, en donde de algún modo se incluyen a los animales y a las plantas. Al final de su ensayo, Jahr señala:

Pero estamos progresando y la protección de los animales gana terreno, disponiendo de un espacio cada vez más amplio. Del mismo modo, un hombre decente ya no tolera que se destruyan flores o que un niño travieso las arranque de un jardín para luego tirarlas negligentemente.

Nuestra autoeducación ha hecho muchos adelantos, pero debemos seguir desarrollándola de manera que adoptemos como pauta de exigencia bioética para nuestra conducta el siguiente principio: *¡Considera a cada ser viviente como un fin en sí mismo y trátalo, de ser posible, como tal!* (6).

Por supuesto, la indicación final señala una cierta limitación: «en cuanto sea posible», la cual deja abierta la cuestión de cuánto debe persistir el criterio utilitario en el cuidado de los animales. Está claro qué debemos elegir en una colisión de intereses prioritarios. Jahr, en otro escrito, *Tres estudios sobre el quinto mandamiento* (7), señala que el «no matarás» no hace alusión sólo a la vida humana, sino a todos los vivientes. Si fisiológica y psicológicamente los animales son semejantes a nosotros, entonces, ¿no debemos respetarlos igual? Claro, así lo hace notar Jahr; los derechos animales podrían no ser los mismos, sino en proporción al ser que se aplican. En

este sentido, los animales no deben ser torturados sin razón alguna. Por supuesto, en un sentido, aquí no hay mucha diferencia con la defensa tradicional de que en el hombre se produce un salto cualitativo respecto de los demás vivientes, pero no implica un dominio sin límites sobre ellos. El hombre debe tratar a los animales y plantas con un carácter de tutela, aunque sin dejar de tener un señorío o dominio sobre ellos. En este sentido no hay conflicto aparente. Así, por ejemplo, la Iglesia católica, en palabras del papa Francisco, puede afirmar: *En esta línea, cabe reconocer que nuestro propio cuerpo nos sitúa en una relación directa con el ambiente y con los demás seres vivientes. La aceptación del propio cuerpo como don de Dios es necesaria para acoger y aceptar el mundo entero como regalo del Padre y casa común, mientras que una lógica de dominio sobre el propio cuerpo se transforma en una lógica a veces sutil de dominio sobre la creación* (10). Un modo de interpretar el pasaje anterior es comprender que el dominio humano no es despótico. Al reconocer que hay una naturaleza en nosotros que debe respetarse esto ayuda a entender que la naturaleza no humana señala también límites a nuestra libertad. Otro sentido de la teología de Jahr acercaría a las posturas que defienden que los animales no humanos merecen la misma consideración de cuidado, aun cuando haya diferencias radicales en cuanto a las capacidades (4).

El pensamiento de Jahr contrasta con la posición de Tomás de Aquino, que se plantea una cuestión semejante. Tomás escribe que *el homicidio es pecado porque priva al hombre de la vida. Pero la vida es común a los animales y a las plantas. Luego, por la misma razón, parece ser pecado matar a los animales brutos y a las plantas* (11). Pero la respuesta de Tomás a la objeción muestra la distancia entre el pensamiento clásico y el de Jahr: los animales no son racionales y hay un cierto orden entre animales y plantas que permite utilizarlos en nuestro beneficio. Hay que notar que Tomás no niega que los animales tengan en común algo con los humanos, como el carácter sentiente, pero la radicalidad propia del hombre, que es ser personal, permite el «uso» de los animales y de las plantas, así como los animales

«usan» las plantas. En pocas palabras, los animales no humanos y las plantas no son fines en sí mismas, como lo son los seres humanos.

Los defensores de los derechos de los animales no humanos insistirían en que no basta tratarlos con cuidado, sino que es necesario reconocerles derechos intrínsecos y no derivados de la conducta y naturaleza humana. Dicho de otro modo, es preciso reconocerles derechos animales como nosotros reconocemos derechos humanos. La bioética de Jahr:

...parte de una concepción biologicista que postula una continuidad fundamental entre las plantas, los animales y el hombre. Esta continuidad no niega cierta diferenciación, admitida también por Darwin, en razón del sentido moral o de la conciencia en el hombre. Pero tal diferenciación se reduce, en última instancia, a la del movimiento respecto de su propio término. El ser humano sería diferente solamente porque es el punto más alto de un proceso evolutivo que comprende al conjunto de los seres vivos (5).

Se concluye, así, que la diferencia entre seres humanos y animales es sólo de grado. Esa concepción es el presupuesto central que aparece en los argumentos recientes sobre los animales y que en esencia no marca una diferencia especial con los argumentos tradicionales de los «derechos de los animales» (4, 12).

3. Derechos de los animales: un argumento común

Al revisar la literatura en castellano se encuentran referencias a los argumentos de autores anglosajones a favor y en contra de supuestos deberes (derechos) de los animales (13, 4). Así, es común citar la postura de Singer (4). Básicamente hay dos ideas que se repiten en los argumentos: el especismo es igual que el racismo, el sexismo o el viejismo; es decir, son discriminaciones indebidas. El otro argumento es el de la superposición de las especies: es posible mostrar que, en realidad, en términos de capacidades, los humanos y los animales a veces están al mismo nivel. En realidad, ambos argu-

mentos poseen un elemento común: no hay salto cualitativo entre los seres humanos y los animales (1). Se pueden sintetizar ambos argumentos del siguiente modo:

1. Toda discriminación basada en características irrelevantes para la distinción entre una entidad personal y una no personal es un acto moralmente indebido.

2. El sostener superioridad por pertenecer a otra especie es discriminación basada en características irrelevantes.

3. Por lo tanto, el sostener superioridad por pertenecer a otra especie es un acto moralmente indebido.

La premisa 1 parece razonable y, de hecho, como señala Singer, se terminó reconociendo que era un error en las situaciones como el color de la piel (racismo) o la sexualidad (sexismo). Pero es claro que la clave del argumento es la noción de persona, que es un supuesto de la premisa (2). Singer insistirá en que la noción de persona es una característica empírica atribuible en el transcurso de la vida y que no está presente sólo en la especie humana. En ese sentido, cuando «aparecen», por ejemplo, los atributos de «autoconsciencia» y «visión del futuro» es cuando se puede decir que existen las personas. Singer ve la persona no desde un punto de visto ontológico, sino meramente fenoménico: se dispone de la capacidad sólo cuando se hace manifiesta de un modo semejante a andar en bicicleta. Sólo podemos tener esa habilidad cuando se da, cuando se hace manifiesta. En consecuencia, con el argumento anterior sólo cuando una persona expresa en un lenguaje articulado que su vida vale y puede visualizar o expresar deseos en tiempo futuro es persona en «ese momento». Ser persona, pues, es una manifestación de habilidades que le adjudicamos a la palabra «persona»; es decir, una postura nominalista, actualista y funcionalista de la persona. Por tanto, los embriones y quizás los niños muy pequeños no son personas.

Se ha objetado que esa visión de las capacidades es errónea. Las capacidades humanas son radicales o, dicho de otro modo, hay una capacidad radical que clásicamente se ha señalado como la inteligencia y la voluntad, que están dadas desde el inicio de la existencia.

La inteligencia y la voluntad son capacidades para aprender habilidades. Sin esa capacidad radical no se podría tener la inteligencia humana con su capacidad de conocer universal e inmaterialmente. Así, «inteligencia» en los animales no se dice en el mismo sentido que en las personas (11), ya que podría explicarse más bien como instinto, por semejante que parezcan sus actos a los humanos.

En otros términos, los seres humanos tenemos una capacidad radical para adquirir habilidades: *capaz de» debe entenderse como la posesión de una naturaleza cuya manifestación plena permite realizar tal valoración (valorar la propia existencia), independientemente de que el individuo se encuentre o no en posibilidades de ejercer esa capacidad (14)*. Valorar la existencia no es sólo una cuestión de tener más o menos estados conscientes de placer o dolor, sino la capacidad de visualizar, por ejemplo, estados futuros posibles y una capacidad de abstracción y de conocer lo universal que implican una naturaleza radicalmente distinta.

En la sección V comento un poco más esta peculiaridad humana que Singer y otros autores consideran inexistente.

4. ¿Un nuevo argumento?

France Jacquet, en «A debunking argument against speciesism» (15), publicado este 2021, propone un nuevo modo de refutar a los especistas: *...propongo una perspectiva novedosa en este tema desarrollando un argumento de desacreditación contra el especismo (15)*.

El profesor Jacquet parte de la idea de que nuestros razonamientos morales se configuran y reconfiguran, al comparar nuestras intuiciones morales entre sí y con la propia experiencia. Dicho de otro modo, tenemos un principio intuitivo; por ejemplo, «mientras no se haga daño físico a alguien, una acción es lícita (moralmente)» y después, al comparar nuestra intuición con la realidad, descubrimos el incesto como una práctica «que no hace daño físico», y si consideramos intuitivamente que el incesto es malo, pues colisiona con la intuición original, ya que se produce una clara con-

tradición: tenemos un caso particular afirmativo que se considera verdadero (alguna práctica que no hace daño físico es mala) que entra en conflicto con el principio universal negativo (toda práctica que no hace daño físico no es mala). Esa contradicción nos lleva a reformular nuestras intuiciones morales.

En el caso de los animales, el autor cree que es el mismo caso y pone como ejemplo el argumento ya citado de Singer. Se tiene una intuición moral fundamental: el racismo, sexismo y otras diferencias son irrelevantes para el trato que deben recibir las personas. En cambio, con los animales (no humanos) hacemos distinción de trato sólo por la pertenencia a la especie, pero:

...un número de humanos están psicológicamente a la par con algunos animales no humanos, o incluso son inferiores a ellos en esas capacidades. Compárense, por ejemplo, las personas severamente discapacitadas en el aspecto mental con simios adultos. En consecuencia, esas diferencias psicológicas no separan a todos los humanos de todos los no humanos...; la diferencia de las especies es meramente biológica (15).

De nuevo, el argumento supone que las capacidades radicales humanas no existen como tales, sino sólo aparecen y desaparecen habilidades que en sí mismas no son diferentes de los animales o, como lo dijimos antes, lo emergente humano se considera sólo una cuestión de grado. La evolución biológica desmiente la idea de una esencia humana «fija», idea que los objetores creen que anula el naturalismo ético de tipo aristotélico (16). La evolución desacredita (*debunk*) la teoría de una naturaleza humana fija.

El ejemplo previamente expuesto del incesto, que parece moralmente repugnante, ilustra el origen no moral de ciertas creencias «morales»: el incesto en realidad es un mecanismo producto de la evolución; es decir, el proceso evolutivo generó en las personas cierto rechazo de los padres para evitar la generación de seres humanos defectuosos, y permitió así la diseminación de los genes de los humanos; entonces, el origen de esta creencia moral es un elemento no moral, sino un hecho fáctico de la evolución.

Un argumento desacreditante es un argumento cuyo propósito es «desmontar» una creencia moral, basado no en otras creencias morales, sino en la historia causal que muestra su injustificación, al mostrarse que en realidad no es un principio ético. La creencia moral es producida por un proceso desencaminado (*off-track*) respecto de lo moral. Así, el ejemplo del incesto, según este autor, al mostrar el origen «no moral» de la creencia, producto de un mecanismo evolutivo, lo desacredita. Es una idea que me parece extraña. El autor no la señala, pero parece ser un argumento que supone que produce la falacia naturalista: lo moral es deducido de un elemento puramente fáctico que no tiene que ver con el deber. Se rechaza que las tendencias humanas sean indicadores de un cierto orden normativo (17).

Al autor le parece irreconciliable una visión metafísica de finalidad y la evolución. Como es «evidente», la primera queda desacreditada por la segunda y se da por hecho que no existen las causas finales (18).

Ahora bien, al partir de la idea de disonancia cognitiva o, lo que es lo mismo, de la incongruencia entre nuestras acciones y nuestras creencias, se tiene que realizar algo para eliminar o neutralizar la disonancia. Así, por ejemplo, fumar y saber que el cigarro hace daño es un ejemplo de disonancia: *no quiero hacerme daño, pero fumo y la única manera de solucionar la incongruencia es o dejar de fumar, o sea, cambiar la acción, o modificar mi creencia; por ejemplo, considerar que es mayor el beneficio de fumar el tabaco que el daño que me ocasiona.*

¿Qué paradoja encontramos con respecto a los animales? Algunas personas que comen carne piensan que comer la carne de los animales hace daño a los animales (se entiende por daños innecesarios estar sin libertad en granjas de producción, por ejemplo). Tampoco es necesario comer carne para sobrevivir, ya que lastimar a los animales es malo moralmente; no obstante, estas personas siguen el hábito de comer carne, generando así una disonancia cognitiva.

La paradoja de la carne, según el profesor France Jacquet, lleva a inconsistencias teóricas o a ajustes para evitar la disonancia cognitiva, ya sea:

a) Diciendo que los animales no sienten, por lo que no se les hace daño. Puede no ser necesario comer carne, pero no se les hace ningún daño (15).

b) Señalando que sí es necesario comer carne de animales (15).

Estas inconsistencias se incrementan en las situaciones en las que se presenta la oportunidad de comer carne de animales; es decir, las personas tienden a ser más especistas cuando se ven enfrentadas a la situación de ser carnívoras. Los especistas sostienen sus creencias, no por un proceso de aceptación de la verdad, sino por un ajuste de sus prejuicios. Dicho de otro modo, cuando se ven involucrados los intereses de los sujetos tienden a ser especistas. Así, los opositores a las peleas de perros o gallos se oponen a ellas cuando no participan en las mismas. Al momento de participar tienden a ajustar su disonancia cognitiva, pero no por un proceso racional, sino por un proceso desencaminado (*offtrack*). El autor señala que:

a) La creencia especista se explica por el intento de reducir la disonancia cognitiva.

b) El intento de reducir la disonancia cognitiva es un proceso desencaminado.

c) En consecuencia, la creencia especista es injustificada.

La primera premisa es mostrada por diversos datos empíricos que se señalan en el artículo, que muestran cómo la actitud especista se incrementa en las situaciones que tienen que ver con la alimentación (15). En el caso de la segunda premisa, *la reducción de la disonancia cognitiva no es un proceso que rastrea la verdad de cómo debemos tratar a los animales..., sino que se debe a una influencia distorsionadora, a un factor no relacionado con su verdad* (15).

La disonancia, pues, no es producto racional de búsqueda de la verdad, sino resultado de un proceso que podríamos llamar «apócrifo». El consumo de cárnicos se produce a pesar de creerse que es ilícito lastimar innecesariamente a los animales, por lo que la

creencia se mantiene por razones psicológicas, como evitar el conflicto de intereses. En pocas palabras, es inconsistente al ser emotivo (voluntarista). Si no es racional y la otra opción es la no especista, parece razonable seleccionar la segunda opción que sí posee justificación racional. ¿Por qué el vegetariano tiene razón? Pues porque no hay diferencia entre animales y hombres más que de grado, como se señaló en el argumento común. Es decir, a pesar de su aparente fortaleza, el argumento se fundamenta así o se da por bueno el argumento tradicional ya señalado en la sección II.

5. Otro argumento reciente: el nuevo constitucionalismo latinoamericano (18, 19)

Las Constituciones de Ecuador y Bolivia han planteado introducir conceptos de la «ecología profunda» (18, 20), la cual tiene implicaciones para los animales. Dicho argumento podría esquematizarse así:

a) Si la naturaleza es reconocida como madre Tierra (como de hecho hacen las culturas originarias de Ecuador y Bolivia), entonces todos los organismos son interdependientes.

b) Si son interdependientes, entonces no hay jerarquía entre los vivientes. Por lo tanto,

c) Si la naturaleza es reconocida como madre Tierra, entonces no hay jerarquía entre los vivientes.

d) Los animales (incluido el hombre) son parte de la naturaleza reconocida como madre Tierra.

e) Entre los animales (incluido el hombre) no hay jerarquía entre ellos.

La segunda premisa es, sin duda, la más problemática. El hecho de la interdependencia es real, pero ¿eso implica que los seres humanos no están en la escala superior? A veces la ecología, con el afán de proteger la naturaleza más que alzarla, lo que produce es una reducción del hombre.

La cuestión defendida es que ecológicamente el hombre no puede o debe dominar a los demás seres (20, 21). La naturaleza no humana no es un recurso más sujeto a la explotación. La naturaleza no humana, así, posee un valor independiente de la propia apreciación humana. El hombre habita en su casa común, la naturaleza, pero este habitar debe ser ajustado para reconocer ese valor intrínseco de lo natural. Las culturas originarias tenían claro, según esta postura, ese concepto:

Y así es como en ciertas regiones, principalmente indígenas, desde su cosmovisión han llegado a reconocer subjetivamente a la naturaleza como sujeto que merece cuidado y protección, con la finalidad de llegar a construir una relación de estabilidad recíproca humano-naturaleza, a la que podemos llamar una relación con un toque biocéntrico... Es una forma de retomar una conciencia holística e histórica del valor natural de la vida no humana, que rompe con el antropocentrismo convencional de la modernidad eurocéntrica (21).

La defensa de la segunda premisa implica que la complejidad del mundo natural impide poner al hombre en la cúspide. Las interrelaciones de supervivencia hacen que si a un ser se le pone «encima» de los demás, esto produce efectos disonantes en toda la naturaleza. Esos efectos disonantes serían prueba, por tanto, de que algo anda errado en la argumentación a favor de la primacía de lo humano.

De la cuarta premisa se deriva que debe haber un auténtico respeto hacia los animales. Por supuesto que esto tiene presupuestos ontológicos (20). Esos presupuestos ontológicos son: *La capacidad de sufrir y de sentir placer es vital, además de un prerrequisito para que un ser se convierta en objeto de interés y, por consiguiente, la igualdad de consideración debe existir independiente de la especie* (19).

En este contexto, prerrequisito equivale a presupuesto ontológico. Aceptado el mismo, cabe aplicar a los casos concretos. De nuevo surge la idea de la superposición de las especies: los animales no humanos sólo tienen diferencia de grado y la capacidad de sentir y sufrir es el criterio ético, en vez de la racionalidad y el autodominio

propios de lo humano. Por supuesto que puede irse más allá e incluso insistir en que también los elementos no sentientes y abióticos poseen derechos: los Derechos de la Madre Tierra o de la Naturaleza (Pachamama) (19).

El cuidado de la naturaleza no humana como parte de la responsabilidad humana es un tema que se requiere analizar aparte. Así, en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos se señala:

Se habrán de tener debidamente en cuenta la interconexión entre los seres humanos y las demás formas de vida; la importancia de un acceso apropiado a los recursos biológicos y genéticos y su utilización; el respeto del saber tradicional y el papel de los seres humanos en la protección del medio ambiente, de la biosfera y la biodiversidad (21).

La cuestión ontológica de fondo es, pues, el concepto de «nivelación ontológica» entre el hombre y la naturaleza, tal como plantean las teorías de la ecología utópica. Según ellas, no habría diferencia ontológica entre las plantas, animales y el hombre. Visto así, se justificaría la detención de la explotación de los recursos naturales por parte del hombre, en cuanto afecta la «dignidad» de los otros seres vivos. No obstante, la verdad del movimiento ecologista se basa en que la relación del hombre con los demás vivientes no se puede ver como un dominio despótico sobre estos últimos, sino que debe haber una cierta armonización entre los fines de la naturaleza y el hombre (22). El hombre puede y debe administrar la naturaleza para no generar la destrucción injustificada de la misma. No obstante, hay un problema cuando se pretende eliminar la diferencia entre los seres humanos y las otras especies: *Si todas las especies son iguales, no hay fundamento por el cual deban ser respetadas unas por las otras, pues ante tal igualdad todas deberán sujetarse al devenir, cuya fuerza permita triunfar a unas por encima de las demás* (22).

Por consiguiente, en esa lógica, el hombre, que está más capacitado para intervenir, podría hacerlo sin preocuparse, o aducir que se afecta a los otros vivientes en su dignidad. Curiosamente la dignidad humana viene dada por la capacidad de autodomínio y racio-

nalidad que permite eso: tratar con racionalidad el mundo natural y sin abusar de él, pero ello supone reconocer la dignidad propia humana. La pregunta que surge, en otro sentido, es si los «derechos de los animales» surgen por la capacidad de los mismos de tener responsabilidades o sólo por el hecho de coexistir entre ellos (22). Cualquier gobierno no despótico reconoce que el ser humano está con la naturaleza y, a la vez, que es más que «mera» naturaleza: el hombre no está finiquitado en la especie. El hombre es el único que hace historia personal y se conforma en el actuar libre y racional. No se trata, pues, de sobrenaturalizar al hombre, sino de responsabilizarlo: sólo los seres racionales y con voluntad son, estrictamente hablando, responsables de algo; es decir, sujetos morales.

6. Algunas observaciones finales sobre la singularidad de lo humano

El presupuesto de la inconsistencia teórica sobre la naturaleza únicamente gradual del ser humano y los animales es exactamente el tópico que surge en todos los argumentos presentados. No producir sufrimiento innecesario a los animales no humanos se ha de hacer por un deber indirecto para con ellos, en cuanto que deshumaniza a las personas (22).

Puede insistirse en que sigue siendo un argumento *ad hoc* sólo para mantener el prejuicio. En efecto, el argumento basado en la diferencia de trato por la pertenencia a la especie es eso, sólo un prejuicio poco intuitivo.

No obstante, a mi parecer, la «superposición de las especies» es la piedra de toque de los argumentos sobre los derechos de los animales. Si consideramos las características empíricas de las capacidades racionales sólo como actualizaciones, sin una capacidad radical de fondo, entonces no hay diferencia más que de grado. Así, el hecho de que el hombre fabrique, por ejemplo, herramientas no

marcaría diferencia entre los animales no humanos, ya que podría explicarse como una diferencia de grado. Pero esto es más complejo. Sin embargo, los opositores han señalado respecto del ejemplo de las herramientas que, sin duda, los animales usan herramientas, pero no poseen una capacidad abstractiva de concebir las herramientas como herramientas o de usar herramientas para crear otras. Ello implica una capacidad de poseer conceptos universales, de abstracción (23, 24, 25). Si entendemos la capacidad del hombre de conocer y fabricar herramientas en cuanto tales y con la misma concepción de «herramienta», la diferencia no parece de grado.

Otro argumento en contra de la igualación ontológica es que la persona es incomunicable; es decir, es única. Si la incomunicabilidad se entiende sólo como ubicación espacial más o menos compartible, es bastante claro que un gato, por ejemplo, es un gato y no otro, y en ese sentido es un gato único (23). Pero, la incomunicabilidad personal significa insustituible ontológicamente; es decir, ser plenamente autónomo en cuanto puede proponerse fines. Implica una capacidad radical, como se comentó antes, en donde surgen la inteligencia y la voluntad como capacidades inmateriales, y no sólo como manifestación de resolver problemas (22). La naturaleza racional característica de las personas es su capacidad de autodirigirse fuera del instinto, por decirlo así: *A diferencia de los nombres comunes y propios, el término «persona» nombra directamente el acto de ser, que es lo que hace subsistir a la persona. Ese constitutivo formal hace que la persona exista por sí y en sí, y hace que la persona sea una realidad subsistente de naturaleza racional* (23).

Puede insistirse en que hay confusión entre el modo de conocer y el de ser. En efecto, descubrir voluntariedad, capacidad de reír, capacidad de pensarse como un yo, son las que permiten saber que estamos ante una persona, pero no son su constitución, ya que deriva de una capacidad radical: porque somos personas podemos hacer eso, y no al revés (24).

También se ha producido una discusión en torno al lenguaje humano y animal, insistiendo unos en que el lenguaje animal sólo es

una diferencia de grado con el humano, y defendiendo otros que tiene un nivel de complejidad que no puede ser explicada de esa forma (24, 25).

De cualquier manera, el fondo de la discusión termina siendo la ontología, la cual surge en todos los argumentos, incluso en los no utilitaristas, como podría ser el de Nussbaum (26). Así lo resume José Justo Megías:

Quienes se empeñan en situar al animal y al ser humano en un mismo plano del ser, en razón de que poseen algunas de esas capacidades, soslayan que los primeros las tienen de forma parcial y que ninguno alcanza el grado en que se presentan en el ser humano. La clave está en su modo de ser, en la compleja racionalidad y libertad..., cualidades que se manifiestan en capacidades concretas que le permiten hacerse cargo de su vida en el entorno en el que convive junto a los demás, algo fuera del alcance de cualquier otro animal conocido. Cuándo y cómo aparecieron y se desarrollaron estas cualidades y capacidades que nos diferencian de los animales son cuestiones difíciles de responder... Pero lo cierto es que sólo nosotros las tenemos, o sólo nosotros las tenemos en un grado tan cualificado que nos hace ser distintos de los animales en el modo de ser (25).

En otras palabras, de nuevo es el nivel ontológico el que se manifiesta en diversas cualidades como la autoconciencia, la capacidad ética, el dominio del lenguaje, la cultura y el sentido de la muerte y la trascendencia. Puede verse un resumen de todas esas características, junto con algunas discusiones recientes, en el texto citado de José Justo Megías (25), en el texto de Renée Mirkes (24) y en Rodrigo Frías (27), que lo aborda desde la perspectiva del Magisterio de la Iglesia Católica.

7. Conclusiones

Los argumentos relativamente recientes acerca de los supuestos derechos de los animales no se han modificado sustancialmente

respecto de los argumentos tradicionales contra el especismo. Parten de supuestos tales como que la distinción entre lo humano y lo no humano es meramente un asunto de agregación y complejidad material. Se considera que no hay diferencia radical entre la inteligencia y voluntad, siendo estas facultades una cuestión de grados. El argumento del profesor Jacquet trata de ser un ajuste del argumento clásico de la superposición de las especies. El argumento moral, que no está correctamente fundamentado, es un razonamiento desviado que es más débil que el contrario; luego entonces debe aceptarse el principio igualitarista. No obstante, se ha tratado de mostrar que en el fondo los presupuestos metafísicos son los mismos de siempre: si el hombre posee facultades espirituales y es sujeto de sí mismo, será radicalmente diferente de los animales no humanos.

Los argumentos recientes respecto de los derechos de los animales siguen suponiendo la superposición de las especies, así como el principio de que la diferencia entre los humanos y los animales sólo es cuestión de grado. Asimismo, la defensa de la diferencia y justificación especista sigue siendo la misma: hay una diferencia radical entre seres humanos y animales. La emergencia de lo humano es un salto cualitativo que puede justificar la utilización de los animales no humanos para las necesidades humanas, aunque no en sentido despótico. El argumento de la madre Tierra no prueba que los animales no humanos y el hombre sean iguales, pero sí muestra que el dominio descontrolado del hombre sobre la naturaleza perjudica, en primer lugar al hombre mismo, y en segundo término a los animales. No obstante, otro tema a discutir son los límites y criterios con los que el hombre debe tratar al resto de los seres vivos.

Referencias bibliográficas

1. Holm S, Williams-Jones, B. Global bioethics, myth or reality? *BMC Med Ethics*. 2006; 7: 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-7-10>

2. Borry P, Schotsmans P & Dierickx K. How international is bioethics? A quantitative retrospective study. *BMC Med Ethics*. 2006; 7: 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-7-1>
3. Nohama Norton, Da Silva Jefferson Soares, Simão-Silva Daiane Priscila. Desafíos y conflictos bioéticos del COVID-19: contexto de salud global. *Rev. Bioét.* (Consultado el 10 de mayo de 2021). 2020; 28(4): 585-594. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Q7QYzT6FQkvTgDcZybfGBKc/?lang=pt>
<https://doi.org/10.1590/1983-80422020284421>
4. Vargas CE. *Bioética y derechos animales: análisis sobre la consideración moral hacia los animales no-humanos* (Maestría). Universidad del Azuay, Ecuador. 2020.
5. Pessini L. Bioética global en tiempos de incertidumbres, perplejidades y esperanzas. S.f. Disponible en: <https://www.camilliani.org/wp-content/uploads/2019/03/bioetica.pdf>
6. Vargas F. Hacia una fundamentación de la Bioética Ambiental desde la visión de Fritz Jahr, Aldo Leopold y Van Rensselaer Potter. *Rev. Col. Bioet.* (Consultado el 12 de mayo de 2021). 5 de diciembre de 2020; 15(2). Disponible en: <https://masd.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/3009>
<https://doi.org/10.18270/rcb.v15i2.3009>
7. Jahr F. Die Wissenschaft vom Leben und Sittenlehre. Die Mittelschule. 1926; 40: 604-605. La ciencia de la vida y la enseñanza de la moral. Viejos descubrimientos bajo una nueva luz. *Aesthethika*. (Consultado el 12 de mayo de 2021). 2013; 8(2): 12-17. Disponible en: <http://www.aesthethika.org/La-ciencia-de-la-vida-y-la>
8. El imperativo bioético de Fritz Jahr. Una ética del respeto hacia los animales y las plantas por su cercanía con los seres humanos. *Vida y Ética*. 2020; 21: 1. Disponible en: <https://erevistas.uca.edu.ar/index.php/VyE/article/view/3419>
9. Roa-Castellanos R, Bauer C. Traducción de los textos sobre el imperativo bioético. *Revista Latinoamericana de Bioética*. (Consultado el 12 de mayo de 2021). Julio-diciembre de 2009; 9(2): 92-105. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rbi/article/view/1063/801>
10. Papa Francisco. *Laudato Si*. Disponible en: https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_encyclica-laudato-si.html
11. Aquino T. *Suma de Teología*. Disponible en: <https://hcg.com.ar/sumat/c/c64.html#a1>
12. Vargas C. *Bioética y derechos animales: Análisis sobre la consideración moral hacia los Animales no humanos* (Tesis). Universidad de Azuay, Ecuador; 2020. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/10314>
13. Regan T. A case for animal rights. En M.W. Fox & L.D. Mickley (Eds.). *Advances in animal welfare science*. Washington, DC: *The Humane Society of the United States*. 1986/87; 179-189. https://doi.org/10.1007/978-94-009-3331-6_15
14. Finnis J. *Un frágil argumento en favor de la eutanasia. Réplica a John Harris*. En *La Eutanasia Examinada*. México: FCE, 2004.
15. Jaquet F. A debunking argument against speciesism. *Synthese*. 2021; 198. <https://doi.org/10.1007/s11229-019-02080-5>

16. Lutz, Matthew and James Lenman. «Moral Naturalism». *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2021 Edition), Edward N. Zalta (ed.). Disponible en: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2021/entries/naturalism-moral/>
17. Ocampo M. Reflexiones metafísicas sobre la ley moral en Santo Tomás de Aquino. *Rev. Chil. Estud. Mediev.* 2019; 15: 29-41. <https://doi.org/10.4067/S0719-689X2019000100029>
18. Maluf F, Calaça I, Freitas P, Augusto S. La naturaleza como sujeto de derechos: análisis bioético de las Constituciones de Ecuador y Bolivia. *Rev. Latinoam. Bioét.* (Consultado el 28 de mayo de 2021). 21 de noviembre de 2017; 18(34-1): 155-171. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/r/bi/article/view/3030> <https://doi.org/10.18359/r/bi.3030>
19. Argüello L. Los derechos de los animales y el nuevo paradigma del constitucionalismo latinoamericano. *Revista Direitos Humanos & Sociedade.* 2019; 2: 1.
20. Valera L, Vidal G, Leal Y. Más allá de la aplicación. El caso de la ética ambiental. *Tópicos México.* (Consultado el 28 de mayo de 2021). 30 de mayo de 2021; 0(60): 437-460. Disponible en: <https://revistas.up.edu.mx/topicos/article/view/1122> <https://doi.org/10.21555/top.v0i60.1122>
21. UNESCO. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2005. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
22. Velázquez H. *¿Qué es naturaleza?* México: Porrúa. 2007.
23. Conderana JM. Tomás de Aquino y Peter Singer: acerca de la extensión del término «persona». *Salmanticensis.* 2019; 66: 241-262. <https://doi.org/10.36576/summa.106940>
24. Mirkes R. *The wrongs of animal rights.* The National Catholic Bioethics Quarterly. 2003; 3(2): 287-307. <https://doi.org/10.5840/ncbq20033255>
25. Megías J. Ser humano y animales: estatuto ontológico y jurídico diferentes. *Cuadernos de Bioética.* 2020; 31(101): 59-70. <https://doi.org/10.30444/CB.52>
26. Chávez J. ¿Deben tomarse en serio los llamados derechos de los animales? Un análisis a partir del enfoque de Martha Nussbaum. *Prudentia Iuris.* 2017; 83.
27. Frías R. La cuestión animal: El Magisterio de la Iglesia católica en el contexto del debate actual. *Veritas.* 2014; 30: 105-126. <https://doi.org/10.4067/S0718-92732014000100006>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Global Bioethics: new arguments on animals' rights?

Bioética global: ¿nuevos argumentos sobre los derechos animales?

*José Enrique Gómez Álvarez**

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.03>

Abstract

The article addresses some recent variants of the arguments in favor of possible animal rights. To achieve this objective, a convenience sample was made from 2017 to the present of articles using the Google Scholar that will address both concepts. From the sample (first 40 search results) we selected those that summarized or presented some novel argument around the topic. After the analysis, basically two arguments were found that can be presented as novel, but when analyzing their assumptions, it was concluded that they present the same ontological assumptions as traditional arguments such as those of Peter Singer.

Keywords: Ontology, global bioethics, debunking argument, mother Earth.

* Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV). Querétaro, México. Email: jegomezalvarez@yahoo.com <https://orcid.org/0000-0002-8964-2207>
Reception: May 10, 2021. Acceptance: June 20, 2021.

1. Global bioethics and animals

The term «global bioethics» is a disputed term. To some authors the term suggests that, from a practical point of view, it means that those who use the same «bioethics» should engage in «similar» academic behavior in terms of topics, sources used and communication with other researchers. Thus Holm and Williams-Jones in «Global bioethics-myth or reality?» (1), point out that even researchers and bioethicists from countries «related» by language and culture, such as Canada, USA and England, in practice do not follow (almost) the same authors, consume different bibliography on Bioethics topics and consult different web sites. They, from a social approach thus argue that:

Our three exploratory studies of behavioral patterns in the field of bioethics support the position that there is, in fact, no unified global field of bioethics. It appears that even in English-speaking countries, bioethicists do not link to each other's websites as much as one would expect, do not cite each other as much as one would expect, and do not converge on the same books as much as they would if bioethics were truly a «global» field (1).

Thus at least in a sense of «global bioethics» there is evidence that the expectation of common ethics is not met: the interrelationship between thinkers is not as strong as it would seem. In addition to the situation described above with Anglo-Saxon authors, the interrelationship with authors of different languages is scarce. Of course, the language barrier is one explanation (2) although it seems that also, in the opinion of these same authors cited, there is a certain localism: they quote and study those they know or are accessible (1). In this sense, the use of the term «global bioethics» does not seem to be entirely correct.

Other authors argue that «global bioethics» may refer to a unity of common principles (3). In this sense, the bioethics of principles, being dominant in the Western world, would at least show that there is a certain methodological and doctrinal unity around the (4)

principles of Beauchamp and Childress. Another sense of global bioethics is that expressed by Potter, as pointed out by Vargas:

...emphasizes the need to build a bridge to the future that will allow the long-term survival of the human species. For Potter, the separation between science and the humanities is a problem that could endanger life on the planet. This idea, which seeks to unite scientific knowledge and the humanities, is the one that best expresses the bridge metaphor. However, this metaphor contains an additional meaning... the double meaning of the word «bridge» has on the one hand a component of unity (between the sciences and the humanities) and on the other hand, a call to overcome the problems that put the future of the human species at risk (4).

Other authors (5) point out that there are 4 senses of the notion of bridge: a connection between the present and the past where human survival (and that of the planet) is guaranteed; a bridge between science and values; a bridge between nature and culture; and a bridge between human beings and nature (ecology).

What is of interest here is that this consideration of human survival implies the question of how we humans should behave towards animals. It has been argued for decades that (non-human) animals have rights just as we do. The question one can ask oneself is: Have the arguments in this regard changed at all? What are the most recent arguments in this regard? To answer this question, a documentary sample was conducted by convenience in Google academic from 2017 to date where «global ethics» and «animals» were related. From the result, articles were selected that expose arguments for and against the alleged animal rights. Here we outline the arguments found and comment on two of them that add or attempt to add something new to the debate.

2. An antecedent: Paul Max Fritz Jahr (5, 6, 7)

The central idea of this theologian, apart from conceiving and using the term «bioethics», is to include animals in the chain of

living beings similar to humans. Jahr, in short, opposes Descartes and his mechanicism with respect to animals. Jahr thus comments that Eastern culture recognizes a spiritual nature to animals that requires respect and care (6). Jahr nevertheless points out the differences with the West by commenting on the utilitarian character of the use of plants and animals and their limited protection in terms of our benefit. Nevertheless he argues for a reformulation of Kant's categorical imperative in which animals and plants are somehow included. Jahr points out at the end of his essay:

But we are making progress and the protection of animals is gaining ground, having an ever wider space at its disposal. In the same way, a decent man no longer tolerates flowers being destroyed or a naughty child plucking them from a garden and then carelessly throwing them away.

Our self-education has made many advances, but we must continue to develop it so that we adopt the following principle as a guideline of bioethical demands for our conduct: *Consider every living being as an end in itself and treat it as such if possible!* (6).

Of course, the final indication points out a certain limitation: «as far as possible» which leaves open the question of how much the utilitarian criterion should persist in the care of animals. It is clear that in a collision of priority interests, what should we choose? Jahr in another paper (7). «Three Studies on the Fifth Commandment» points out that «thou shalt not kill» does not allude only to human life, but to all living things. If physiologically and psychologically animals are similar to us, then shouldn't we respect them equally? Of course, as Jahr points out, animal rights may not be the same, but in proportion to the being to which they apply. In this sense animals should not be tortured for no reason. Here, of course, in one sense, there is not much difference from the traditional defense that in man there is a qualitative leap over other living things, but it does not imply unrestricted dominion over them. Man must treat animals and plants with a character of guardianship although without ceasing to be a lordship or dominion

over them. In this sense there is no apparent conflict. Thus, for example, the Catholic Church, in the words of Pope Francis, can affirm: *In this line, it must be recognized that our own body places us in a direct relationship with the environment and with other living beings. The acceptance of one's own body as a gift from God is necessary to welcome and accept the whole world as a gift from the Father and a common home, while a logic of dominion over one's own body is transformed into a sometimes subtle logic of dominion over creation* (10). One way to interpret the above passage is to understand that human dominion is not despotic: By recognizing that there is a nature in us that must be respected helps to understand that non-human nature also points out limits to our freedom. Another sense of Jahr's theology would bring closer to positions that argue that nonhuman animals deserve equal consideration of care even when there are radical differences in capacities (4).

Jahr's thought contrasts with the position of Thomas Aquinas who poses a similar question. Thus Thomas writes that *Murder is sin because it deprives man of life. But life is common to animals and plants. Therefore, by the same token, it seems to be sinful to kill brute animals and plants* (11). But Thomas' answer to the objection shows the distance between classical thought and Jahr's: animals are not rational and there is a certain order between animals and plants that allows us to use them to our advantage. It should be noted that Thomas does not deny that animals have something in common with humans: the sentient character, but man's own radicality, of being personal, allows the use of animals and plants, just as animals «use» plants. In short, non-human animals and plants are not ends in themselves as human beings are.

The defenders of the rights of nonhuman animals would insist that it is not enough to treat them with care, but to recognize their intrinsic rights and not derived from human behavior and nature. In other words, to recognize animal rights as we recognize human rights. Jahr's bioethics:

...starts from a biologicist conception that postulates a fundamental continuity between plants, animals and man. This continuity does not deny a certain differentiation, also admitted by Darwin on account of the moral sense or conscience in man. But such differentiation is ultimately reduced to that of movement with respect to its own term. The human being would be different only because he is the highest point of an evolutionary process that includes all living beings (5).

Thus it is presented that the difference between humans and animals is only one of degree. This conception is the central presupposition that appears in recent arguments about animals and that in essence does not make a special difference with traditional «animal rights» arguments (4, 12).

3. Animal rights: A common argument

When reviewing the literature in Spanish, we find references to the arguments of Anglo-Saxon authors in favor and against the supposed duties (rights) of animals (13, 4). There are basically two ideas that are repeated in the arguments: speciesism is the same as racism, sexism or ageism, i.e., they are undue discriminations. The other argument is that of species overlap: it is possible to show that in reality, in terms of capabilities, humans and animals are sometimes on the same level. In fact, both arguments have a common element: there is no qualitative leap between humans and animals.¹ Both arguments can be summarized as follows:

1. Any discrimination based on characteristics irrelevant to the distinction between a personal and a non-personal entity is a morally improper act.
2. Holding superiority because of belonging to another species is discrimination based on irrelevant characteristics...
3. Therefore, holding superiority for belonging to another species is a morally improper act.

Premise 1 seems reasonable and in fact as Singer points out was eventually recognized to be wrong in situations such as skin color (racism) or sexuality (sexism). But it is clear that the key to the argument is the notion of personhood which is an assumption of premise 2. Singer will insist that the notion of personhood is an empirical characteristic attributable in the course of life and is not present only in the human species. In that sense it is when, for example, the attributes of «self-consciousness» and «vision of the future» «appear» that persons can be said to exist. Singer sees personhood not from an ontological point of view, but merely phenomenal: the ability is available only when it becomes manifest in a way similar to riding a bicycle. We can only have that ability when it is given, when it becomes manifest. Consequently, only when a person expresses in an articulate language that his life is worthwhile and can visualize or express desires in the future time is he a person in «that moment». To be a person is therefore a manifestation of abilities that we attribute to the word «person», that is to say, a nominalist, actualist and functionalist position of the person. Therefore embryos and perhaps very young children are not persons.

It has been objected that this view of capacities is erroneous. Human capacities are radical, or in other words there is a radical capacity, which has classically been pointed out as intelligence and will, which are given from the beginning of existence. Intelligence and will are capacities to learn skills. Without that radical capacity one could not have human intelligence with its capacity to know universally and immaterially. In animals thus «intelligence» is not said in the same sense (11), since it could be explained rather as instinct, however similar their acts may seem to humans.

In other words, human beings have a radical capacity to acquire abilities: «*capable of*» must be understood as the possession of a nature whose full manifestation allows us to make such a valuation (to value one's own existence), independently of whether or not the individual is in a position to exercise this capacity (14). To value existence is not only a question of

having more or less conscious states of pleasure or pain, but the capacity to visualize, for example, possible future states and a capacity of abstraction and of knowing the universal that imply a radically different nature.

In section V, I comment a little more on this human peculiarity that Singer and others consider non-existent.

4. A new argument?

France Jacquet in «A debunking argument against speciesism» (15), published in 2021 proposes a new way of refuting speciesists: *...I propose a novel perspective on this subject by developing a debunking argument against speciesism* (15).

Prof. Jacquet starts from the idea that our moral reasoning is shaped and reconfigured by comparing our moral intuitions with each other and with our own experience. In other words, for example, we have an intuited principle «as long as no physical harm is done to someone an action is (morally) lawful» and then when we compare our intuition with reality we discover incest as a practice «that does not do physical harm» and if we intuitively consider incest to be wrong, it collides with the original intuition since a clear contradiction is produced: we have a particular affirmative case that is considered true (Some practice that does not do physical harm is bad) that conflicts with the universal negative principle (Every practice that does not do physical harm is not bad). This contradiction leads us to reformulate our moral intuitions.

In the case of animals the author believes that it is the same case and gives as an example the already cited argument of Singer. One has a fundamental moral intuition: racism, sexism and other differences are irrelevant to how people should be treated. On the other hand, with (non-human) animals we make a distinction in treatment only on the basis of their belonging to the species:

A number of humans are psychologically on a par with some non human animals or even inferior to them in those capacities, compare, for example, severely mentally handicapped people with adult apes, for example. Consequently these psychological differences do not separate all humans from all non-humans... the species difference is merely biological (15).

Again the argument assumes that radical human capacities do not exist as such, but only appear and disappear abilities that in themselves are no different from animals or as we said before, the emergent human is considered only a matter of degree. Biological evolution disproves the idea of a «fixed» human essence, which objectors believe nullifies ethical naturalism of the Aristotelian type (16). Evolution debunks the theory of a fixed human nature.

The previously exposed example of incest, which seems morally repugnant, illustrates the non-moral origin of certain «moral» beliefs: incest being in fact a mechanism product of evolution, that is, the evolutionary process generated in people a certain rejection of parents to avoid the generation of defective human beings and thus allowed the dissemination of human genes, then, the origin of the moral belief is a non-moral element but a factual fact of evolution.

A discrediting argument because it is an argument whose purpose is to «dismantle» a moral belief based not on other moral beliefs, but on causal history that shows its unjustification by showing that it is not really an ethical principle. The moral belief is produced by an off-track process with respect to morality. Thus the example of incest, according to this author, by showing the «non-moral» origin of the belief, product of an evolutionary mechanism, discredits it. It is an idea that seems strange to me. The author does not point it out, but it seems to be one that assumes that the naturalistic fallacy occurs: morality is deduced from a purely factual element that has nothing to do with duty. It is rejected that human tendencies are indicators of a certain normative order (17).

The author thus finds irreconcilable a metaphysical vision of finality and evolution. As the former is «evident», it is discredited by the latter and it is taken for granted that there are no final causes (18).

Now, starting from the idea of cognitive dissonance or, in other words, the incongruence between our actions and our beliefs, something must be done to eliminate or neutralize the dissonance. Thus, for example, smoking and knowing that cigarettes are harmful is an example of dissonance: I do not want to harm myself, but I smoke and the only way to solve the incongruence is either to stop smoking, that is, to change the action, or to modify my belief, for example, to consider that the benefit of smoking tobacco is greater than the harm it causes me.

What paradox do we find with respect to animals? Some people who eat meat think that eating the meat of animals does harm to the animals (it is understood unnecessary harm such as being without freedom in production farms). Also it is not necessary to eat meat to survive and harming animals is therefore morally wrong and nevertheless people continue the habit of eating meat thus generating cognitive dissonance.

The meat paradox, according to Prof. France Jacquet leads to theoretical inconsistencies or adjustments to avoid cognitive dissonance either:

a) Saying that animals do not feel, so no harm is done to them. It may not be necessary to eat meat, but no harm is done to them (15).

b) Pointing out that it is necessary to eat animal meat (15).

These inconsistencies increase in situations where the opportunity to eat animal meat is presented; i.e., people tend to be more speciesist when confronted with the situation of being carnivores. Speciesists hold their beliefs not by a process of acceptance of the truth, but by an adjustment to their prejudices. In other words, when the interests of the subjects are involved, they tend to be speciesists. Thus, opponents of dog or cock fights oppose them when they do not participate in them. When they do participate

they tend to adjust their cognitive dissonance, but not by a rational process but by an offtrack process. The author points out that:

1) Speciesist belief is explained by the attempt to reduce cognitive dissonance.

2) The attempt to reduce cognitive dissonance is an offtrack process. Consequently, the speciesist belief is unjustified.

The first premise is shown by several empirical data pointed out in the article that show how the speciesist attitude increases in feeding situations (15). In the case of the second premise: *The reduction of cognitive dissonance is not a process that tracks the truth of how we should treat animals... it is due to a distorting influence, a factor unrelated to its truth* (15).

Dissonance is not the rational product of a search for truth, but the result of a process that we could say is «apocryphal». The consumption of meat is produced in spite of the belief that it is illicit to unnecessarily harm animals, so the belief is maintained for psychological reasons such as avoiding the conflict of interests. It is in a few words, inconsistent in being emotional (voluntarist). If it is not rational and the other option is the non-speciesist one, it seems reasonable to select the second option that does have rational justification. Why is the vegetarian right? Well, because there is no difference between animals and humans except in degree, as pointed out in the common argument. That is to say, despite its apparent strength, the argument is based on or takes for granted the traditional argument already pointed out in section II.

5. Another recent argument: the new Latin American constitutionalism (18, 19)

The Constitutions of Ecuador and Bolivia have proposed to introduce concepts of «deep ecology» (18, 20) that have implications for animals. The argument could be schematized as follows:

1) If Nature is recognized as mother earth (as indeed the native cultures of Ecuador and Bolivia do) then all organisms are interdependent.

2) If they are interdependent then there is no hierarchy among living things.

3) Therefore, if Nature is recognized as mother Earth then there is no hierarchy among living things.

4) Animals (including man) are part of Nature recognized as mother Earth.

5) Animals (including man) have no hierarchy among themselves.

The second premise is undoubtedly the most problematic. The fact of interdependence is undoubtedly real, but does that imply that humans are not on the upper scale? Sometimes ecology, in its eagerness to protect nature, rather than elevating it, reduces man.

The defended question is that ecologically man cannot or should not dominate other beings (20, 21). Non-human nature thus possesses a value independent of human appreciation itself. Man dwells in his common home, nature, but this dwelling must be adjusted to recognize the intrinsic value of nature. The original cultures had, according to this position, this clear concept:

And this is how in certain regions mainly indigenous from their worldview have come to subjectively recognize nature as a subject that deserves care and protection, this in order to get to build a relationship of reciprocal stability human-nature to which we can call a relationship with a Biocentric touch... Being a way to resume a holistic and historical awareness of the natural value of non-human life that breaks with the conventional anthropocentrism of Eurocentric modernity (21).

The defense of premise 2 implies that the complexity of the natural world precludes putting man at the top: the interrelationships of survival mean that if one being is «above» the others, it produces dissonant effects on the whole of Nature. These dissonant effects would thus be proof that something is wrong in the argument in favor of the primacy of the human.

From premise 4 it follows that there must be a genuine respect for animals. Of course, this has ontological presuppositions (20). These ontological presuppositions are: *The capacity to suffer and to feel pleasure is vital, as well as a prerequisite for a being to become an object of interest, and, therefore, equality of consideration must exist independent of species* (19).

Prerequisite is equivalent to ontological presupposition in this context. Already accepted, it can be applied to concrete cases. Again the idea of the superposition of species arises: non-human animals only have a difference of degree and the capacity to feel and suffer is the ethical criterion, instead of the rationality and self-control proper to the human. Of course, one can go further and insist that the non-sentient and abiotic elements also possess rights: the Rights of Mother Earth or of Nature (Pachamama) (19).

It is a separate issue to analyze the care of non-human nature as part of human responsibility. Thus, the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights states:

Due account must be taken of the interconnection between human beings and other forms of life, the importance of appropriate access to and use of biological and genetic resources, respect for traditional knowledge and the role of human beings in the protection of the environment, the biosphere and biodiversity (21).

The basic ontological question is thus the concept of «ontological leveling» between man and nature as proposed by the theories of utopian ecology. There would be no ontological difference between plants, animals and man. Thus seen, it would justify stopping the exploitation of natural resources by man insofar as it would affect the «dignity» of other living beings. However, the truth of the ecological movement is that man's relationship with other living beings cannot be seen as a despotic domination of the latter, but there must be a certain harmonization of the aims of nature and man (22). Man can and must administer nature so as not to

generate its unjustified destruction. However, there is a problem when one tries to eliminate the difference between humans and other species: *If all species are equal, there is no basis on which they should be respected by one another, because in the face of such equality they should all be subject to the becoming whose strength allows some to triumph over the others* (22).

Thus the man who is more capable of intervening could, in this logic, do so without worrying or arguing that other living beings are affected in their dignity. Curiously, human dignity is given by the capacity for self-mastery and rationality that allows this: to deal rationally with the natural world without abusing it, but this supposes recognizing human dignity itself. The question that arises, in another sense, is whether «animal rights» arise from the capacity of animals to have responsibilities or only from the fact of coexisting among them (22). The idea of a non-despotic government recognizes at the same time that the human being is with nature and at the same time is more than «mere» nature: man is not finite in the species. Man is the only one who makes personal history and is shaped by free and rational action. It is not a matter of super naturalizing, so to speak, man, but of co-responsibilizing: only rational beings with a will are, strictly speaking, responsible for something, that is to say, moral subjects.

6. Some concluding remarks on the uniqueness of the human

The presupposition of the theoretical inconsistency about the only gradual nature of human beings and animals is exactly the topic that emerges in all the arguments presented. Not to produce unnecessary suffering to nonhuman animals is out of an indirect duty to them insofar as it dehumanizes people (22).

It may be insisted that it remains an *ad hoc* argument just to maintain the prejudice: the argument of difference in treatment

because of species membership is just that, only a counterintuitive prejudice.

Nevertheless, to my mind, the «species overlap» is the touchstone of animal rights arguments: if we judge empirical features of rational capacities as just upgrades without a radical background capacity then there is no difference but one of degree. Thus, that man makes, for example, tools would not make a difference between non-human animals since it could be explained as a difference of degree: it is just more complex. However, opponents have pointed out with respect to the example of tools that animals use tools without doubt, but they do not possess an abstractive capacity to conceive of tools as tools or to use tools to create others. That implies a capacity to possess universal concepts, of abstraction (23, 24, 25). If we understand man's capacity to know and make tools as such and in the very conception of «tool» the difference does not seem to be one of degree.

Another argument against ontological equalization is that the person is incommunicable, that is, unique. If incommunicability is understood only as more or less sharable spatial location it is quite clear that a cat, for example, is a cat and not another and in that sense is a unique cat (23). But, personal incommunicability means ontologically irreplaceable, that is, being fully autonomous insofar as it can propose ends. It implies a radical capacity, as mentioned above, where intelligence and will emerge as immaterial capacities and not only as a manifestation of problem-solving (22). The characteristic rational nature of persons is their capacity for self-direction outside of instinct, as it were: *Unlike common and proper names, the term «person» directly names the act of being that is what makes the person subsist. That formal constitutive makes the person exist by itself and in itself and makes the person a subsistent reality of a rational nature* (23).

It can be insisted that there is confusion between the way of knowing and the way of being: discovering voluntariness, the capacity to laugh, the capacity to think of oneself as a self, are what allow us to know that we are before a person, but they are not its

constitution since it derives from a radical capacity: because we are persons we can do that and not the other way around (24).

There has also been discussion about human and animal language, with some insisting that animal language is only a difference of degree with human language and the opponents that it is a level of complexity that cannot be explained in this way (24, 25).

In any case, the bottom line of the discussion ends up being the ontology that arises in all arguments even in non-utilitarian arguments such as Nussbaum's (26). How José Justo Megías sums it up:

Those who insist on placing the animal and the human being on the same plane of being on the grounds that they possess some of these capacities, overlook the fact that the former have them in a partial way and that none of them reaches the degree in which they are present in the human being. The key lies in their way of being, in the complex rationality and freedom... qualities that manifest themselves in concrete capacities that allow him to take charge of his life in the environment in which he lives together with others, something beyond the reach of any other known animal. When and how these qualities and capacities that differentiate us from animals appeared and developed are questions that are difficult to answer... But what is certain is that only we have them, or only we have them to such a qualified degree as to make us distinct from animals in the way we are (25).

In short again it is the ontological level that is made manifest in various qualities such as self-consciousness, ethical capacity, mastery of language, culture, and a sense of death and transcendence. A summary of all these characteristics with some recent discussions can be found in the cited text by José Justo Megías (25), in the text by Renée Mirkes (24) and from the perspective of the Magisterium of the Catholic Church in Rodrigo Frías (27).

7. Conclusions

The relatively recent arguments about alleged animal rights have not been substantially modified from the traditional arguments

against speciesism. They start from assumptions that the distinction between human and nonhuman is merely a matter of aggregation and material complexity. It is considered that there is no radical difference between intelligence and will, these being a matter of degree. Prof. Jacquet's argument attempts to be an adjustment of the classical argument from the superposition of species. The moral argument that is not correctly grounded is deviant reasoning that is weaker than the opposite, so the egalitarian principle must be accepted. Nevertheless, I have tried to show that at bottom the metaphysical presuppositions are the same as always: if man possesses spiritual faculties and is a subject of himself he will be radically different from non-human animals.

Recent arguments concerning animal rights continue to assume the superposition of species and the principle that the difference between humans and animals is only a matter of degree. Likewise the defense of speciesist difference and justification remains the same: there is indeed a radical difference between humans and animals. The emergence of the human is a qualitative leap that can justify the use of nonhuman animals for human needs, though not in a despotic sense. The argument of mother earth does not prove that nonhuman animals and man are equal, but it does show that man's uncontrolled dominion over nature harms, in the first place man himself, and secondly animals. However, another issue to be discussed is the limits and criteria with which man should treat the rest of living beings.

Bibliographic references

1. Holm S, Williams-Jones, B. Global bioethics, myth or reality? *BMC Med Ethics*. 2006; 7: 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-7-10>
2. Borry P, Schotsmans P & Dierickx K. How international is bioethics? A quantitative retrospective study. *BMC Med Ethics*. 2006; 7: 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-7-1>

3. Nohama Norton, Da Silva Jefferson Soares, Simão-Silva Daiane Priscila. Desafios y conflictos bioéticos del COVID-19: contexto de salud global. *Rev. Bioét.* (Accessed on May 10, 2021). 2020; 28(4): 585-594. Available at: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Q7QYzT6FQkvTgDcZybfGBKc/?lang=pt>
<https://doi.org/10.1590/1983-80422020284421>
4. Vargas CE. *Bioética y derechos animales: análisis sobre la consideración moral hacia los animales no-humanos* (Maestría). Universidad del Azuay, Ecuador. 2020.
5. Pessini L. Bioética global en tiempos de incertidumbres, perplejidades y esperanzas. S.f. Available at: <https://www.camilliani.org/wp-content/uploads/2019/03/bioetica.pdf>
6. Vargas F. Hacia una fundamentación de la Bioética Ambiental desde la visión de Fritz Jahr, Aldo Leopold y Van Rensselaer Potter. *Rev. Col. Bioet.* (Accessed on May 12, 2021). December 5, 2020; 15(2). Available at: <https://masd.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/3009>
<https://doi.org/10.18270/rcb.v15i2.3009>
7. Jahr F. Die Wissenschaft vom Leben und Sittenlehre. Die Mittelschule. 1926; 40: 604-605. La ciencia de la vida y la enseñanza de la moral. Viejos descubrimientos bajo una nueva luz. *Aesthethika*. (Accessed on May 12, 2021). 2013; 8(2): 12-17. Available at: <http://www.aesthethika.org/La-ciencia-de-la-vida-y-la>
8. El imperativo bioético de Fritz Jahr. Una ética del respeto hacia los animales y las plantas por su cercanía con los seres humanos. *Vida y Ética*. 2020; 21: 1. Available at: <https://revistas.uca.edu.ar/index.php/VyE/article/view/3419>
9. Roa-Castellanos R, Bauer C. Traducción de los textos sobre el imperativo bioético. *Revista Latinoamericana de Bioética*. (Accessed on May 12, 2021). July-December 2009; 9(2): 92-105. Available at: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rbi/article/view/1063/801>
10. Papa Francisco. *Laudato Si*. Available at: https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html
11. Aquino T. *Suma de Teología*. Available at: <https://hcg.com.ar/sumat/c/c64.html#a1>
12. Vargas C. *Bioética y derechos animales: Análisis sobre la consideración moral hacia los Animales no humanos* (Tesis). Universidad de Azuay, Ecuador; 2020. Available at: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/10314>
13. Regan T. A case for animal rights. In M.W. Fox & L.D. Mickley (Eds.). *Advances in animal welfare science*. Washington, DC: *The Humane Society of the United States*. 1986/87; 179-189. https://doi.org/10.1007/978-94-009-3331-6_15
14. Finnis J. *Un frágil argumento en favor de la eutanasia. Réplica a John Harris*. At *La Eutanasia Examinada*. México: FCE. 2004.
15. Jaquet F. A debunking argument against speciesism. *Synthese*. 2021; 198. <https://doi.org/10.1007/s11229-019-02080-5>
16. Lutz, Matthew and James Lenman. «Moral Naturalism». *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2021 Edition), Edward N. Zalta (ed.). Available at: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2021/entries/naturalism-moral/>

17. Ocampo M. Reflexiones metafísicas sobre la ley moral en Santo Tomás de Aquino. *Rev. Chil. Estud. Mediev.* 2019; 15: 29-41. <https://doi.org/10.4067/S0719-689X2019000100029>
18. Maluf F, Calaça I, Freitas P, Augusto S. La naturaleza como sujeto de derechos: análisis bioético de las Constituciones de Ecuador y Bolivia. *Rev. Latinoam. Bioet.* (Accessed on May 28, 2021). November 21, 2017; 18(34-1): 155-171. Available at: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/3030> <https://doi.org/10.18359/rlbi.3030>
- 19 Argüello L. Los derechos de los animales y el nuevo paradigma del constitucionalismo latinoamericano. *Revista Direitos Humanos & Sociedade.* 2019; 2: 1.
20. Valera L, Vidal G, Leal Y. Más allá de la aplicación. El caso de la ética ambiental. *Tópicos México.* (Accessed on May 28, 2021). May 30, 2021; 0(60): 437-460. Available at: <https://revistas.up.edu.mx/topicos/article/view/1122> <https://doi.org/10.21555/top.v0i60.1122>
21. UNESCO. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2005. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
22. Velázquez H. *¿Qué es naturaleza?* México: Porrúa. 2007.
23. Conderana JM. Tomás de Aquino y Peter Singer: Acerca de la extensión del término «persona». *Salmanticensis.* 2019; 66: 241-262. <https://doi.org/10.36576/summa.106940>
24. Mirkes R. *The wrongs of animal rights.* The National Catholic Bioethics Quarterly. 2003; 3(2): 287-307. <https://doi.org/10.5840/ncbq20033255>
25. Megías J. Ser humano y animales: estatuto ontológico y jurídico diferentes. *Cuadernos de Bioética.* 2020; 31(101): 59-70. <https://doi.org/10.30444/CB.52>
26. Chávez J. ¿Deben tomarse en serio los llamados derechos de los animales? Un análisis a partir del enfoque de Martha Nussbaum. *Prudentia Iuris.* 2017; 83.
27. Frías R. La cuestión animal: El Magisterio de la Iglesia católica en el contexto del debate actual. *Veritas.* (Accessed on May 22, 2021). 2014; 30: 105-126. Available at: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-9273201400100006&lng=es&nrm=iso <https://doi.org/10.4067/S0718-92732014000100006>

This work is under international license Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Implicaciones bioéticas en el «efecto de contagio» del suicidio

Bioethical implications in the «contagion effect» of suicide

*Érika Benítez Camacho**

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.04>

Resumen

El suicidio es una problemática grave de salud pública en México y en el mundo, el cual, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cobra la vida de alrededor de 800 mil personas al año. Pese a que la muerte autoprovocada tiene origen multifactorial, es de suma relevancia el reconocimiento de los diversos factores de riesgo y la corresponsabilidad social que se tiene en los mismos. En particular, el «efecto de contagio» del suicidio es un fenómeno que aún falta por explorar, no sólo desde las perspectivas de las ciencias de la salud o de la comunicación, sino también desde la bioética. Es por ello que en este artículo no sólo se describe el «efecto de contagio» del suicidio, sino que se analizan las implicaciones bioéticas de la influencia que tiene en la muerte autoprovocada la exposición a noticias divulgadas por los medios de comunicación que no siguen los lineamientos éticos de la Organización Mundial de la Salud.

Palabras clave: suicidio, «efecto de contagio» del suicidio, salud mental, medios de comunicación, vulnerabilidad social.

* Universidad Anáhuac México, Facultad de Psicología. México. Correo electrónico: ebenitez@anahuac.mx <https://orcid.org/0000-0002-8522-7145>
Recepción: 15 de agosto de 2021. Aceptación: 12 de septiembre de 2021.

1. Introducción

La conducta suicida, y en particular la muerte autoprovocada, se ha incrementado en diversos países del mundo. México no ha sido la excepción. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1, 2), cada año alrededor de 800 mil personas se suicidan, lo que equivale a la muerte autoinfligida de una persona cada 40 segundos (3); sin embargo, existe preocupación sobre un aumento en las cifras asociadas a los retos y adversidades que se han tenido que enfrentar en los últimos tiempos en las áreas sanitarias, económicas y sociales.

La muerte autoprovocada es multifactorial. Su etiología se vincula con trastornos mentales, trastornos de la personalidad, crisis agudas de vida, infelicidad profunda, pérdida del sentido de la vida y ausencia de un proyecto vital. Sin embargo, es importante considerar también la influencia de elementos que se suman a condiciones críticas y que constituyen factores de riesgo, tales como la exposición a contenidos de medios masivos de comunicación que promueven la violencia y que, en particular en relación con la conducta suicida, no siguen las pautas éticas de la Organización Mundial de la Salud. En este artículo se escribirá sobre lo que se ha denominado el «efecto de contagio» del suicidio y, por ende, la vinculación entre la conducta suicida y los medios masivos de comunicación, así como las implicaciones bioéticas que entrelazan ambos temas.

2. Medios de comunicación y exposición a la violencia

Los medios de comunicación masivos influyen significativamente en el desarrollo de la cultura (4). Cuando los contenidos mediáticos son violentos, el impacto mental en las personas, sobre todo en niños y adolescentes, es relevante (5), pudiendo incluso generar aislamiento social, conductas destructivas, ciberludopatía, adicción a los medios, problemas de salud mental, trastornos de conducta

de tipo antisocial y desensibilización a la violencia, entre otros (6-12). Ante esta exposición mediática, los jóvenes son los que parecen más afectados; sin embargo, también hay evidencia del impacto adverso que tienen las noticias violentas en todo tipo de personas, indistintamente de la edad, del género y de la cultura, pues el contenido mediático muy cercano influye en la percepción que tengan de la violencia (13, 14).

Por tanto, es fundamental que los padres monitoreen los contenidos de los medios de comunicación que ven o escuchan sus hijos niños o adolescentes, pues así se podrá lograr un factor protector sobre su desarrollo físico, emocional, académico y social (15). Asimismo, es relevante el desarrollo de estrategias mediáticas en contra de la violencia, de manera que influyan en la disminución de la misma (16, 17).

3. Medios de comunicación y «efecto de contagio» en el suicidio

Sobre el tema del suicidio, se ha estudiado el «efecto de contagio» que pueden producir los medios de comunicación, los cuales tienen un rol trascendental en la vida actual de la población, en particular de los adolescentes, quienes consideran que la tecnología y el uso de las redes sociales son parte fundamental de su vida (18).

La primera alusión al fenómeno de contagio del suicidio se hace con el llamado «efecto Werther», denominado así porque tras la publicación del libro *Las penas del joven Werther*, de Johann Wolfgang von Goethe (publicado en 1774 y en donde el protagonista se suicida), se observó un incremento en los suicidios de los jóvenes en circunstancias y vestimenta similar a las del protagonista de la novela. Posteriormente, el sociólogo David P. Phillips investigaría este fenómeno al observar el aumento de suicidios después de que se publicara una nota sobre el suicidio en periódicos de Estados Unidos, particularmente en el New York Times. Sus investigacio-

nes concluyeron que la cobertura por parte de los medios de comunicación sobre el suicidio incrementaba la tasa de suicidios en la población en la que se llevaba a cabo dicha cobertura (19, 20). Otros autores (21) corroboraron esto al identificar que el suicidio en adolescentes en Estados Unidos desde 1988 a 1996 se presentaba en grupos, y no sólo de manera aislada, cuando los periódicos reportaban los suicidios en la primera página, describían el método del suicidio y colocaban encabezados con la palabra «suicidio». Por el contrario, por ejemplo, en Viena se evidenció que cuando la información que se daba por parte de los medios de comunicación sobre notas de suicidio ocurridos en el Metro era más breve y menos dramática, los suicidios e intentos de suicidio posteriores disminuían considerablemente (22).

Japón es uno de los países que más ha estudiado si la cobertura por parte de los medios de comunicación sobre el suicidio influye en la repetición de la conducta suicida.¹ Han concluido que las imágenes sobre el suicidio influyen de manera importante para que personas vulnerables psicológicamente intenten suicidarse, utilizando incluso métodos que no son usuales para la cultura (23). En el mismo país, las investigaciones realizadas sobre el impacto de la difusión del suicidio por medio de periódicos señalan que si la noticia sobre el suicidio o intento de suicidio se coloca en primera página, tiene un impacto cuatro veces mayor en las personas que si se coloca en otra parte del periódico. Dicho impacto se incrementa si lo hace también el tiempo de exposición a la noticia, que en Japón es de uno a tres días (es decir, la noticia sobre un suicidio consumado o intento de suicidio se expone en promedio de uno a tres días en los periódicos). Si los medios de comunicación no siguen las recomendaciones que se han hecho en ese país y de manera internacional sobre la difusión del suicidio, el efecto de contagio o *copy-cat* se incrementa de manera significativa (24).

En China, el efecto de contagio se ha estudiado mediante el análisis de la propagación del método del suicidio, el cual puede trascender las fronteras, tal como ocurrió entre los años de 1998 a

2005 con el salto de altura (como medio para suicidarse), que se extendió a Taiwán, Japón, Corea y Singapur. Sin embargo, estas investigaciones no sólo se centran en la huella que deja en la población la difusión del método de suicidio por parte de los medios de comunicación, sino también de las motivaciones del mismo, tales como el divorcio o las crisis financieras, las cuales son un factor de riesgo para la conducta suicida en China y en el mundo. La incidencia del efecto de contagio es mayor en zonas urbanas que en zonas rurales (25).

En la cultura occidental también se han encontrado evidencias del efecto de contagio del suicidio y su relación con los medios de comunicación. Un ejemplo de esto fue el libro *Final Exit*, que ofrecía una guía para el suicidio de los enfermos terminales; el método que sugería era la asfixia. Durante el año de publicación de este libro (1991), los suicidios por este método se incrementaron un 313% en la ciudad de Nueva York, encontrándose en el 27% de los suicidios –en el lugar del fallecimiento– un ejemplar de este libro (26).

Otro ejemplo es la serie de televisión estadounidense *13 razones por qué*, en donde se muestra el suicidio de una joven y las motivaciones aparentes que la llevaron a cometer ese acto. Una investigación realizada en Estados Unidos señaló que desde el estreno de la serie el 31 de marzo de 2017 hasta el 18 de abril del mismo año, se observó un incremento de búsquedas en internet relacionadas con el suicidio. En 12 de los 19 días que se estudiaron, las consultas sobre el suicidio fueron significativamente más altas, oscilando entre un 15% (al 15 de abril de 2017) y un 44% (al 18 de abril de 2017). El incremento en las búsquedas específicas sobre «cómo cometer suicidio» fue del 26%; «cometer suicidio» un 18%, y «cómo matarte a ti mismo», un 9%. Las consultas en internet sobre la prevención del suicidio y las líneas telefónicas para recibir ayuda también aumentaron («suicidio adolescente» incrementó un 34%; «prevención del suicidio», 23%; «números de las líneas directas del suicidio» o «*suicide hotline number*», 21%, y «líneas directas del suicidio» o «*suicide hotline*», 12%) (27). Un estudio identificó que la tasa de suicidios en

jóvenes varones de entre 10 y 17 años en Estados Unidos creció un 28.9% el mes siguiente al estreno de la primera temporada de esta serie de televisión y se mantuvo elevada los dos meses subsecuentes (28).²

El «efecto de contagio» se evidencia en una investigación canadiense del año 2018, que establece la asociación entre los factores dañinos y protectores de los reportajes en los medios de comunicación sobre el suicidio. Se ha identificado que algunos de los elementos que aumentan el suicidio en la semana siguiente a la publicación de una nota de suicidio o intento de suicidio son: afirmación de que el suicidio era inevitable (1.97 veces); colocar el método suicida en el encabezado (1.41 veces); si el método de suicidio es ahorcamiento o asfixia (1.72 veces); si el método es salto de un edificio (1.7 veces); hablar de un pacto suicida (1.63 veces); si el método suicida es por arma de fuego (1.3 veces); si el suicidio es de una persona famosa (1.3 veces), y si el suicidio es de un adulto mayor (1.25 veces) (29).

Al contrario, los factores de protección para el suicidio son: políticas públicas para evitar el suicidio; señalamiento de las características de personalidad desfavorables de la persona fallecida; si el método de suicidio fue arrojarlo a las vías del tren o por medio de cortes o apuñalamiento, o si se trataba de una persona que primero fue homicida y luego suicida (29).

4. Factores que incrementan el «efecto de contagio» en el suicidio

El efecto de contagio del suicidio se basa en la asociación existente entre los siguientes elementos (30): a) una conducta por contagios masivos relacionados en el tiempo que superan las barreras geográficas y que tienen en común las noticias que se difunden sobre el suicidio de una celebridad (*mass clusters*); b) por contagios puntuales o relacionados en el espacio-tiempo (*point/space-time clusters*) –por

ejemplo, los ocurridos en prisiones, instituciones, hospitales o escuelas—, o los que ocurren por imitación de un suicidio (*echo cluster*), generalmente asociados a la cobertura mediática del mismo.

La influencia del suicidio expuesto en los medios de comunicación parece ser mayor cuando la noticia es sobre una persona famosa, pues la cobertura es repetitiva durante días y más específica sobre las circunstancias alrededor del suicidio, el aparente motivo y el método mismo (31-33). Pero también tiene un efecto mayor debido a que las personas crean relaciones parasociales con los famosos; es decir, que, aunque el público no conozca personalmente a la celebridad, establece una relación afectiva con la misma, se identifica con ella e incluso siente conocerla (34). El impacto aumenta si la persona famosa y el público son de la misma nacionalidad (incrementa el grado de identificación personal) y si existe un ambiente suicidogénico en la población (por ejemplo, condiciones de vida adversas) (35).

En algunos casos, los medios de comunicación exponen de manera sensacionalista y con un uso inapropiado del lenguaje la noticia sobre el suicidio de una celebridad; dan a entender que el suicidio era el camino lógico posible y no mencionan los probables trastornos mentales subyacentes al suicidio. La mayoría de las veces las noticias se acompañan de imágenes sobre la muerte o el cuerpo fallecido (36), lo cual, aunado a lo que ya se ha mencionado, incrementa hasta 14 veces la posibilidad del «efecto de contagio» sobre el suicidio (37). Éste se concentra en las siguientes dos semanas a la cobertura de la muerte de la persona famosa, pero puede continuar hasta cuatro semanas después. En cambio, si los medios de comunicación no difunden abiertamente la noticia sobre el suicidio, el «efecto de contagio» permanece sólo una semana (38).

Ejemplo de cómo la difusión del suicidio de una persona famosa puede incrementar la tasa de suicidios es Corea. Los investigadores (32) revisaron de manera sistemática la noticia sobre el suicidio de una famosa cantante coreana,³ la prevalencia de casos de intento

de suicidio o suicidio consumado y las motivaciones de dichos intentos de suicidio con entrevistas directas de las personas que lo cometieron, y llegaron a la conclusión de que la tasa de intentos de suicidio y suicidios consumados se incrementa en las cuatro semanas posteriores a la difusión de la noticia sobre el suicidio de un personaje famoso, y que dicha tasa está relacionada con el efecto de imitación de la conducta, la identificación del personaje famoso por medio de la edad, de la motivación asociada y del método empleado.⁴

Por otro lado, el uso de internet y de las redes sociales pueden ser medios para la prevención del suicidio, o bien para su favorecimiento. Adolescentes y adultos jóvenes pueden verse altamente influenciados por el contenido a favor del suicidio que se presenta en algunas redes sociales, el cual se encuentra fácilmente en las búsquedas realizadas en internet (39). Incluso existen sitios específicos que inducen al suicidio de manera explícita, y otros que no lo hacen abiertamente en el título, pero que tienen un contenido (verbal, en imágenes, videos, películas o bandas musicales) que orienta al suicidio (40).

En suma, se ha encontrado que los medios de comunicación influyen en la repetición de la conducta suicida, pues la cobertura que hacen de las noticias en periódicos, televisión e internet, se enfoca en mostrar los detalles del método suicida, pero no exponen con responsabilidad las causas de la muerte autoprovocada. Generalmente, atribuyen el acto suicida a una crisis cualquiera o a fracasos personales, pero no indican lo complejo que es la conducta suicida, los trastornos mentales que pueden existir de manera subyacente y la vulnerabilidad que pueden presentar algunas personas (41, 42).

Desde esta perspectiva, se recomienda ser cuidadoso con la forma en que se difunden las notas de suicidio (43-45). Es fundamental que los medios de comunicación se guíen por medio de lineamientos éticos que promuevan la información veraz y la salud mental, así como que minimicen el daño que su contenido puede generar,

tanto a los protagonistas de una nota, como al público en general (4, 46, 47). Los medios de comunicación deben transmitir información de acuerdo con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (48-50).

5. Efecto protector de los medios de comunicación en la conducta suicida

La cobertura responsable de los medios de comunicación sobre el suicidio puede tener un efecto preventivo en el desarrollo de la violencia y la conducta suicida (51). Este efecto, conocido como «efecto Papageno»,⁵ consiste en mostrar al público que existen maneras más efectivas y positivas de enfrentar las crisis emocionales sin la necesidad de recurrir a la conducta suicida (52). Puede tener consecuencias favorables cuando los familiares de la persona que se ha suicidado son entrevistados por los medios de comunicación de manera ética, con el propósito de evitar futuras conductas suicidas (53); cuando los medios de comunicación ayudan a disminuir el estigma y los estereotipos que se tienen sobre los trastornos mentales (54), y cuando difunden información sobre la recuperación que pueden lograr las personas que han intentado suicidarse y que han recibido atención médica y psicológica oportuna (55).

Como ya se ha mencionado, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia han emitido recomendaciones a los medios de comunicación sobre la forma de transmitir notas sobre la conducta suicida (19, 48, 56-59), y han proporcionado guías a los cineastas para que puedan manejar de manera ética este tema en películas y series de televisión.⁶ Algunas de las recomendaciones realizadas son:

a) La noticia sobre el suicidio consumado o intento de suicidio no debe aparecer ni en la primera página ni en la última, que sería la inicial para los que comienzan a leer el periódico al revés.

- b) No deben aparecer fotos del fallecido.
- c) No se debe describir detalladamente el método utilizado, pues sirve a otros de referencia si están indecisos respecto a cuál medio utilizar para acabar con su vida.
- d) No deben ofrecerse explicaciones simples ni únicas del suicidio, pues este fenómeno es una conducta compleja que responde a causas biológicas, psicológicas y sociales.
- e) No debe equipararse el suicidio con atributos valiosos del carácter ni valores morales dignos de imitar, como la valentía, la lealtad, el amor, la dignidad, el honor o el altruismo.
- f) No deben enfatizarse únicamente los aspectos positivos de la personalidad del difunto, sino también los posibles factores que facilitaron el suicidio, tales como padecer alguna enfermedad mental o el uso de sustancias.
- g) No debe aparecer la palabra suicidio como sinónimo de éxito, salida, opción o solución.
- h) No se debe dar a entender que el suicidio es una forma de resolver las dificultades de la vida.

Igualmente, se sugiere no mencionar el nombre ni las características de la persona que se suicidó y no hacer referencias a foros de internet sobre el suicidio, a pactos sobre el suicidio o de lugares en donde se localizan un mayor número de suicidios (detonan puntos de riesgo). Se debe evitar mencionar suicidios que están cerca en tiempo o espacio y, al contrario, se deben destacar factores de prevención, los cuales son escasamente colocados en las notas sobre la muerte autoprovocada (60).

Asimismo, se recomienda proporcionar información sobre los centros de atención en donde una persona con ideación suicida puede solicitar ayuda; destacar las alternativas favorables que existen frente a las crisis; difundir indicadores de riesgo y señales de advertencia para el suicidio, y enviar mensajes de solidaridad a los sobrevivientes del suicidio (61).

Estas recomendaciones aplican también a las plataformas de internet y redes sociales que usan los jóvenes, pues algunos las con-

sultan como forma de socialización o en busca de información, pero otros (en el caso de aquellos vulnerables emocionalmente o con un trastorno mental), se acercan a ellas para obtener apoyo (62).

Una muestra de la falta de seguimiento a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud fue el tratamiento que en el 2018 se les dio a los suicidios de dos personajes famosos: la diseñadora Kate Spade y el chef Anthony Bourdain. En ambos casos, las notas de sus suicidios fueron difundidas por medios de comunicación de todo el mundo y replicadas varias semanas después de los eventos.

En el caso de Kate Spade⁷ se mostraron imágenes y videos de la policía retirando el cadáver de la casa de la diseñadora; dieron a conocer la nota suicida que se encontró al lado de su cuerpo; exhibieron declaraciones de la hermana y del esposo de Spade, y detallaron cómo fue que la diseñadora se suicidó, qué método utilizó e incluso cómo y por quién fue encontrado su cuerpo. Algunos medios de comunicación mencionaron entrevistas en las que se indicaba que Kate sufría depresión y ansiedad desde hacía más de 5 años, para lo cual recibió tratamiento en un inicio. Aparentemente, el tratamiento fue abandonado posteriormente por un probable temor a que su marca se viera perjudicada (63, 64). Sólo algunos medios de comunicación incluían en sus notas una liga para obtener ayuda en caso de ideación suicida.

La difusión del suicidio de la diseñadora dio pie a múltiples reacciones por parte de los usuarios de redes sociales. Algunos comentaban sobre lo difícil que es padecer enfermedades mentales y lo complicado que es sobrevivir al suicidio de un familiar; otros criticaban la decisión de suicidarse y otros más, por el contrario, decían que el suicidio de Kate fue una buena decisión, pues de esa manera estaría salvando su empresa.

El suicidio del famoso chef Anthony Bourdain,⁸ ocurrido el 8 de junio del 2018 por ahorcamiento en el hotel Le Chambard de Kaysersberg, Francia, fue también una noticia reportada por los

medios de comunicación alrededor del mundo. En la radio, televisión, internet y redes sociales se informó durante más de un mes sobre la muerte de Bourdain y la información derivada de la misma. Algunos medios fueron explícitos, al indicar que el chef murió por ahorcamiento y detallar el método utilizado. Otras noticias hicieron alusión a la depresión crónica que padecía Bourdain y a las adicciones con las que había luchado en el pasado. Incluso enfatizaron declaraciones que el chef había hecho en el 2017, en las que expresaba el arrepentimiento que sentía respecto del daño que habían provocado estas adicciones a los demás. Sólo algunos medios de comunicación hicieron alusión a los probables eventos desencadenantes sobre el suicidio, tales como la depresión, la crisis personal y económica (66).

Como se ha mencionado antes, el que los medios de comunicación sigan las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y difundan de manera ética y responsable las noticias sobre el suicidio, ayuda a informar responsablemente a la población sobre las enfermedades mentales, con la consecuente disminución del estigma social de las mismas, así como a prevenir la conducta suicida y a disminuir los factores interpersonales de riesgo que afectan especialmente a los jóvenes (67, 68).

6. Implicaciones bioéticas en el «efecto de contagio» del suicidio

El «efecto de contagio» del suicidio debe ser analizado no sólo desde las áreas de salud mental y comunicación, sino también desde la perspectiva bioética, pues se debe partir de la premisa de que existen diversos factores de riesgo para el suicidio, entre ellos, la vulnerabilidad. Ésta es un principio propuesto en la Declaración de Barcelona de 1998. Es una dimensión antropológica que remite a la fragilidad y susceptibilidad de sufrir daños asociados a la propia

condición humana (69). Sin embargo, también existe la vulnerabilidad social, marcador de desventaja, que hace referencia a grupos poblacionales marginados que tienen acceso limitado a la satisfacción de sus necesidades básicas y a la atención en su salud.

Si bien es cierto que no es lo mismo ser vulnerable que haber sido vulnerado, se debe reconocer que las personas con conducta suicida generalmente han sido vulneradas y que además presentan vulnerabilidad social, entendiendo este concepto como la vulnerabilidad antropológica intensificada por factores socioambientales que colocan a una persona o grupo en estado de indefensión, y que puede ser consecuencia de vivir en condiciones resultantes de marcada desventaja social (70, 71). En el caso de las personas con padecimientos psiquiátricos o psicológicos, o bien, con crisis de vida, la dificultad para tener acceso a los servicios de salud es, sin duda, una desventaja que los coloca en vulnerabilidad social. La alteración emocional por sí misma, la confusión y la duda existencial, así como probablemente la falta de una red de apoyo social, interfiere con la manera en que se interpretan los mensajes que se reciben del exterior, tales como los manifestados en los medios de comunicación.

En este sentido, se debe considerar el apego a las guías éticas de la Organización Mundial de la Salud sobre notas de suicidio en los medios de comunicación. Una de las recomendaciones bioéticas sería proporcionar guías claras y capacitación a los medios de comunicación sobre la transmisión de noticias relacionadas con el suicidio. Otras, promover la orientación hacia la verdad y bien universales, favorecer –mediante la familia y la sociedad– la consolidación de una identidad sólida, e impulsar la conformación de vínculos afectivos entre las personas para que éstas puedan formar una comunidad y sentirse parte efectiva de ella.

El suicidio también opera contra el principio de sociabilidad-subsidiariedad, el cual compromete a los integrantes de una comunidad a colaborar en la obtención del bien de todos, sobre todo si

ese bien se refiere a la promoción de la vida y al mantenimiento o procuración de la salud (72). Por ende, cuando se pierde a alguien de la comunidad, ésta debe cuestionarse qué hizo para que esa persona se suicidara y qué debe hacer para prevenir el suicidio.

Esto involucraría el análisis del «efecto de contagio» del suicidio por imitación e impacto, al conocer la nota del suicidio de otra persona e identificarse en algunos aspectos con ésta. Asimismo, considerar el sufrimiento de los familiares de una persona suicida, que se traduce en duelos complicados, desarrollo de enfermedades físicas y mentales y propios intentos suicidas (73, 74), de manera que el impacto desfavorable del «efecto de contagio» del suicidio no sólo afecta a una la persona que ejecuta el acto, sino a su familia y a otros miembros de la sociedad.

En el análisis bioético debiera considerar también la subsidiariedad, que no sólo compromete el respeto al bien que alguien pueda procurarse a sí mismo o al que alguien más procure a otro, sino a que en forma solidaria se apoye a aquellos que no pueden ayudarse a sí mismos o que no están en posibilidades de buscar la ayuda que requieren (75). Éste sería el caso de una persona que se encuentra desesperanzada, con sentido de vida disminuido, vacío existencial y/o crisis emocionales, y de aquellos que padecen algún trastorno mental y/o de la personalidad. Por subsidiariedad, se debiera proporcionar ayuda a quienes no la pueden alcanzar por sí mismos, pero también a quienes tengan mayor necesidad.

Finalmente, es preciso enfatizar el respeto que debe prevalecer a la dignidad e integridad de las personas humanas, así como la búsqueda de la construcción de una sociedad más empática y solidaria, promotora del bien común.

7. Conclusiones

El suicidio es una problemática de salud pública que se ha incrementado de manera significativa en México y en el mundo. Dado

su origen multifactorial es relevante comprender los factores de riesgo y de protección asociados al mismo. Dentro de los factores de riesgo, cobra particular significancia el análisis del «efecto de contagio» del suicidio como un elemento de influencia desfavorable para las personas con vulnerabilidad social, como generalmente son aquellos que padecen algún trastorno mental, o que atraviesan por confusión, desesperanza o crisis de vida. El suicidio opera en contra de la sociabilidad y la subsidiariedad, rompe el tejido social y afecta a la comunidad; por tanto, es indispensable el apego a los lineamientos éticos de la Organización Mundial de la Salud respecto de la muerte autoprovocada, así como la promoción del respeto a la dignidad e integridad de la persona humana.

Notas bibliográficas

¹ En Japón, al efecto de contagio sobre el suicidio se le denomina «efecto Yukiko», en alusión a una estrella de rock japonesa que se suicidó y que generó gran cobertura mediática; posteriormente se reportaron numerosos suicidios de adolescentes (23).

² Debido a la controversia generada y a las recomendaciones de expertos de asociaciones como la American Foundation for Suicide Prevention, American Association of Suicidology y American School Counselor Association, el creador y los productores de la serie de televisión decidieron en verano del año 2019 editar la secuencia en la que la protagonista se quita la vida en la primera temporada, de manera que la escena de suicidio no se muestre explícitamente.

³ El caso analizado fue del suicidio de Ivy Li, una famosa cantante coreana de 24 años, que provocó su muerte mediante la intoxicación de monóxido de carbono dentro de su coche. La historia sobre su suicidio apareció en primera plana y en los encabezados de los periódicos en tono sensacionalista. La noticia se siguió difundiendo con intensidad tres días después y todavía se la mencionaba en los medios de comunicación dos semanas más tarde. La nota detallaba el método del suicidio, las declaraciones de los padres y el aparente motivo, que era un «amor frustrado». Durante las cuatro semanas posteriores a la cobertura periódica del suicidio de Ivy Ly se presentaron 108 intentos de suicidio y suicidios consumados en hospitales (32).

⁴ Por ejemplo, en las entrevistas directas realizadas a los sobrevivientes de intentos de suicidio por imitación de la cantante coreana Ivy Lee, los entrevistados mencionaron que habían intentado suicidarse porque eran «fans» de la cantante

y porque, como ella, también habían sufrido en algún momento una decepción amorosa (32).

⁵ Este efecto toma su nombre del personaje homónimo de la «Flauta mágica» de Mozart, que fue convencido de no suicidarse después de que tres niños le ayudaran a identificar otras alternativas para enfrentar la vida (52).

⁶ El documento *Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación*, de la Organización Mundial de la Salud, se puede consultar en el siguiente enlace: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/resource_booklet_2017/en/Las_recomendaciones_de_la_Organización_Mundial_de_la_Salud_y_la_Organización_Panamericana_de_la_Salud.

⁷ Kate Spade fue una diseñadora famosa de bolsas, carteras y otros accesorios, así como de línea de cama y regalos, entre otros productos. Su marca contaba con más de 315 tiendas alrededor del mundo. Se suicidó por ahorcamiento el martes 5 de junio del 2018, a los 55 años, en su departamento en Park Avenue, Nueva York. Su cuerpo fue encontrado por el ama de llaves, quien hizo declaraciones detalladas sobre la escena del suicidio. Kate dejó una nota suicida para su hija de 13 años, la cual fue filtrada a los medios de comunicación (63, 64).

⁸ Anthony Michael Bourdain nació el 25 de junio de 1956 en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos. Fue un reconocido chef, escritor de diversos libros y personalidad de la televisión, que tuvo gran éxito popularizando la cultura de la comida (65).

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. Datos y cifras. (Consultado el 28 de agosto de 2020). 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics data visualizations dashboard. (Consultado el 28 de agosto de 2020). 2019. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>
3. Organización Mundial de la Salud. Cada 40 segundos se suicida una persona. (Consultado el 31 de agosto de 2020). 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
4. Campbell R, Martin C, Fabos B. *Media and culture. Mass communication in a digital age*. Boston: Bedford/St. Martin's; 2015.
5. Esteinou J. *Los medios de información colectivos y la producción de la violencia social*. En Rebelil MA, Gómez DG (Coords.). *Violencia mediática e interactiva*, México: Trillas. 2009; 100-124.
6. Groebel J. *La violencia en los medios. Estudio Global de la UNESCO*. En: Proyecto principal de educación en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Publicaciones OREALC; 1999.

7. Leiner M, Puertas H, Caratachea R, Ávila C, Atluru A, Briones D, *et al.* Children's mental health and collective violence: A binational study on the United States-México border. *Rev Panam Salud Pública.* 2012; 31(5), 411-416. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000500009>
8. Leiner M, Villanos MT, Puertas H, Peinado J, Ávila C, Dwivedi A. The emotional and behavioral problems of children exposed to poverty and/or collective violence in communities at the Mexico-United States border: A comparative study. *Salud Mental.* 2015; 38(2): 95-102. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.013>
9. Martínez-Lanz, P. *Internet y violencia: factores de riesgo en la salud mental de los jóvenes.* En Rebelil MA, Gómez DG (Coords.), *Violencia mediática e interactiva.* Trillas, México. 2009; 166-180.
10. Twenge JM, Joiner TE, Rogers ML, Martin GN. Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among US adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical Psychological Science.* 2018; 6(1), 3-17. <https://doi.org/10.1177/2167702617723376>
11. Lee P. *Violence.* En L Wilkins & CG Christians (Eds.), *The Handbook of mass media ethics.* Nueva York, Routledge. 2009; 162-176.
12. Claudia ME. Study on the effects of prolonged mass media consumption on the emotional state of the receptors. *Journal of Educational Sciences & Psychology.* 2016; 6(1): 47-55.
13. Hawton K, Williams K. Influences of the media on suicide. *BMJ.* 2002; 325: 1374-1375. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7377.1374>
14. Jesmin SS, Amin I. Impact of the mass media in changing attitudes towards violence against women in Bangladesh: Findings from a national survey. *Journal of Family Violence.* 2017; 32(5): 525-534. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9837-8>
15. Gentile DA, Reimer RA, Nathanson AI, Walsh DA, Eisenmann JC. Protective effects of parental monitoring of children's media use: A prospective study. *JAMA Pediatrics.* 2014; 168(5): 479-484. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.146>
16. Clark CJ, Spencer RA, Shrestha B, Ferguson G, Oakes JM, Gupta J. Evaluating a multicomponent social behaviour change communication strategy to reduce intimate partner violence among married couples: Study protocol for a cluster randomized trial in Nepal. *BMC Public Health.* 2017; 17(1): 75. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3909-9>
17. Jashinsky JM, Magnusson B, Hanson C, Barnes M. Media agenda setting regarding gun violence before and after a Mass shooting. *Frontiers in Public Health.* 2017; 4: 291. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00291>
18. Barrera J, Gómez-López MT, Suárez E, Velásquez N, Guzmán Y, García V. Cobertura periodística sobre el suicidio: ¿Habrá riesgo de causar efectos negativos en personas susceptibles? *Pers. Bioét.* 2017; 21(1): 151-160. <https://doi.org/10.5294/pebi.2017.21.1.10>
19. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical

- implications of the Werther Effect. *American Sociological Review*. 1974; 39: 340-359. <https://doi.org/10.2307/2094294>
20. Marsden P. Operationalising memetics-suicide the werther effect and the work of David P. Phillips. 2018. Disponible en: <http://pespmc1.vub.ac.be/Conf/Meme-Pap/Marsden.html>
21. Gould MS, Kleinman MH, Lake AM, Forman J, Midle JB. Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988-1996: A retrospective, population-based, case-control study. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1(1): 34-43. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70225-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70225-1)
22. Etzersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting: The Viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research*. 1998; 4: 67-74. <https://doi.org/10.1080/13811119808258290>
23. Asociación de Investigación, Prevención e intervención de conductas suicidas. Los medios de comunicación y las conductas suicidas. 2015. Disponible en: <https://www.redaipsis.org/wp-content/uploads/2015/02/Los-medios-de-comunicacion-y-las-conductas-suicidas.pdf>
24. Hagihara A, Abe T, Omagari M, Motoi M, Nabeshima Y. The impact of newspaper reporting of hydrogen sulfide suicide on imitative suicide attempts in Japan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014; 49: 221-229. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0741-8>
25. Cheng Q, Chen F, Yip PSF. Media effects on suicide methods: A case study on Hong Kong 1998-2005. *Plos One*. 2017; 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175580>
26. Pérez SA. Los medios de comunicación y el suicidio. Evidencia y sugerencias. S.f. (Consultado el 3 de julio 2021). Disponible en: <https://www.redaipsis.org/wp-content/uploads/2015/02/los-medios-de-comunicacin-y-el-suicidio.pdf>
27. Ayers JW, Althouse BM, Leas EC, Drezde M, Allem JP. Internet searchers for suicide following the release at 13 reasons why. *JAMA Intern Med*. 2017; 177(10): 1527-1529. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.3333>
28. Bridge J, Greenhouse JB, Ruch D, Stevens J, Ackerman J, Sheftall AH, et al. Association Between the release of Netflix's. 13 reasons why and suicide rates in the United States: An interrupted times series analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (en prensa). 2019. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.020>
29. Sinyor M, Pirkis J, Picard A, Mckeown D, Vincent M, Cheung M, et al. Towards a shared understanding: Perspectives from Toronto's first media forum for suicide prevention. *Canadian Journal of Public Health*. 2016; 107(3): 330. <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5437>
30. Olson R. Suicide contagion & suicide clusters. *Center of Suicide Prevention*. 2013. Disponible en: https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/2016/08/iE10_Web-Version.pdf
31. Chen Y, Liao S, Teng P, Tsai C, Fan H, Lee W, et al. The impact of media reporting of the suicide of a Singer on suicide rates in Taiwan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012; 47: 215-221. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0331-y>

32. Chen Y, Tsai P, Chen P, Fan C, Hung GC, Cheng A. Effect of media reporting of the suicide of a singer in Taiwan: The case of Ivy Li. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2010; 45: 363-369. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0075-8>
33. Martin HJ, Rennhoff AD. Advertising content and avoidance, new media or old media, and media coverage of celebrity suicides. *Journal of Media Economics*. 2016; 29(2): 2, 49-50. <https://doi.org/10.1080/08997764.2016.1188637>
34. Van den Bulck H, Claessens N. Celebrity suicide and the search for the moral high ground: Comparing frames in media and audience discussions of the death of a Flemish celebrity. *Critical Studies in Media Communication*. 2013; 30(1): 69-84. <https://doi.org/10.1080/15295036.2011.645496>
35. Choi YJ, Oh H. Does media coverage of a celebrity suicide Trigger copycat suicides? Evidence from Korean cases. *Journal of Media Economics*. 2016; 29(2): 92-105. <https://doi.org/10.1080/08997764.2016.1170020>
36. Harshe D, Karia S, Harshe S, Shah N, Harshe G, De Sousa A. Celebrity suicide and its effect on further media reporting and portrayal of suicide: An exploratory study. *Indian Journal of Psychiatry*. 2016; 58(4): 443-447. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196704>
37. Stack S. Media impact on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly*. 2000; 81(4): 957-971.
38. Schäfer M, Quiring O. The press coverage of celebrity suicide and the development of suicide frequencies in Germany. *Health Communication*. 2015; 30: 1149-1158. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.923273>
39. Biddle L, Donovan J, Hawton K, Kapur N, Gunnell D. Suicide and the Internet. *BMJ*. 2008; 336(7648): 800- 802. <https://doi.org/10.1136/bmj.39525.442674.AD>
40. Recupero R, Harmss E, Noble JM. Googling suicide: Surfing for suicide information on the internet. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69(6): 878-888. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0601>
41. BMJ. Media influence on suicide. *BMJ*. 2003; 326: 498. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7387.498>
42. The Hindu. Suicide reports in media can affect vulnerable people: study. (Consultado el 19 de julio de 2021). 30 de julio de 2018. Disponible en: <https://www.thehindu.com/sci-tech/health/suicide-reports-in-media-can-affect-vulnerable-people-study/article24555237.ece#>
43. Hittner JB. How robust is the Werther effect? A re-examination of the suggestion-imitation model of suicide. *Morality*. 2005; 10(3): 193-200. <https://doi.org/10.1080/13576270500178112>
44. Espada A. *Periodismo práctico*. Madrid: Espasa Calpe; 2008.
45. Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. (Consultado el 3 de julio 2021). 2012. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf
46. Arnett RC, Harden JM & Bell LM. *Communication ethics literacy*. California: Sage; 2009.

47. Wilkins L, Christians, CG. *The Handbook of mass media ethics*. Nueva York: Routledge; 2009. <https://doi.org/10.4324/9780203893043>
48. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Cambiando la cobertura periodística del suicidio en América Latina y el Caribe. 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15409:cambiando-la-cobertura-periodistica-del-suicidio-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=72543&lang=es
49. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio, un imperativo global. 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
50. Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide: A resource for media professionals; update 2017. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/resource_booklet_2017/en/
51. Carlyle K. The role of social media in promoting understanding of violence as a public health issue. *Journal of communication in healthcare*. 2017; 10(3): 162-164. <https://doi.org/10.1080/17538068.2017.1373907>
52. Herrera R, Ures MB, Martínez JJ. El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿Efecto Werther o efecto papageno? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2015; 35(125): 123-134. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000100009>
53. Skehan J, Maple M, Fisher J, Sharrock G. Suicide bereavement and the media: A qualitative study. *Advances in Mental Health*. 2013; 11(3): 223-237. <https://doi.org/10.5172/jamh.2013.11.3.223>
54. Maiorano A, Lasalvia A, Sampogna G, Poci B, Ruggeri M, Henderson C. Reducing stigma in media professionals: Is there room for improvement? Results from a Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2017; 62(10): 702-715. <https://doi.org/10.1177/0706743717711172>
55. McGinty EE, Kennedy-Hendricks A, Choksy S, Barry CL. Trends in news media coverage of mental illness in the United States: 1995-2014. *Health Affairs*. 2016; 35(6): 1121-1129. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0011>
56. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Comunicación. Infancia, adolescencia. *Guía para periodistas*. 2017. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-5_Suicidio_Interior_WEB.pdf
57. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. Ginebra. 2010. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf
58. Organización Panamericana de la Salud. Seminario para periodistas: cómo reportar un suicidio. 28 de marzo de 2017. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13069:webinar-for-journalists-best-practices-for-reporting-on-suicide&Itemid=41080&lang=es
59. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Cambiando la cobertura periodística del suicidio en América Latina y el Caribe. 9 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/index.php?option->

=com_content&view=article&id=15409:cambiando-la-cobertura-periodistica-del-suicidio-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=72543&lang=es

60. Maloney J, Pfuhlmann B, Arensman E, Coffey C, Gusmão R, Poštuvan V, Scheerder G, Sisask M, van der Feltz-Cornelis CM, Hegerl U, Schmidtke A. How to adjust media recommendations on reporting suicidal behavior to new media developments. *Arch Suicide Res.* 2014; 18(2): 156-69. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824833>

61. Bilbao J, Alcocer A, Lallemand L, Lío JF, Vargas R. Reportes de suicidios en prensa de Barranquilla, un enfoque desde la salud pública. *Rev CES Salud Pública.* 2016; 7(2): 2-9. <https://doi.org/10.21615/cessp.7.2.1>

62. Robinson J, Rodrigues M, Fisher S, Bailey E, Herrman H. Social media and suicide prevention: Findings from a stakeholder survey. *Shanghai Archives of Psychiatry.* 2015; 27(1): 27-35.

63. Infobae. La nota suicida que Kate Spade dejó a su pequeña hija de 13 años. 5 de junio de 2018. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/eeuu/2018/06/05/la-nota-suicida-que-kate-spade-le-dejo-a-su-pequena-hija/>

64. Infobae. La hermana de Kate Spade habló tras el suicidio de la diseñadora y provocó un escándalo en la familia. 6 de junio de 2018. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/entretenimiento/2018/06/06/la-hermana-de-kate-spade-hablo-tras-el-suicidio-de-la-disenadora-y-provoco-un-escandalo-en-la-familia/>

65. Augustyn, A. Anthony Bourdain. *Encyclopaedia Britannica.* 21 de junio de 2018. Disponible en: <https://www.britannica.com/biography/Anthony-Bourdain>

66. El País. Anthony Bourdain perdió el 90% de su fortuna antes de suicidarse. 7 de junio de 2018. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2018/07/06/gente/1530873478_752828.html

67. Colman I. Responsible reporting to prevent suicide contagion. *CAMJ.* 2018; 190(3): E898-E899. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180900>

68. Rice S, Robinson J, Bendall S, Hetrick S, Cox G, Bailey, *et al.* Online and social media suicide prevention interventions for young people: A focus on implementation and moderation. *Journal of The Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2016; 25 (2): 80-86.

69. Morais TCA, Monteiro PS. Los conceptos de vulnerabilidad humana y la Integridad individual para la bioética. *Rev. Bioét.* 2017; 25(2): 311-319. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252191>

70. Feito L. Vulnerabilidad. *An. Sist. Sanit. Navarr.* 2007; 30(Supl. 3): 7-22. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272007000600002>

71. Páez R. La vulnerabilidad social en la bioética. *Revista Iberoamericana.* 2017; 5: 1-14. <https://doi.org/10.14422/rib.i05.y2017.001>

72. Sgreccia E. *Manual de Bioética I. Fundamentos y ética biomédica.* Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2009.

73. Nyberg T, Myrberg I, Omerov P, Steineck G, Nyberg U. Depression among parents two to six years following the loss of a child by suicide: A novel prediction model. *Plos One.* 2016; 11(10): e0164091. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164091>

E. Benítez Camacho

74. Spillane A, Larkin C, Corcoran P, Matvienko-Sikar K, Arensman E. What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? Protocol for an observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*. 2017; 7(3): 8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014707>

75. García JJ. Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas. *Cuadernos de Bioética*. 2013; xxiv(1): 67-76.

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Bioethical implications in the «contagion effect» of suicide

Implicaciones bioéticas en el «efecto de contagio» del suicidio

Érika Benítez Camacho*

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.04>

Abstract

Suicide is a serious public health problem in Mexico and the world, which, according to the World Health Organization, claims the lives of around 800 thousand people. Despite the fact that self-induced death is of multifactorial origin, the recognition of the various risk factors and the social co-responsibility in them is of utmost importance. In particular, the «contagion effect» of suicide is a phenomenon that has yet to be explored, not only from the perspectives of health sciences or communication, but also from bioethics. For this reason, this article not only describes the «contagion effect» of suicide, but also analyzes the bioethical implications of the influence that exposure to the news by the media have on self-caused death when the ethical guidelines of the World Health Organization are not followed.

Keywords: Suicide, «contagion effect» of suicide, mental health, media, social vulnerability.

* Universidad Anáhuac México, Faculty of Psychology. Mexico. Email: ebenitez@anahuac.mx <https://orcid.org/0000-0002-8522-7145>
Reception: August 15, 2021. Acceptance: September 12, 2021.

1. Introduction

Suicidal behavior and in particular self-inflicted death has increased in several countries of the world; Mexico has not been the exception. According to the World Health Organization (1, 2) every year about 800 thousand people commit suicide, which is equivalent to the self-inflicted death of one person every 40 seconds (3), however, there is concern about an increase in the numbers associated with the challenges and adversities that have been faced in recent times in the health, economic and social areas.

Self-induced death is multifactorial; its etiology is linked to mental disorders, personality disorders, acute life crises, profound unhappiness, loss of meaning in life and absence of a life project. However, it is important to consider also the influence of elements that add to critical conditions and constitute risk factors, such as exposure to mass media contents that promote violence and that, particularly in relation to suicidal behavior, do not follow the ethical guidelines of the World Health Organization. This article will write about what has been called the «contagion effect» of suicide and, therefore, the link between suicidal behavior and mass media, as well as the bioethical implications that intertwine both issues.

2. Mass media and exposure to violence

The mass media have a significant influence on the development of culture (4); when media content is violent, the mental impact on people, especially children and adolescents, is significant (5), and can even generate social isolation, destructive behavior, cyberludopathy, media addiction, mental health problems, antisocial behavioral disorders, and desensitization to violence, among others (6-12). However, there is also evidence of the adverse impact of violent news on all types of people, regardless of age, gender and

culture, since the media content they are exposed to influences their perception of violence (13, 14).

Therefore, it is essential for parents to monitor the media content that their children or adolescents watch or listen to, as this will have a protective effect on their physical, emotional, academic and social development (15). Likewise, it is important to develop media strategies against violence in order to reduce it (16, 17).

3. The media and the «contagion effect» on suicide

On the subject of suicide, the «contagion effect» that can be produced by the media has been studied. The media play a transcendental role in the current life of the population, particularly adolescents, who consider technology and the use of social networks to be a fundamental part of their lives (18).

The first allusion to the phenomenon of suicide contagion is made with the so-called «Werther Effect», so called because after the publication of the book *The Sorrows of Young Werther* by Johann Wolfgang von Goethe (published in 1774 and in which the protagonist commits suicide), an increase in suicides of young people in circumstances and clothing similar to that of the protagonist of the novel was observed. The sociologist David P. Phillips would investigate this phenomenon after observing the increase in suicides after a suicide story was published in U.S. newspapers, particularly in the New York Times. His research concluded that media coverage of suicide increased the suicide rate in the population where such coverage took place (19, 20); other authors (21) corroborated this by identifying that adolescent suicide in the United States from 1988 to 1996 occurred in clusters, and not just in isolation, when newspapers reported suicides on the front page, described the method of suicide, and placed headlines with the word «suicide. In contrast, for example, in Vienna, it was found that

when media reporting of suicide notes in the subway was shorter and less dramatic, suicides and subsequent suicide attempts decreased considerably (22).

Japan is one of the countries that has most studied whether media coverage of suicide influences the repetition of suicidal behavior.¹ They have concluded that images of suicide have an important influence on psychologically vulnerable people to attempt suicide, even using methods that are unusual for the culture (23). In the same country, research on the impact of the diffusion of suicide through newspapers indicates that if the news about suicide or attempted suicide is placed on the front page, it has a four times greater impact on people than if it is placed elsewhere in the newspaper. This impact increases if the time of exposure to the news increases, which in Japan is 1-3 days (i.e., the news about a completed or attempted suicide is exposed on average one to three days in newspapers). If the media do not follow the recommendations that have been made in that country and internationally on the dissemination of suicide, the contagion or *copy-cat* effect increases significantly (24).

In China, the contagion effect has been studied by analyzing the spread of the suicide method, which can transcend borders, as was the case between 1998 and 2005 with high jumping (as a means of suicide), which spread to Taiwan, Japan, Korea and Singapore. However, these investigations focus not only on the imprint of the media's dissemination of the suicide method on the population, but also on the motivations for suicide, such as divorce or financial crises, which are a risk factor for suicidal behavior in China and the world. The incidence of the contagion effect is higher in urban areas than in rural areas (25).

In Western culture, evidence of the contagion effect of suicide and its relationship to the media has also been found. An example of this was the book *Final Exit*, which offered a guide to suicide for the terminally ill; the method it suggested was asphyxiation. During the year of publication of this book (1991), suicides by this

method increased by 313% in New York City, with a copy of this book being found at the place of death in 27% of the suicides (26).

Another example is the American television series «13 Reasons Why» which shows the suicide of a young woman and the apparent motivations that led her to commit this act. A research conducted in the United States noted that from the premiere of the series on March 31, 2017 until April 18 of the same year, an increase in internet searches related to suicide was observed. On 12 of the 19 days studied, queries about suicide were significantly higher, ranging from 15 (as of April 15, 2017) to 44 percent (as of April 18, 2017). The increase in specific searches on «how to commit suicide» was 26 percent, «commit suicide» 18 percent, and «how to kill yourself» 9 percent. Internet queries about suicide prevention and hotlines for help also increased («teen suicide» increased 34%, «suicide prevention» 23%, «suicide hotline numbers» or «*suicide hotline number*» 21%, and «suicide hotlines» or «*suicide hotline*» 12%) (27) (27). One study identified that the suicide rate in young males aged 10 to 17 years in the United States rose 28.9% in the month following the premiere of the first season of this television series and remained elevated for the subsequent two months² (28).

The «contagion effect» is evidenced in a 2018 Canadian research establishing the association between harmful and protective factors of media reports of suicide. It has been identified that some of the elements that increase suicide in the week following the publication of a suicide or attempted suicide story are: assertion that suicide was inevitable (1.97 times), placing the suicidal method in the headline (1.41 times), if the suicide method is hanging or asphyxiation (1.72 times), if the method is jumping off a building (1.7 times), talking about a suicide pact (1.63 times), if the suicide method is by firearm (1.3 times), if the suicide is by a famous person (1.3 times), and if the suicide is by an older adult (1.25 times) (29).

On the contrary, protective factors for suicide are: public policies to prevent suicide, pointing out the unfavorable personality characteristics of the deceased, whether the method of suicide was

by throwing oneself on the train tracks or by cutting or stabbing, or whether it was a person who was first homicidal and then suicidal (29).

4. Factors that increase the «contagion effect» of suicide

The contagion effect of suicide is based on the association between the following elements (30): (a) one behavior and another by mass contagions related in time that overcome geographical barriers and that have in common the news disseminated about the suicide of a celebrity (mass clusters); (b) by point or related contagions in space-time (point/space-time clusters) –for example, those occurring in prisons, institutions, hospitals or schools– or those occurring by imitation of a suicide (echo cluster), generally associated with the media coverage of the same.

The influence of suicide exposed in the media seems to be greater when the news is about a famous person, since the coverage is repetitive for days and more specific about the circumstances surrounding the suicide, the apparent motive and the method itself (31-33). But it also has a greater effect because people create parasocial relationships with celebrities; that is, even if the public does not know the celebrity personally, they establish an affective relationship with the celebrity, identify with him or her and even feel they know him or her (34). The impact increases if the celebrity and the public are of the same nationality (increases the degree of personal identification) and if there is a suicidogenic environment in the population (e.g., adverse living conditions) (35).

In some cases, the media sensationalize the news about the suicide of a celebrity with inappropriate language; they imply that suicide was the logical way to go and do not mention the probable mental disorders underlying the suicide. Most of the time the news is accompanied by images of the death or the deceased body (36),

which, together with what has already been mentioned, increases up to 14 times the possibility of the «contagion effect» on suicide (37). This is concentrated in the two weeks following coverage of the celebrity's death, but can continue for up to four weeks afterwards. In contrast, if the media do not openly disseminate the news about the suicide, the «contagion effect» remains for only one week (38).

An example of how publicizing the suicide of a famous person can increase the suicide rate is Korea. Researchers (32) systematically reviewed the news about the suicide of a famous Korean singer,³ the prevalence of suicide attempts or completed suicides, and the motivations for suicide attempts with direct interviews of the suicide attempters, and concluded that the rate of suicide attempts and completed suicides increases in the four weeks following the dissemination of news about the suicide of a famous person, and that the rate is related to the behavioral imitation effect, the identification of the famous person by age, the associated motivation, and the method used.⁴

On the other hand, the use of the Internet and social networks can be a means for suicide prevention or its promotion; adolescents and young adults can be highly influenced by the pro-suicide content presented in some social networks, which is easily found in Internet searches (39). There are even specific sites that explicitly induce suicide, and others that do not do so openly in the title, but have content (verbal, in images, videos, movies or music bands) that is suicide-oriented (40).

In sum, it has been found that the media influence the repetition of suicidal behavior, since the news coverage in newspapers, television and the Internet focuses on showing the details of the suicide method but does not responsibly expose the causes of self-induced death. Generally, they attribute the suicidal act to a crisis or personal failures, but do not indicate the complexity of suicidal behavior, the underlying mental disorders that may exist and the vulnerability that some people may present (41, 42).

In this perspective, it is recommended to be careful with the way in which suicide notes are disseminated (43-45). It is essential that the media be guided by ethical guidelines that promote truthful information and mental health, as well as minimize the harm that its content can generate, both to the protagonists of a note, as well as to the general public (4, 46, 47); the media should transmit information according to the guidelines of the World Health Organization (48-50).

5. Protective effect of the media on suicidal behavior

Responsible media coverage of suicide may have a preventive effect on the development of violence and suicidal behavior (51).

This effect, known as the «Papageno effect»,⁵ consists of showing the public that there are more effective and positive ways of dealing with emotional crises without the need to resort to suicidal behavior (52); It can have favorable consequences when the relatives of the person who has committed suicide are interviewed by the media in an ethical manner, with the purpose of avoiding future suicidal behavior (53), when the media help to reduce the stigma and stereotypes about mental disorders (54), and when they disseminate information about the recovery that can be achieved by people who have attempted suicide and who have received timely medical and psychological care (55).

As mentioned above, the World Health Organization, the Pan American Health Organization, and the United Nations Children's Fund have issued recommendations to the media on how to convey stories about suicidal behavior (19, 48, 56-59), and have provided guidelines to filmmakers on how to ethically handle this topic in movies and television series.⁶ Some of the recommendations made are:

a) News about the completed or attempted suicide should not appear on either the front page or the back page, which would be

the initial page for those who start reading the newspaper backwards.

- b) No photos of the deceased should appear.
- c) The method used should not be described in detail, as it serves as a reference for others if they are undecided as to which means to use to end their life.
- d) Simple or unique explanations for suicide should not be offered, since this phenomenon is a complex behavior that responds to biological, psychological and social causes.
- e) Suicide should not be equated with valuable attributes of character or moral values worthy of imitation, such as courage, loyalty, love, dignity, honor, or altruism.
- f) Emphasis should not only be placed on the positive aspects of the deceased's personality, but also on possible factors that facilitated the suicide, such as mental illness or substance use.
- g) The word suicide should not appear as a synonym for success, exit, option or solution.
- h) Suicide should not be implied as a way to resolve life's difficulties.

It is also suggested not to mention the name or characteristics of the person who committed suicide, not to make references to Internet forums on suicide, suicide pacts or places where a greater number of suicides are located (they trigger risk points); mentioning suicides that are close in time or space should be avoided, and, on the contrary, prevention factors should be highlighted, which are scarcely placed in the notes on self-induced death (60).

Likewise, it is recommended to provide information on care centers where a person with suicidal ideation can seek help, to highlight the favorable alternatives that exist in the face of crises, to disseminate risk indicators and warning signs for suicide, and to send messages of solidarity to suicide survivors (61).

These recommendations also apply to the internet platforms and social networks that young people use, as some consult them as a form of socialization or in search of information, but others

(in the case of those emotionally vulnerable or with a mental disorder), approach them for support (62).

A sign of the lack of follow-up to the recommendations of the World Health Organization was the treatment given to the suicides in 2018 of two famous people: designer Kate Spade and Chef Anthony Bourdain. In both cases, the stories of their suicides were reported by media outlets around the world and replicated several weeks after the events.

In the case of Kate Spade,⁷ images and videos were shown of the police removing the body from the designer's house, the suicide note that was found next to her body, statements from Spade's sister and husband were shown, and they detailed how the designer committed suicide, what method she used and even how and by whom her body was found. Some media mentioned interviews indicating that Kate had been suffering from depression and anxiety for more than 5 years for which she initially received treatment; apparently the treatment was later abandoned due to a probable fear that her brand would be damaged (63, 64). Only a few media outlets included in their stories a link to get help for suicidal ideation.

The dissemination of the designer's suicide gave rise to multiple reactions from social network users, some commenting on how difficult it is to suffer from mental illness and how complicated it is to survive the suicide of a family member; others criticized the decision to commit suicide and others, on the contrary, said that Kate's suicide was a good decision, since in this way she would be saving her company.

The suicide of the famous Chef Anthony Bourdain⁸ occurred on June 8, 2018 by hanging in the hotel Le Chambard in Kaisersberg, France, was also a news reported by media around the world. On radio, television, internet and social networks, Bourdain's death and the information derived from it was reported for more than a month. Some media were explicit in indicating that the chef died by hanging and detailing the method used. Other news reports

alluded to Bourdain's chronic depression and the addictions he had struggled with in the past. They even emphasized statements the chef had made in 2017 where he expressed the regret he felt regarding the harm these addictions had caused to others. Only some media alluded to probable triggering events about suicide, such as depression, personal and economic crisis (66).

As has been mentioned elsewhere in this document, that the media follow the recommendations of the World Health Organization and disseminate news about suicide in an ethical and responsible manner, helps to inform the population responsibly about mental illnesses with the consequent decrease in the social stigma of mental illness, to prevent suicidal behavior and to reduce the interpersonal risk factors that especially affect young people (67, 68).

6. Bioethical implications of the «contagion effect» of suicide

The «contagion effect» of suicide should be analyzed not only from the areas of mental health and communication, but also from a bioethical perspective, since it should be based on the premise that there are several risk factors for suicide, including vulnerability. This is a principle proposed in the Barcelona Declaration of 1998; it is an anthropological dimension that refers to the fragility and susceptibility to harm associated with the human condition itself (69). However, there is also social vulnerability, a marker of disadvantage, which refers to marginalized population groups that have limited access to the satisfaction of their basic needs and health care.

Although it is true that being vulnerable is not the same as having been vulnerable, it should be recognized that people with suicidal behavior have generally been vulnerable and that they also present social vulnerability, this concept being understood as an-

thropological vulnerability intensified by socio-environmental factors that place a person or group in a state of defenselessness, and that may be a consequence of living in conditions resulting from marked social disadvantage (70, 71). In the case of people with psychiatric or psychological conditions, or with life crises, the difficulty in accessing health services is undoubtedly a disadvantage that places them in social vulnerability. Emotional disturbance itself, confusion and existential doubt, as well as probably the lack of a social support network, interfere with the way in which messages received from the outside, such as those expressed in the media, are interpreted.

In this regard, adherence to the ethical guidelines of the World Health Organization on suicide stories in the media should be considered. One of the bioethical recommendations would be to provide clear guidelines and training to the media on the transmission of news related to suicide. Other recommendations are to promote orientation towards the universal truth and good, to favor –through the family and society– the consolidation of a solid identity, and to encourage the formation of affective bonds between people so that they can form a community and feel an effective part of it.

Suicide also operates against the principle of sociability-subsidiarity that commits the members of a community to collaborate in obtaining the good of all, especially if this good refers to the promotion of life and the maintenance or procurement of health (72). Therefore, when someone in the community is lost, the community should ask itself what it did to cause that person to commit suicide and what it should do to prevent suicide.

This would involve the analysis of the «contagion effect» of suicide by imitation and impact of knowing the suicide note of another person and identifying in some aspects with this person. Also, consider the suffering of the relatives of a suicidal person, which translates into complicated grief, development of physical and mental illnesses and suicide attempts themselves (73, 74), so that

the unfavorable impact of the «contagion effect» of suicide affects not only the person who performs the act, but also his or her family and other members of society.

The bioethical analysis should also consider subsidiarity, which not only involves respect for the good that someone can procure for himself or someone else can procure for someone else, but also solidarity in supporting those who cannot help themselves or who are not in a position to seek the help they require (75). This would be the case of a person who is hopeless, with a diminished sense of life, existential emptiness and/or emotional crisis, and of those who suffer from a mental and/or personality disorder. By subsidiarity, help should be provided to those who cannot reach it on their own, but also to those who are most in need.

Finally, to emphasize the respect that must prevail for the dignity and integrity of human persons, as well as the search for the construction of a more empathetic and supportive society, promoter of the common good.

7. Conclusions

Suicide is a public health problem that has increased significantly in Mexico and the world; given its multifactorial origin, it is important to understand the risk and protective factors associated with it. Within the risk factors, the analysis of the «contagion effect» of suicide as an element of unfavorable influence for people with social vulnerability, such as those who generally suffer from a mental disorder, or who are going through confusion, hopelessness or life crisis, is of particular significance. Suicide operates against sociability and subsidiarity, breaks the social fabric and affects the community, therefore, it is essential to adhere to the ethical guidelines of the World Health Organization regarding self-induced death, as well as the promotion of respect for the dignity and integrity of the human person.

Bibliographic notes

¹ In Japan, the contagion effect on suicide is called the «Yukiko effect», in reference to a Japanese rock star who committed suicide and generated great media coverage; subsequently, numerous teenage suicides were reported (23).

² Due to the controversy generated and the recommendations of experts from associations such as the American Foundation for Suicide Prevention, American Association of Suicidology and American School Counselor Association, the creator and producers of the television series decided in the summer of 2019, to edit the sequence in which the protagonist takes her own life in the first season, so that the suicide scene is not explicitly shown.

³ The case analyzed was the suicide of Ivy Li, a famous 24-year-old Korean singer who caused her death by carbon monoxide poisoning inside her car. The story about her suicide appeared on the front page and in the headlines of newspapers in a sensationalist tone. The news continued to spread with intensity three days later and was still being mentioned in the media two weeks later. The story detailed the method of suicide, the parents' statements and the apparent motive, which was «frustrated love. The four weeks following the media coverage of Ivy Ly's suicide, 108 suicide attempts and completed suicides were reported in hospitals (32).

⁴ For example, in direct interviews with survivors of suicide attempts by imitating the Korean singer Ivy Lee, interviewees mentioned that they had attempted suicide because they were «fans» of the singer and because, like her, they had also suffered at one time or another from a disappointment in love (32).

⁵ This effect takes its name from the eponymous character in Mozart's «Magic Flute,» who was convinced not to commit suicide after three children helped him to identify other alternatives for coping with life (52).

⁶ The document *Suicide prevention: a resource for media professionals*, from the World Health Organization, is available at the following link: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/resource_booklet_2017/en/ The recommendations of the World Health Organization and the Pan American Health Organization (PAHO) on the prevention of suicide (52).

⁷ Kate Spade was a famous designer of bags, purses and other accessories, as well as bedding and gifts, among other things; her brand had more than 315 stores around the world. She committed suicide by hanging on Tuesday, June 5, 2018 at the age of 55 in her apartment on Park Avenue, New York. Her body was found by the housekeeper who made detailed statements about the suicide scene. Kate left a suicide note for her 13-year-old daughter, which was leaked to the media (63, 64).

⁸ Anthony Michael Bourdain was born on June 25, 1956 in New York City, United States. He was a renowned chef, writer of several books and television personality who had great success popularizing food culture (65).

Bibliographic References

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. Datos y cifras. (Accessed on August 28, 2020). 2019. Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics data visualizations dashboard. (Accessed on August 28, 2020). 2019. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>
3. Organización Mundial de la Salud. Cada 40 segundos se suicida una persona. (Accessed on August 31, 2020). 2019. Available at: <https://www.who.int/es/news-room/detail/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
4. Campbell R, Martin C, Fabos B. *Media and culture. Mass communication in a digital age*. Boston: Bedford/St. Martin's; 2015.
5. Esteinou J. *Los medios de información colectivos y la producción de la violencia social*. At Rebelil MA, Gómez DG (Coords.). *Violencia mediática e interactiva*, México: Trillas. 2009; 100-124.
6. Groebel J. *La violencia en los medios. Estudio Global de la UNESCO*. At: Proyecto principal de educación en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Publicaciones OREALC; 1999.
7. Leiner M, Puertas H, Caratachea R, Ávila C, Atluru A, Briones D, et al. Children's mental health and collective violence: A binational study on the United States-México border. *Rev Panam Salud Pública*. 2012; 31(5), 411-416. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000500009>
8. Leiner M, Villanos MT, Puertas H, Peinado J, Ávila C, Dwivedi A. The emotional and behavioral problems of children exposed to poverty and/or collective violence in communities at the Mexico-United States border: A comparative study. *Salud Mental*. 2015; 38(2): 95-102. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.013>
9. Martínez-Lanz, P. *Internet y violencia: factores de riesgo en la salud mental de los jóvenes*. At Rebelil MA, Gómez DG (Coords.), *Violencia mediática e interactiva*. Trillas, México. 2009; 166-180.
10. Twenge JM, Joiner TE, Rogers ML, Martin GN. Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among US adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical Psychological Science*. 2018; 6(1), 3-17. <https://doi.org/10.1177/2167702617723376>
11. Lee P. *Violence*. At L Wilkins & CG Christians (Eds.), *The Handbook of mass media ethics*. Nueva York, Routledge. 2009; 162-176.
12. Claudia ME. Study on the effects of prolonged mass media consumption on the emotional state of the receptors. *Journal of Educational Sciences & Psychology*. 2016; 6(1): 47-55.
13. Hawton K, Williams K. Influences of the media on suicide. *BMJ*. 2002; 325: 1374-1375. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7377.1374>
14. Jesmin SS, Amin I. Impact of the mass media in changing attitudes towards violence against women in Bangladesh: Findings from a national survey. *Journal*

- of Family Violence*. 2017; 32(5): 525-534.
<https://doi.org/10.1007/s10896-016-9837-8>
15. Gentile DA, Reimer RA, Nathanson AI, Walsh DA, Eisenmann JC. Protective effects of parental monitoring of children's media use: A prospective study. *JAMA Pediatrics*. 2014; 168(5): 479-484.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.146>
16. Clark CJ, Spencer RA, Shrestha B, Ferguson G, Oakes JM, Gupta J. Evaluating a multicomponent social behaviour change communication strategy to reduce intimate partner violence among married couples: Study protocol for a cluster randomized trial in Nepal. *BMC Public Health*. 2017; 17(1): 75.
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3909-9>
17. Jashinsky JM, Magnusson B, Hanson C, Barnes M. Media agenda setting regarding gun violence before and after a Mass shooting. *Frontiers in Public Health*. 2017; 4: 291. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00291>
18. Barrera J, Gómez-López MT, Suárez E, Velásquez N, Guzmán Y, García V. Cobertura periodística sobre el suicidio: ¿Habría riesgo de causar efectos negativos en personas susceptibles? *Pers. Bioét.* 2017; 21(1): 151-160.
<https://doi.org/10.5294/pebi.2017.21.1.10>
19. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther Effect. *American Sociological Review*. 1974; 39: 340-359. <https://doi.org/10.2307/2094294>
20. Marsden P. Operationalising memetics-suicide the werther effect and the work of David P. Phillips. 2018. Available at: <http://pespmc1.vub.ac.be/Conf/MemePap/Marsden.html>
21. Gould MS, Kleinman MH, Lake AM, Forman J, Midle JB. Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988-1996: A retrospective, population-based, case-control study. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1(1): 34-43. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70225-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70225-1)
22. Etzersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting: The Viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research*. 1998; 4: 67-74. <https://doi.org/10.1080/13811119808258290>
23. Asociación de Investigación, Prevención e intervención de conductas suicidas. Los medios de comunicación y las conductas suicidas. 2015. Available at: <https://www.redaipsis.org/wp-content/uploads/2015/02/Los-medios-de-comunicacio—n-y-las-conductas-suicidas.pdf>
24. Hagihara A, Abe T, Omagari M, Motoi M, Nabeshima Y. The impact of newspaper reporting of hydrogen sulfide suicide on imitative suicide attempts in Japan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014; 49: 221-229.
<https://doi.org/10.1007/s00127-013-0741-8>
25. Cheng Q, Chen F, Yip PSF. Media effects on suicide methods: A case study on Hong Kong 1998-2005. *Plos One*. 2017; 1-12.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175580>

26. Pérez SA. Los medios de comunicación y el suicidio. Evidencia y sugerencias. S.f. (Accessed on July 3, 2021). Available at: <https://www.redaipsis.org/wp-content/uploads/2015/02/los-medios-de-comunicacin-y-el-suicidio.pdf>
27. Ayers JW, Althouse BM, Leas EC, Drezde M, Allem JP. Internet searchers for suicide following the release at 13 reasons why. *JAMA Intern Med.* 2017; 177(10): 1527-1529. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.3333>
28. Bridge J, Greenhouse JB, Ruch D, Stevens J, Ackerman J, Sheftall AH, et al. Association Between the release of Netflix's. 13 reasons why and suicide rates in the United States: An interrupted times series analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (In press). 2019. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.020>
29. Sinyor M, Pirkis J, Picard A, Mckeown D, Vincent M, Cheung M, et al. Towards a shared understanding: Perspectives from Toronto's first media forum for suicide prevention. *Canadian Journal of Public Health.* 2016; 107(3): 330. <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5437>
30. Olson R. Suicide contagion & suicide clusters. *Center of Suicide Prevention.* 2013. Available at: https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/2016/08/iE10_Web-Version.pdf
31. Chen Y, Liao S, Teng P, Tsai C, Fan H, Lee W, et al. The impact of media reporting of the suicide of a Singer on suicide rates in Taiwan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012; 47: 215-221. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0331-y>
32. Chen Y, Tsai P, Chen P, Fan C, Hung GC, Cheng A. Effect of media reporting of the suicide of a singer in Taiwan: The case of Ivy Li. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2010; 45: 363-369. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0075-8>
33. Martin HJ, Rennhoff AD. Advertising content and avoidance, new media or old media, and media coverage of celebrity suicides. *Journal of Media Economics.* 2016; 29(2): 2, 49-50. <https://doi.org/10.1080/08997764.2016.1188637>
34. Van den Bulck H, Claessens N. Celebrity suicide and the search for the moral high ground: Comparing frames in media and audience discussions of the death of a Flemish celebrity. *Critical Studies in Media Communication.* 2013; 30(1): 69-84. <https://doi.org/10.1080/15295036.2011.645496>
35. Choi YJ, Oh H. Does media coverage of a celebrity suicide Trigger copycat suicides? Evidence from Korean cases. *Journal of Media Economics.* 2016; 29(2): 92-105. <https://doi.org/10.1080/08997764.2016.1170020>
36. Harshe D, Karia S, Harshe S, Shah N, Harshe G, De Sousa A. Celebrity suicide and its effect on further media reporting and portrayal of suicide: An exploratory study. *Indian Journal of Psychiatry.* 2016; 58(4): 443-447. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196704>
37. Stack S. Media impact on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly.* 2000; 81(4): 957-971.
38. Schäfer M, Quiring O. The press coverage of celebrity suicide and the development of suicide frequencies in Germany. *Health Communication.* 2015; 30: 1149-1158. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.923273>

39. Biddle L, Donovan J, Hawton K, Kapur N, Gunnell D. Suicide and the Internet. *BMJ*. 2008; 336(7648): 800- 802. <https://doi.org/10.1136/bmj.39525.442674.AD>
40. Recupero R, Harmss E, Noble JM. Googling suicide: Surfing for suicide information on the internet. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69(6): 878-888. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0601>
41. BMJ. Media influence on suicide. *BMJ*. 2003; 326: 498. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7387.498>
42. The Hindu. Suicide reports in media can affect vulnerable people: study. (Accessed on July 19, 2021). July 30, 2018. Available at: <https://www.thehindu.com/sci-tech/health/suicide-reports-in-media-can-affect-vulnerable-people-study/article24555237.ece#>
43. Hittner JB. How robust is the Werther effect? A re-examination of the suggestion-imitation model of suicide. *Morality*. 2005; 10(3): 193-200. <https://doi.org/10.1080/13576270500178112>
44. Espada A. *Periodismo práctico*. Madrid: Espasa Calpe; 2008.
45. Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. (Accessed on July 3, 2021). 2012. Available at: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf
46. Arnett RC, Harden JM & Bell LM. *Communication ethics literacy*. California: Sage; 2009.
47. Wilkins L, Christians, CG. *The Handbook of mass media ethics*. Nueva York: Routledge; 2009. <https://doi.org/10.4324/9780203893043>
48. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Cambiando la cobertura periodística del suicidio en América Latina y el Caribe. 2019. Available at: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15409:cambiando-la-cobertura-periodistica-del-suicidio-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=72543&lang=es
49. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio, un imperativo global. 2014. Available at: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
50. Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide: A resource for media professionals; update 2017. Available at: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/resource_booklet_2017/en/
51. Carlyle K. The role of social media in promoting understanding of violence as a public health issue. *Journal of communication in healthcare*. 2017; 10(3): 162-164. <https://doi.org/10.1080/17538068.2017.1373907>
52. Herrera R, Ures MB, Martínez JJ. El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿Efecto Werther o efecto papageno? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2015; 35(125): 123-134. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000100009>
53. Skehan J, Maple M, Fisher J, Sharrock G. Suicide bereavement and the media: A qualitative study. *Advances in Mental Health*. 2013; 11(3): 223-237. <https://doi.org/10.5172/jamh.2013.11.3.223>

54. Maiorano A, Lasalvia A, Sampogna G, Poci B, Ruggeri M, Henderson C. Reducing stigma in media professionals: Is there room for improvement? Results from a Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2017; 62(10): 702-715. <https://doi.org/10.1177/0706743717711172>
55. McGinty EE, Kennedy-Hendricks A, Choksy S, Barry CL. Trends in news media coverage of mental illness in the United States: 1995-2014. *Health Affairs*. 2016; 35(6): 1121-1129. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0011>
56. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Comunicación. Infancia, adolescencia. *Guía para periodistas*. 2017. Available at: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/COM-5_Suicidio_Interior_WEB.pdf
57. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. Ginebra. 2010. Available at: http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf
58. Organización Panamericana de la Salud. Seminario para periodistas: cómo reportar un suicidio. March 28, 2017. Available at: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13069:webinar-for-journalists-best-practices-for-reporting-on-suicide&Itemid=41080&lang=es
59. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Cambiando la cobertura periodística del suicidio en América Latina y el Caribe. September 9, 2019. Available at: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15409:cambiando-la-cobertura-periodistica-del-suicidio-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=72543&lang=es
60. Maloney J, Pfuhlmann B, Arensman E, Coffey C, Gusmão R, Poštuvan V, Scheerder G, Sisask M, van der Feltz-Cornelis CM, Hegerl U, Schmidtke A. How to adjust media recommendations on reporting suicidal behavior to new media developments. *Arch Suicide Res*. 2014; 18(2): 156-69. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824833>
61. Bilbao J, Alcocer A, Lallemand L, Lío JF, Vargas R. Reportes de suicidios en prensa de Barranquilla, un enfoque desde la salud pública. *Rev CES Salud Pública*. 2016; 7(2): 2-9. <https://doi.org/10.21615/cessp.7.2.1>
62. Robinson J, Rodrigues M, Fisher S, Bailey E, Herrman H. Social media and suicide prevention: Findings from a stakeholder survey. *Shanghai Archives of Psychiatry*. 2015; 27(1): 27-35.
63. Infobae. La nota suicida que Kate Spade dejó a su pequeña hija de 13 años. June 5, 2018. Available at: <https://www.infobae.com/america/eeuu/2018/06/05/la-nota-suicida-que-kate-spade-le-dejo-a-su-pequena-hija/>
64. Infobae. La hermana de Kate Spade habló tras el suicidio de la diseñadora y provocó un escándalo en la familia. June 6, 2018. Available at: <https://www.infobae.com/america/entretenimiento/2018/06/06/la-hermana-de-kate-spade-hablo-tras-el-suicidio-de-la-disenadora-y-provoco-un-escandalo-en-la-familia/>
65. Augustyn, A. Anthony Bourdain. *Encyclopaedia Britannica*. June 21, 2018. Available at: <https://www.britannica.com/biography/Anthony-Bourdain>
66. El País. Anthony Bourdain perdió el 90% de su fortuna antes de suicidarse.

June 7, 2018. Available at: https://elpais.com/elpais/2018/07/06/gente/15308-73478_752828.html

67. Colman I. Responsible reporting to prevent suicide contagion. *CAMJ*, 2018; 190(3): E898-E899. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180900>

68. Rice S, Robinson J, Bendall S, Hetrick S, Cox G, Bailey, *et al.* Online and social media suicide prevention interventions for young people: A focus on implementation and moderation. *Journal of The Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2016; 25 (2): 80-86.

69. Morais TCA, Monteiro PS. Los conceptos de vulnerabilidad humana y la Integridad individual para la bioética. *Rev. Bioét.* 2017; 25(2): 311-319.

<https://doi.org/10.1590/1983-80422017252191>

70. Feito L. Vulnerabilidad. *An. Sist. Sanit. Navarr.* 2007; 30(Supl. 3): 7-22.

<https://doi.org/10.4321/S1137-66272007000600002>

71. Páez R. La vulnerabilidad social en la bioética. *Revista Iberoamericana*. 2017; 5: 1-14. <https://doi.org/10.14422/rib.i05.y2017.001>

72. Sgreccia E. *Manual de Bioética I. Fundamentos y ética biomédica*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2009.

73. Nyberg T, Myrberg I, Omerov P, Steineck G, Nyberg U. Depression among parents two to six years following the loss of a child by suicide: A novel prediction model. *Plos One*. 2016; 11(10): e0164091.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164091>

74. Spillane A, Larkin C, Corcoran P, Matvienko-Sikar K, Arensman E. What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? Protocol for an observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*. 2017; 7(3): 8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014707>

75. García JJ. Bioética personalista y bioética principialista. *Perspectivas. Cuadernos de Bioética*. 2013; xxiv(1): 67-76.

This work is under international license Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Comparación de la NaProTecnología con las Técnicas de Reproducción Asistida

How NaProTechnology compares with Assisted Reproductive Technology

Pasquale Gallo, Joseph Tham***

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.05>

Resumen

La progresiva medicalización de la infertilidad en las últimas tres décadas se corresponde con una creciente difusión de las Tecnologías de Reproducción Asistida (TRA), que han dejado en la sombra, casi por completo, otros enfoques más fisiológicos del tratamiento de la infertilidad, que tienen menos riesgos, son más económicos y, a la vez, igualmente efectivos. Este trabajo presenta un enfoque sistemático e integrado: la NaProTecnología (NPT), que tiene como objetivo optimizar las condiciones fisiológicas en cada ciclo menstrual, para permitir, de esta forma, una concepción por métodos naturales. Este método se postula como una mejor solución para el tratamiento de la infertilidad, desde un punto de vista que no sólo es más ético, sino que, además, es compatible con otros puntos de vistas religiosos, médicos, sociales, legales y ambientales. Los gobiernos deberían promover y financiar la NPT y, al mismo tiempo, las sociedades médicas y científicas deberían diseñar estudios para comparar de una manera justa la tasa de éxito, los costos y las complicaciones de la NPT en contraposición al método TRA tradicional.

* Universidad de Edimburgh, Facultad de Medicina y de Medicina Veterinaria. Edimburgo. Reino Unido. Correo electrónico: pasqualegallo.vr@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-1204-5172>

** Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Facultad de Bioética. Roma, Italia. Correo electrónico: jtham@legionaries.org <https://orcid.org/0000-0002-6514-4107>
Recepción: 15 de agosto de 2021. Aceptación: 12 de septiembre de 2021.

Palabras clave: infertilidad, Fertilización *in Vitro* (FIV), métodos de concepción natural, Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO), dignidad humana, paternidad intencional.

1. Introducción

La infertilidad, definida como la incapacidad de concebir tras un año de relaciones sexuales regulares sin anticoncepción, es un problema común y crónico que afecta a mujeres y hombres, y tiene una incidencia de casi el 15% entre las parejas de todo el mundo (1). La infertilidad en las mujeres ocupa el quinto lugar entre las discapacidades graves a nivel mundial, lo que provoca angustia, depresión y, en algunos casos, discriminación (2). En la mayoría de los casos, la causa subyacente, si se investiga adecuadamente, puede identificarse y abordarse (3). Por lo general, se trata de afecciones médicas (factores infecciosos, ambientales y genéticos) y prácticas de estilo de vida (dieta, complicaciones post-aborto, etc.) que históricamente han estado bajo el ámbito de atención de los médicos de familia (4).

No obstante, el tratamiento de la infertilidad se ha desplazado cada vez más en las últimas tres décadas hacia la Tecnología de Reproducción Asistida (TRA), que incluye la Fecundación *In Vitro* (FIV) y la Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (IIE) (5). Las TRA son invasivas, notablemente costosas, presentan varios riesgos para las mujeres y preocupan los resultados en el corto y largo plazo de la descendencia producida. Además, la técnica tiene una tasa de éxito moderada, que podemos estimar con optimismo en torno al 30-40% en mujeres menores de 35 años (3).

La NaProTechnology (NPT) es un enfoque sistemático e integrado para tratar la infertilidad, basado en un conocimiento detallado de los acontecimientos del ciclo ovárico y menstrual de la mujer, para identificar las anomalías y tratarlas en la medida de lo posible. Esta técnica es más económica, no tiene contraindicaciones y casi ningún efecto secundario, educa a las parejas sobre su

fertilidad y la controla, y los médicos de familia pueden aplicarla. El objetivo de la TNP es optimizar las condiciones fisiológicas de cada ciclo menstrual para permitir la concepción natural. Aunque sigue siendo difícil comparar ambos enfoques, la TNP no puede considerarse inferior a las TRA en términos de tasas de éxito (3).

En este artículo se argumenta que la tecnología NPT es una solución mejor para el tratamiento de la infertilidad que las TRA desde varios puntos de vista: ético, religioso, médico, social, legal y medioambiental.

2. Preocupaciones religiosas y éticas sobre las TRA

El anhelo de tener un hijo puede ser intenso y abrumador, y la infertilidad puede afectar a la estabilidad de la pareja y socavar el propio matrimonio. La Iglesia católica reconoce la relevancia de esta cuestión y ha evaluado profundamente, más allá del apoyo espiritual a estos hombres y mujeres, las tecnologías reproductivas que son moralmente aceptables, respetuosas con la dignidad humana y en línea con el Magisterio. Al juzgar la solidez ética de cualquier terapia para la infertilidad, la instrucción *Dignitatis Personae* especifica tres criterios: a) el derecho a la vida y a la integridad física de todo ser humano desde la concepción hasta la muerte natural; b) la unidad del matrimonio, que significa el respeto recíproco del derecho dentro del matrimonio a ser padre o madre sólo junto con el otro cónyuge; c) los valores específicamente humanos de la sexualidad, que exigen *que la procreación de una persona humana se realice como fruto del acto conyugal propio del amor entre los esposos* (Congregación para la Doctrina de la Fe, 2008 n. 12) (6). El principio central de la enseñanza de la Iglesia es la inseparabilidad de los aspectos procreativo y unitivo del amor conyugal, dos aspectos esenciales para crear el ambiente adecuado para nutrir una nueva vida humana indefensa (7). La *Gaudium et Spes* (n. 50) –citada en la *Humanae*

Vitae (n. 10)— afirma que la transmisión de la vida humana es la misión principal de los padres. Al hacerlo, *son cooperadores del amor de Dios Creador y son intérpretes de ese amor* (8).

La sociedad secular moderna ha cortado esta unión sagrada empezando por el uso generalizado de la anticoncepción, que ha afectado gravemente a la estabilidad del matrimonio, aumentando las tasas de infidelidad y divorcio y promoviendo una idea hedonista de la sexualidad (9). Esto avanzó aún más con la legalización del aborto como «práctica médica rutinaria», que en última instancia se convierte en un derecho humano con una progresiva «desescalada de la consideración del valor antropológico de la vida humana» (10). En particular, el embrión humano se convierte en un producto biológico libremente dispuesto para satisfacer nuestros deseos. La puerta se abre aún más con la introducción de las TRA. Se trata de una pendiente resbaladiza que socava la dignidad humana, ya que los niños se convierten en productos de nuestra tecnología, *bienes de consumo que los padres han pagado y tienen «derecho» a esperar* (11).

Las TRA también plantean otros dilemas éticos, principalmente relacionados con la práctica para aumentar la tasa de éxito, como la producción de embriones supernumerarios o el aborto selectivo para eliminar los embriones sobrantes, y los embarazos múltiples. Existe una preocupación fundada de que se pueda abusar de esta técnica con fines eugenésicos y, posiblemente, de clonación humana (12). Es cierto que muchos estados han puesto una moratoria a la clonación humana reproductiva, pero permiten en cierto grado la clonación terapéutica, por lo que la única prohibición verdadera, por el momento, sigue siendo la de implantar el embrión clonado en un útero. Además, la clonación humana ha recibido en la última década un fuerte respaldo por parte de varios científicos de renombre, como el profesor James Watson (premio Nobel de Fisiología o Medicina en 1962), el profesor Udo Schuklenk, el profesor Hugh McLachlan y el profesor Edwards (que realizó el primer bebé de FIV con éxito en 1978), por mencionar a los más famosos (13-15).

3. Preocupaciones médicas, sociales y legales

3.1 Preocupaciones médicas

La FIV se ha hecho tan popular que desde 1978 hasta 2012 han nacido más de 5.4 millones de bebés por esta vía (16). Sin embargo, estas técnicas están asociadas a riesgos médicos críticos tanto para las mujeres como para los futuros niños. Algunas complicaciones son peligrosas y potencialmente mortales. Las complicaciones maternas más frecuentes son: hemorragias en el primer trimestre (29-36%), abortos espontáneos (15-23%), embarazos ectópicos (2-5%) y heterotópicos (TRA 1-10/1000 frente a no TRA 1/2600-30.000), hipertensión inducida por el embarazo y diabetes *mellitus* gestacional (15% de incidencia en la FIV en comparación con la no FIV), placenta previa (3-6 veces mayor en comparación con los embarazos concebidos de forma natural) y parto prematuro (21.5-37% de los nacimientos). Los riesgos fetales más comunes son el embarazo molar –en el que el feto no se forma correctamente en el útero y el bebé no se desarrolla. En las TRA, esto se debe probablemente a la utilización de óvulos inmaduros, a la alteración de la meiosis normal y a la pérdida de cromosomas maternos–; los embarazos múltiples –de 1 a 50 en las TRA, incluso cuando el número de embriones se limita a 3; si no es así, es incluso mayor en comparación con 1 de cada 80 concepciones naturales–; la prematuridad, que puede asociarse a discapacidades en el largo plazo –por ejemplo, parálisis cerebral– y la mortalidad neonatal (4 veces mayor) (17).

Otra complicación grave, a menudo subestimada por los defensores de las TRA y aún no caracterizada a fondo en la literatura médica, es el Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO). En las pacientes sometidas a FIV, son necesarias varias modificaciones iatrogénicas del ciclo ovárico para aumentar las posibilidades de éxito. Las gonadotropinas se administran en dosis mucho más altas que las fisiológicas para sobreestimar los ovarios y que puedan producir múltiples óvulos. A continuación, se extraen los óvulos antes de la

ovulación con una aguja guiada por ecografía, con la mujer anestesiada. El Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO) es una complicación iatrogénica causada por una respuesta excesiva a la estimulación ovárica durante las TRA, con una complicación de hasta el 30% de los ciclos de TRA. Las mujeres pueden sufrir varias complicaciones potencialmente mortales, como ascitis, síndrome compartimental abdominal, disfunción renal, síndrome de dificultad respiratoria aguda, enfermedad tromboembólica e inestabilidad hemodinámica (18). Las consecuencias en el largo plazo de la hiperestimulación ovárica aún no están claras (3).

Para aumentar la tasa de éxito, los médicos transfieren múltiples embriones al útero, por lo que la FIV puede dar lugar a embarazos múltiples con el consiguiente aumento de los riesgos para la madre, en particular en las mujeres mayores, y para la descendencia. Además, cuando las pacientes no desean embarazos múltiples, pueden optar por un aborto selectivo de uno o varios embriones, que conlleva secuelas médicas y psicológicas.

Por último, los costos asociados a las TRA son prohibitivos en algunos países (por ejemplo, en EE.UU. más de 12.000 dólares por ciclo), y la mayoría de los sistemas nacionales de salud no cubren habitualmente los gastos de las TRA. Además, debemos incluir los costos de corto y largo plazo asociados a las complicaciones iatrogénicas. Por ejemplo, podemos considerar la duración de la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, debido a la prematuridad de muchos de estos niños, y los costos de largo plazo asociados a la atención de las complicaciones neurológicas y neuroquirúrgicas (epilepsia, parálisis cerebral, etcétera).

3.2 Preocupaciones sociales y legales

En una encuesta sobre las experiencias de los adultos concebidos con semen de donante en relación con su identidad, parentesco, bienestar y justicia social, los hijos de donantes tuvieron muchos más problemas con la ley y con el abuso de sustancias que los cria-

dos por padres biológicos. Los jóvenes adultos concebidos mediante donación de esperma experimentan una profunda lucha con su identidad y sus orígenes. También es más probable que sus relaciones familiares se caractericen por la confusión, la tensión y la pérdida, y tienen más probabilidades de cometer delitos penales, abusar de las drogas, sufrir depresión y tener dificultades socioeconómicas. Es más probable que experimenten el divorcio de los padres o múltiples transiciones familiares durante su infancia (19).

Algunos defensores de las TRA afirman que la concepción por donante no es más que una forma alternativa de adopción (20). Sin embargo, las únicas similitudes observadas en la literatura son el dolor de la separación y el desconocimiento de sus padres biológicos (17). La adopción suele ser un proceso legal largo y complicado. En comparación, las TRA están poco reguladas. No existen políticas para salvaguardar el interés superior del niño. Las donaciones anónimas de esperma y óvulos, especialmente en Estados Unidos, siguen siendo un gran problema y una clara violación del derecho de los niños a conocer su identidad biológica. Además, la creación de bebés con el ADN de tres o más padres y el de un muerto es ya una realidad (21). Gran Bretaña ha permitido a los científicos crear embriones híbridos que contienen células humanas y animales con fines de investigación. En enero de 2008, el Comité de Licencias de la Autoridad de Fertilización Humana y Embriología (CLAFHE) concedió dos licencias de un año que permitían a los científicos del King's College de Londres y de la Universidad de Newcastle realizar investigaciones con embriones humanos y animales. Nadie puede ver dónde y si esta deriva terminará.

Las TRA también han inaugurado dilemas complejos y sin precedentes en el derecho de familia, como la formulación de la «paternidad intencional». El término apareció en la década de 1990 para resolver casos controvertidos de la ley de gestación subrogada de lesbianas en Estados Unidos. Desde entonces, se ha utilizado ampliamente en el derecho de familia, en el debate público sobre la reproducción y por los defensores de la diversidad familiar. La pa-

ternidad intencional, dicen sus defensores, es adecuada para los niños. *La intención hace a un niño deseado. Cualquiera puede ser un padre intencional (heterosexual, gay, casado, en pareja o soltero)* (22). Lamentablemente, las pruebas han demostrado que la paternidad intencional no es beneficiosa para los niños, y hay muchas razones para cuestionar esta posibilidad (22).

La literatura médica y sociológica ha demostrado ampliamente hasta ahora que los niños nacidos de padre y madre casados presentan una mayor salud física y mental, así como un mejor rendimiento académico e intelectual (23-26). Además, estos niños tienen más probabilidades de construir una relación familiar satisfactoria cuando son adultos (27-30), tienen menos probabilidades de sufrir pobreza, abuso físico y sexual, abuso de alcohol y drogas, de estar involucrados en conductas delictivas, de tener una actividad sexual temprana y de tener hijos prematrimoniales (25, 26).

4. Preocupación por el medio ambiente

Según el informe de la Agencia de Protección del Medio Ambiente (APM), publicado en 2010, y que enumera las 24 causas del calentamiento global, existen *pruebas claras de que la composición de la atmósfera está siendo alterada como resultado de las actividades humanas y de que el clima está cambiando* (31). Además, los quinientos millones de personas más ricas del mundo, el siete por ciento de la población mundial, son responsables del cincuenta por ciento de las emisiones mundiales de dióxido de carbono. Mientras tanto, el cincuenta por ciento más pobre es responsable de sólo el siete por ciento de las emisiones (32).

Las políticas y los legisladores están empezando a reducir gradualmente la contaminación de los vehículos y otras fuentes conocidas de degradación del medio ambiente, a medida que aumenta la conciencia mundial de la contribución de las actividades humanas al cambio climático. Sin embargo, el impacto ecológico de la indus-

tria médica sigue siendo ignorado en gran medida. La industria de las TRA, en particular, merece una consideración especial entre todas las actividades sanitarias, porque además de producir una huella de carbono, que es una fuente adicional de emisión de carbono que contribuye a la degradación ambiental antrópica, tiene la peculiaridad única de crear también un legado de carbono (33). La huella de carbono es el uso acumulado de recursos y la emisión de carbono que cada individuo genera durante su vida en este planeta, mientras que el legado de carbono resulta cuando un ser humano decide procrear.

Obviamente, el legado de carbono también se aplica a las personas que procrean por medios naturales, pero la procreación a través de las TRA en los centros de fertilidad proporciona este servicio a cambio de una tarifa y pueden y deben ser regulados. Desde el punto de vista de la bioética, hay que preguntarse si es prudente crear artificialmente más seres humanos que contribuyan a un ecosistema ya sobrecargado y si un negocio de TRA excesivamente desregulado está éticamente justificado.

Desde 1978, año en que nació el primer bebé humano por fecundación *in vitro*, hasta 2018 han nacido más de 8 millones de bebés gracias a las TRA (34). Esta cifra no es muy impresionante en términos generales y seguramente no es la responsable del crecimiento de la población local, especialmente si tenemos en cuenta que las TRA se ofrecen sobre todo en países con bajas tasas de natalidad.

Sin embargo, si observamos esta cifra en términos de huella de carbono, la situación parece preocupante, porque la gran mayoría de estos nacimientos se producen en Estados Unidos, el primer emisor de carbono del mundo. Un país donde cada niño consumirá 7 veces los recursos de un niño nacido en China (35). A la luz de las pruebas anteriores, algunos autores han sugerido que una moratoria de todas las clínicas de fertilidad sería la decisión más acertada desde el punto de vista medioambiental (33). Esto parece poco probable en el corto plazo. Una primera solución podría ser, al me-

nos, aplicar toques de carbono al negocio de las TRA y recortar las fundaciones a las TRA para las parejas no biológicamente infértiles.

5. La NaProTecnología: una solución alternativa

Muchas parejas que sufren infertilidad creen que las TRA son la única esperanza para su estado. En la mayoría de los casos, la infertilidad es un síntoma de problemas subyacentes que provocan dificultades para concebir o abortos recurrentes. Si se investiga adecuadamente, podemos identificar y corregir la infertilidad. La NPT trabaja precisamente para identificar las causas subyacentes corregibles de los problemas reproductivos de las mujeres y utilizar terapias que trabajen en cooperación con el ciclo de fertilidad natural de la mujer.

La NPT comienza con una consulta inicial para explicar a los pacientes la fisiología reproductiva y las opciones de investigación y tratamiento. De este modo, se diagnosticarán y abordarán las causas dietéticas, de estilo de vida y las médicas subyacentes de la infertilidad (por ejemplo, disfunción tiroidea, problemas hormonales, etc.). Al mismo tiempo, los proveedores pueden enseñar a los pacientes a ganar confianza con los métodos de seguimiento de la fertilidad (sistema *Creighton Model Fertility Care*) para entender sus ciclos. El proceso inicial requiere al menos tres meses para familiarizarse con él, además de varios seguimientos (36).

El seguimiento del moco cervical puede identificar anomalías subóptimas de los niveles hormonales y fases lúteas cortas o variables. Cuando la calidad y la cantidad del moco cervical son inadecuadas, las pacientes pueden tomar medicamentos y suplementos para mejorarlas (por ejemplo, Vit, B6, guaifenesina, varios antibióticos) (37). Pueden recibir suplementos hormonales con gonadotropina coriónica humana o progesterona para apoyar la fase lútea. Las pacientes pueden necesitar tomar clomifeno, un medicamento estrogénico, para estimular la ovulación (38). En función de los

biomarcadores hormonales en las gráficas y de los niveles séricos medidos durante la fase lútea media, pueden ajustar las dosis de medicación.

Al mismo tiempo, las parejas conocen los biomarcadores de la ovulación para planificar el coito y en consecuencia maximizar sus posibilidades de fecundación. En algunos casos, puede ser necesaria una intervención quirúrgica (por ejemplo, trompas de Falopio bloqueadas o dañadas, endometriosis, etc.) para restablecer el ciclo reproductivo normal de la mujer. La NPT también puede investigar y tratar las posibles causas corregibles de la infertilidad masculina. La NaProTecnología es, sobre todo, una terapia de pareja.

La diferencia crucial entre el enfoque de la TNP y el de las TRA estándar respecto de la infertilidad es el compromiso de identificar y tratar exhaustivamente las causas subyacentes corregibles de la infertilidad, para que la pareja pueda concebir mediante relaciones sexuales naturales. La tasa de éxito de la TNP es difícil de comparar con la de las TRA por varias razones. Las principales son que actualmente existen demasiadas diferencias en los métodos utilizados y en las poblaciones de estudio, y que no hay ensayos controlados aleatorios debidamente estructurados.

Una revisión sistemática de Cochrane concluye que no hay datos suficientes para demostrar la eficacia de las TRA sobre el tratamiento menos intensivo de la infertilidad (39). Hay algunos informes de datos de centros de TNP que indican que la eficacia es similar o, en algunos casos, incluso mejor que la de las TRA (40).

Stanford *et al.* informaron del resultado de su experiencia con la NPT en 1,072 parejas con una edad media de 35.8 años entre 1998 y 2002. Un tercio de estas mujeres se habían sometido previamente a TRA y la media de tiempo que habían intentado concebir antes de iniciar la TNP era de 5.6 años. Aproximadamente el 40% de las parejas concibieron mediante TNF. Su edad media era de 34.8 años y sólo el 21% se sometió a TRA antes de la NPT. Entre los nacidos vivos, el 4.6% fueron gemelos, el 88% llegaron a término y sólo el 1.4% de los nacidos vivos tuvieron bajo peso (menos de 1.5 kg) (3).

Estos resultados deben considerarse al menos en consonancia con los mejores datos disponibles sobre las TRA, como también confirma la mencionada revisión sistemática de Cochrane, que no encontró datos para considerar que la eficacia de las TRA sea superior a la de otras técnicas menos invasivas, incluida la NPT (39).

Kiani *et al.* realizaron una extensa revisión de la literatura de todos los artículos publicados hasta julio de 2019, comparando las TRA y la NPT y encontraron, además de la alta incidencia de complicaciones maternas y fetales (ya comentada anteriormente) también un aumento de frecuencia preocupante en las anomalías genéticas y epigenéticas en los niños nacidos mediante TRA (41).

Según Niemitz y Feinberg, las alteraciones epigenéticas podrían estar relacionadas con algunos de los pasos del procedimiento utilizado en las TRA, como: el cultivo *in vitro*, los medios utilizados, la hiperestimulación ovárica inducida o el momento de maduración de los gametos que se cosechan (42).

El enfoque de la TNP parece ética y médicamente sólido por su tasa casi nula de complicaciones, sus bajos costos y su capacidad para revelar y tratar varias condiciones médicas que afectan a la infertilidad y a la salud general de la mujer, como los ciclos irregulares de sangrado anormal, el síndrome premenstrual y el síndrome de ovario poliquístico (43).

6. Conclusiones

La procreación humana es un acto personal que, idealmente, debería implicar la responsabilidad de una pareja casada y la estructura de la vida conyugal. Para los creyentes, la procreación es un acto directo del Creador, y los cónyuges son cooperadores e intérpretes del amor de Dios al dar vida a una nueva persona. La noble intención de tratar la infertilidad y tener un hijo no puede justificar cualquier método o procedimiento reproductivo para lograr el objetivo. Las actividades médicas deben limitarse a ayudar a la pareja en su mi-

sión, tratando o eliminando los obstáculos del proceso natural sin convertirse en un acto sustitutivo y manipulador.

La tecnología de reproducción asistida pone intrínsecamente en peligro los valores esenciales y sagrados de la vida humana y el matrimonio. Socava la armonía entre la libertad y la responsabilidad humanas. Devalúa la naturaleza hipocrática de la profesión médica, al perpetrar un «divorcio entre la ciencia y la moral» (44), que compromete la primacía de la persona sobre las cosas. Además, las TRA plantean riesgos potencialmente mortales para la mujer y el feto y conllevan costosos inconvenientes médicos, sociales y jurídicos en el largo plazo. Además, la huella de carbono y el legado creado por las TRA deben ser cuidadosamente considerados por los políticos y los legisladores, a la luz de las crecientes pruebas y preocupaciones sobre las contribuciones antrópicas al cambio climático.

Afortunadamente, hay formas de criar a la próxima generación sin necesidad de utilizar las TRA. La NaProTecnología es no invasiva, menos arriesgada, menos costosa y protege «la unidad física y espiritual del acto conyugal» (45), un enfoque que puede tratar la infertilidad con tasas de éxito aparentemente similares a las de las TRA. La NaProTecnología debería ser promovida y financiada por los gobiernos y ampliamente respaldada por la comunidad médica y científica.

Agradecimientos

Este artículo se ha extraído parcialmente de un ensayo escrito por el primer autor, como parte de los requisitos del curso «Bioética, Sexualidad y Reproducción Humana» de la Maestría en Bioética Global (MS), un programa copatrocinado por la Escuela de Bioética de la Universidad Anáhuac México, en colaboración con el Ateneo Pontificio Regina Apostolorum y la Cátedra UNESCO de Bioética y Derechos Humanos de Roma. El primer autor agradece los comentarios y aportaciones al borrador final del profesor Joseph Tham, director del curso, como parte de la evaluación del ensayo.

Divulgación

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses con respecto a la investigación, la autoría y/o la publicación de este artículo. Los puntos de vista, pensamientos y opiniones expresados en este artículo pertenecen exclusivamente a los autores; en particular, el primer autor actúa por su cuenta y no representa al sistema de salud ni a la Universidad para la que trabaja.

Referencias bibliográficas

1. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*. 2007; 22(6): 1506-1512. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem046>
2. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*. 2012; 9(12): e1001356. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356>
3. Stanford JB, Parnell AT, Boyle PC. Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*. 2008; 21(5): 375-384. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2008.05.070239>
4. Cates W, Farley TM, Rowe PJ. Worldwide patterns of infertility: Is Africa different? *Lancet*. 1985; 2: 596-598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)90594-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)90594-X)
5. Copperman AB, DeCherney AH. Turn, turn, turn. *Fertil Steril*. 2006; 85(1): 12-13. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.07.1297>
6. Lee P, Tham J. Catholic approaches to procreation and infertility. In: Joseph Tham, Alberto García Gómez, John Lunstroth eds. *Multicultural & Interreligious Perspectives on the Ethics of Human Reproduction*. Springer. 2021 (en prensa).
7. Genesis 1: 28, «Be fertile and multiply»; Genesis 2: 24, «That is why a man leaves his father and mother and is united to his wife, and they become one flesh».
8. Pope Paul VI, Pastoral Constitution on The Church in The Modern World, *Gaudium et Spes*; 7 de diciembre de 1965.
9. Wilson MA. The practice of natural family planning versus the use of artificial birth control: Family, sexual and moral issues. *Catholic Social Science Review*. 2002; 7. <https://doi.org/10.5840/cssr2002718>
10. Sgreccia E. *Personalist Bioethics: Foundations and applications*. 1ª edición. Philadelphia: National Catholic Bioethics Center. 2012: 475-531.

11. United States Conference of Catholic Bishops. Life-giving love in an age of technology. 2017. Disponible en: <http://www.usccb.org/upload/lifegiving-love-age-technology-2009.pdf>
12. Tham J. Will to power: A critique of nihilistic tendencies in reproductive technology. *The New Bioethics*. 2012; 18(2): 115-132. <https://doi.org/10.1179/2050287713Z.00000000014>
13. «Leading Bioethicist Supports Reproductive Cloning». *BioEdge*, no. 241; 21 de marzo de 2007.
14. «What Is Wrong with Cloning Anyway». *BioEdge*, no. 221; 3 de octubre de 2006.
15. «Let's Legalise Human Cloning, Says Bioethicist». *BioEdge*, no. 259; 1 de agosto de 2007.
16. Assefi N, Levine BA. How in Vitro Fertilization (IVF) works. *TED-Ed*. 2015. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=P27waC05Hdk>
17. Hilbert SM, Gunderson S. Complications of assisted reproductive technology. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2019; 37(2): 239-249. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2019.01.005>
18. Timmons D, Montrieff T, Koyfman A, Long B. Ovarian Hyperstimulation Syndrome: A review for emergency clinicians. *Am J Emerg Med*. 2019; 37(8): 1577-1584. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.05.018>
19. Marquardt E, Glenn ND, Clark K. *My daddy's name is donor: A new study of young adults conceived through sperm donation*. 1ª edición, Broadway Publications; 2010.
20. Véase Alternativefamilies.org que tiene información para ayudar a gays y lesbianas a tener hijos a través de diferentes medios.
21. Gallagher J. It is time to make three-person babies. *BBC News, Sec. Health*. 30 de noviembre de 2016. Disponible en: <http://www.bbc.com/news/health-38159777>
22. Marquardt E. One parent or five: A global look at today's new intentional families. *The Institute for American Values*. Septiembre de 2011.
23. Jeynes HS. The effects of several of the most common family structures on the academic achievement of eighth graders. *Marriage and Family Review*. 2000; 30(1-2): 73-97. https://doi.org/10.1300/J002v30n01_06
24. Stack S, Ross Eshleman J. Marital status and happiness: A 17-Nation study. *Journal of Marriage and the Family*. 1998; 60(2): 527-536. <https://doi.org/10.2307/353867>
25. Dawson DA. Family structure and children's health and well-being: Data from the 1988 national health interview survey on child health. *Journal of Marriage and the Family*. 1991; 53(3): 573-584. <https://doi.org/10.2307/352734>
26. Rohner RP, Veneziano RA. The Importance of father love: History and contemporary evidence. *Review of General Psychology*. 2001; 5(4): 382-405. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.4.382>
27. Putnam F. Ten year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003; 42(3): 269-279. <https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>

28. Stiffman M. *et al.* Household composition and risk of fatal child maltreatment. *Pediatrics*. 2002; 109(4): 615-621. <https://doi.org/10.1542/peds.109.4.615>
29. Brown SL. The effect of union type on psychological well-being: Depression among cohabitators versus marrieds. *Journal of Health and Social Behaviour*. 2000; 41(3): 241-255. <https://doi.org/10.2307/2676319>
30. Horwitz AV, Raskin H. The relationship of cohabitation and mental health: A study of a young adult cohort. *Journal of Marriage and the Family*. 1998; 60(2): 505ff. <https://doi.org/10.2307/353865>
31. Environmental Protection Agency. Climate change indicators in the United States. 2010. Disponible en: <http://www.epa.gov/climatechange/indicators.html>
32. Asin D. Covering Climate: What's population got to do with It? Woodrow Wilson International Center for Scholars Events; 14 de octubre de 2009. Disponible en: <http://www.wilsoncenter.org/event/covering-climate-whats-population-got-to-do-it>
33. Richie C. What would an environmentally sustainable reproductive technology industry look like. *J Med Ethics*. 2015; 41: 383-387. <https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101716>
34. Scutti S. At least 8 million IVF babies born in 40 years since historic first. 3 de julio de 2018. Disponible en: <https://edition.cnn.com/2018/07/03/health/worldwide-ivf-babies-born-study/index.html>.
35. Murtaugh P, Schla M. Reproduction and the carbon legacies of individuals. *Global Environ Change*. 2009; 19: 14-20. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2008.10.007>
36. Hilgers TW. Introduction to the Creighton Model System. En: Hilgers TW, ed. The medical and surgical practice of NaproTechnology. *Ohama (NE): Pope Paul VI Institute Press*. 2004: 43-56.
37. Check JH. Diagnosis and treatment of cervical mucus abnormalities. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2006; 33: 140-142.
38. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Use of Clomiphene in women. *Fertil Steril*. 2003; 80(5): 1302-1308. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(03\)01184-1](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(03)01184-1)
39. Pandian Z, Bhattacharya S, Vale S, Templeton A. En Vitro Fertilization for unexplained infertility. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 18(2): CD003357. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003357.pub2>
40. Johnson NP, Proctor M, Farquhar CM. Gaps in the evidence for fertility treatment, an analysis of the Cochrane menstrual disorders and subfertility group database. *Hum Reprod*. 2003; 18(5): 947-954. <https://doi.org/10.1093/eshremonographs/2003.3.21>
41. Kiani AK *et al.* Complications related to *In Vitro* Reproductive techniques support the implementation of natural procreative technologies. *Acta Biomed*. 2020; 91(13-S): e2020018.
42. Niemitz EL, Feinberg AP. Epigenetics and assisted reproductive technology: A call for investigation. *Am J Hum Genet*. 2004; 74(4): 599-609. <https://doi.org/10.1086/382897>

Comparación de la NaProTecnología con las Técnicas de Reproducción Asistida

43. Saint Peter's Healthcare System. NaProTechnology, new hope in infertility. 2012. Disponible en: <https://www.youtube.com/embed/ylaZGW028y8>
44. John Paul II. Address to UNESCO. 2 de junio de 1980. Disponible en: <http://inters.org/John-Paul-II-UNESCO-Culture>
45. Congregation for the Doctrine of the Faith. *Donum Vitae*. Part II: Interventions upon human procreation. 1983.

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



How NaProTechnology compares with Assisted Reproductive Technology

Comparación de la NaProTecnología con las Técnicas de Reproducción Asistida

*Pasquale Gallo, * Joseph Tham***

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.05>

Abstract

The progressive medicalisation of infertility in the last three decades has corresponded to an increasing diffusion of the Assisted Reproductive Technologies (ART) which have nearly completely concealed other more physiological, less risky, inexpensive and equally effective approaches to infertility. This paper tries to show how a systematic and integrated approach, such as NaProTechnology (NPT), which aims at optimising the physiological conditions in each menstrual cycle to allow a natural conception, seems to be a better solution for the treatment of infertility from ethical, medical, social, legal and environmental points of view. Governments should promote and finance NPT, and at the same time, medical and scientific societies should design studies to fairly compare NPT success rate, costs and complications to traditional ART.

Keywords: Infertility, *In Vitro* Fertilization (IVF), natural conception methods, fertility awareness, Ovarian Hyperstimulation Syndrome (OHSS), human dignity, intentional parenthood.

* University of Edimburgh, College of Medicine and Veterinary Medicine. Edimburgh. United Kingdom. Email: pasqualegallo.vr@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-1204-5172>

** Regina Apostolorum Pontifical University, School of Bioethics. Rome, Italy.
Email: jtham@legionaries.org <https://orcid.org/0000-0002-6514-4107>
Reception: August 15, 2021. Acceptance: September 12, 2021.

1. Introduction

Infertility, defined as the inability to conceive after a year of regular intercourse without contraception, is a common and chronic problem affecting women and men and has an incidence of nearly 15% among couples worldwide (1). Infertility in women ranks among the 5th highest serious global disabilities leading to distress, depression, and, in some cases, discrimination (2). In most cases, the underlying cause, if properly investigated, can be identified and addressed (3). These are usually medical conditions (infectious, environmental, and genetic factors) and lifestyle practices (dietary, post-abortion complications, etc.) that have historically been under the realm of care of the family doctors (4).

Nonetheless, the treatment of infertility has increasingly shifted in the last three decades toward Assisted Reproductive Technology (ART), including in vitro fertilization (IVF) and intracytoplasmic sperm injection (ICSI) (5). ART is invasive, remarkably expensive, presents several risks for women, and concerns the short and long-term outcomes of the offspring produced. Furthermore, the technique has a moderate success rate that we can optimistically estimate at around 30-40% in women younger than 35 (3).

NaProTechnology (NPT) is a systematic and integrated approach to treat infertility based on a detailed knowledge of the woman's ovarian and menstrual cycle events to identify the abnormalities and treat them as far as possible. This technique is more economical, has no contraindication and close to zero side effects, educates couples about their fertility, and monitors it, and family doctors can deliver it. The goal of NPT is to optimize the physiological conditions in each menstrual cycle to allow natural conception. Even if it remains difficult to compare the two approaches, NPT cannot be considered inferior to ART in terms of success rates (3).

This paper will argue that NaProTechnology is a better solution for infertility treatment than ART from several points of view: ethical, religious, medical, social, legal and environmental.

2. Religious and ethical concerns with ART

The longing for a child can be intense and overwhelming, and infertility can affect the stability of the couple and undermine the marriage itself. The Catholic Church recognizes the relevance of this issue and has deeply evaluated, beyond the spiritual support to these men and women, reproductive technologies that are morally acceptable, respectful of human dignity, and in line with the Magisterium. In judging the ethical soundness of any therapy for infertility the instruction of *Dignitatis Personae* specifies three criteria: a) the right to life and to physical integrity of every human being from conception to natural death; b) the unity of marriage, which means reciprocal respect for the right within marriage to become a father or mother only together with the other spouse; c) the specifically human values of sexuality which require «that the procreation of a human person be brought about as the fruit of the conjugal act specific to the love between spouses (Congregation for the Doctrine of the Faith, 2008 n. 12) (6). The central tenet of the Church teaching is the inseparability of the procreative and unitive aspects of married love, two essential aspects of creating the proper environment to nurture a new, defenseless human life (7). *Gaudium et Spes* (n. 50) –cited in *Humanae Vitae* (n. 10)– affirms that transmitting human life is the parents' primary mission. In doing so, *they are cooperators with the love of God the Creator and are the interpreters of that love* (8).

Modern secular society has severed this sacred union starting with the widespread use of contraception, which has gravely affected the stability of the marriage, increasing the infidelity and divorce rates and promoting a hedonistic idea of sexuality (9). This further advanced with the legalization of abortion as «routine medical practice», which ultimately becomes a human right with a progressive «de-escalation of consideration for the anthropological value of the human life» (10). In particular, the human embryo becomes a biological product freely disposed to fulfil our desires. The door

further opens with the introduction of ART. It is a slippery slope that undermines human dignity as children become products of our technology, *consumer goods which parents paid for and have a «right» to expect* (11).

ART also poses other ethical dilemmas, mainly related to the practice to increase the success rate, such as the production of supernumerary embryos or selective abortion to eliminate extra embryos, and multiple pregnancies. There is a well-founded worry that we can abuse this technique for eugenic purposes, and, possibly, for human cloning (12). It is true that many states have put a moratorium on reproductive human cloning but permit at some degree therapeutic cloning, hence the only true ban, at the moment, remains to implant the clone embryo into a womb. In addition, human cloning has received in last decade a strong endorsement by several renown scientists such as Prof James Watson (Nobel prize in Physiology or Medicine in 1962), Prof. Udo Schuklenk, Prof. Hugh McLachlan and Prof. Edwards (who performed the first successful IVF baby in 1978), just to mention the most famous ones (13-15).

3. Medical, social and legal concerns

3.1 Medical concerns

IVF has become so popular that over 5,4 million babies have been born in this way from 1978 till 2012 (16). However, these techniques are associated with critical medical risks both for women and future children. Some complications are dangerous and potentially life-threatening. The most common maternal complications are: first trimester bleeding (29-36%), miscarriage (15-23%), ectopic (2-5%) and heterotopic pregnancies (ART 1-10/1000 versus non-ART 1/2,600-30,000), pregnancy-induced hypertension and gestational diabetes mellitus (15% incidence in IVF compared to non-IVF),

placenta previa (3-6 folds higher compared to naturally conceived pregnancies) and preterm labour (21.5-37% of births). The most common foetal risks are molar pregnancy (where a foetus does not form properly in the womb, and a baby does not develop. In ART, this is probably due to the use of immature ova, disruption of normal meiosis, and loss of maternal chromosomes), multiple pregnancies (1-3 in 50 in ART even when the number of embryos is limited to 3, otherwise even higher; compared to 1 in 80 natural conceptions), prematurity which can be associated with long term disability (e.g., cerebral palsy) and neonatal mortality (4 times higher) (17).

Another severe complication, often understated by ART advocates and still not thoroughly characterized in the medical literature, is the Ovarian Hyperstimulation Syndrome (OHSS). In patients undergoing IVF, several iatrogenic modifications to the ovarian cycle are necessary to increase the chances of success. Gonadotrophins are administered at much higher doses than physiological levels to overstimulate the ovaries so that they can produce multiple eggs. The eggs are then retrieved before ovulation with an ultrasound-guided needle, with the woman under anaesthesia. OHSS is a iatrogenic complication caused by an excessive response to ovarian stimulation during ART with a complication un up to 30% of ART cycles. Women can face several potentially life-threatening complications, including ascites, abdominal compartment syndrome, renal dysfunction, acute respiratory distress syndrome, thromboembolic disease, and hemodynamic instability (18). The long-term consequences of ovarian hyperstimulation are still unclear (3).

To increase the success rate, doctors transfer multiple embryos into the uterus, which is why IVF can result in multiple pregnancies with all the associated increased risks for the mother, particularly older women, and the offspring. Moreover, when patients do not want multiple pregnancies, they may choose to have a selective abortion of one or more embryos, which carries medical and psychological sequelae.

Finally, the costs associated with ART are prohibitive in some countries (e.g., in the USA, over \$12,000 per cycle), and most national health systems do not routinely cover the expenses of ART. Also, we should include the short and long-term costs associated with iatrogenic complications. For instance, we can just consider the length of stay in Paediatric Intensive Care Unit due to the prematurity of many of these children and the long-term costs associated with the care of the neurological and neurosurgical complications (epilepsy, cerebral palsy, etcetera).

3.2 Social and legal concerns

In a survey of experiences of adults conceived with donor sperm regarding their identity, kinship, well-being, and social justice, donor offspring had significantly more issues with the law and substance abuse-related problems than those raised by biological parents. Young adults conceived with sperm donation experience a profound struggle with their identity and origins. Their family relationships were also more likely to be characterized by confusion, tension, loss, and they are more likely to have criminal offenses, drug substance abuse, depression, and socioeconomic difficulties. They are more likely to experience parental divorce or multiple family transitions during their childhood (19).

Some advocates of ART affirm that donor conception is just an alternative form of adoption (20). Nonetheless, the only similarities noted in the literature are the pain of separation and not knowing their biological parents (17). Adoption is often a lengthy and complicated legal process. In comparison, ART is mostly under-regulated. There are no policies to safeguard the best interest of the child. Anonymous sperm and egg donations, especially in the USA, remain a huge problem and a clear violation of the children's rights to know their biological identity. Moreover, creating babies with DNA of three or more parents and the DNA of a dead man is already a reality (21). Great Britain has allowed scien-

tists to create hybrid embryos containing human and animal cells for research purposes. In January 2008, The Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) License Committee granted two one-year licenses permitting scientists at King's College London and Newcastle University to carry out research using human-animal embryos. Nobody can see where and if this drift will end.

ART has also inaugurated complex and unprecedented dilemmas in family law, such as the formulation of «intentional parenthood». The term appeared in the 1990s to resolve disputed lesbian surrogacy law cases in the USA. Since then, it has been broadly used within family law, in public discussion about reproduction, and by advocates of family diversity. Intentional parenthood, proponents say, is suitable for children. *Intention makes a wanted child. Anyone can be an intentional parent (straight, gay, married, partnered, or single)* (22). Unfortunately, evidence has shown that intentional parenthood is not beneficial for children, and there are many reasons to question this possibility (22).

Medical and Sociological literature has extensively showed so far that children born from a married father and mother display an increased physical and mental health as well as better academic and intellectual performances (23-26). Furthermore, these children are more likely to build a successfully family relationship when adults (27-30), they are less likely to experience poverty, physical and sexual abuse, alcohol and drug abuse, being involved in criminal behaviours, early sexual activity and premarital childbearing (25, 26).

4. Environmental concerns

According to the Environmental Protection Agency (EPA) report, released in 2010, and listing the 24 causes of global warming, there is *clear evidence that the composition of the atmosphere is being altered as a result of human activities and that the climate is changing* (31). Furthermore, the world's richest half billion people, seven percent of the

global population, are responsible for fifty percent of the world's carbon dioxide emissions. Meanwhile, the poorest fifty percent are responsible for just seven percent of emissions (32).

Policy and lawmakers are gradually starting to reduce vehicle pollution and other known sources of environmental degradation as the global awareness of the human activities contribution to climate change is rising. Nonetheless, the ecological impact of medical industry is still largely overlooked. ART's industry, in particular, warrants a special consideration amongst all healthcare activities, because beyond producing a carbon footprint, which is an additional source of carbon emission contributing to anthropic environmental degradation, it has the unique peculiarity of creating also a carbon legacy (33). A carbon footprint is a cumulative use of resources and carbon emission that each individual generates during his life on this planet, whilst a carbon legacy results when a human being decides to procreate.

Obviously, carbon legacy also applies to people procreating through natural means, but procreation through ARTs in fertility centres provide this service for a fee and they can and should be regulated. From a bioethical point of view, one must ask if it is wise to artificially create more human beings contributing to an already overburden ecosystem and if an overly unregulated ART business is ethically justified.

Since 1978, birth of the first human baby through in vitro fertilization, till 2018 over 8 million babies have been born as a result of ARTs (34). This number is not very impressive in general terms and surely is not the responsible of local population growth especially if we consider that ARTs are mostly offered in low birth rates countries.

However, if we look at this number in terms of carbon footprint, the situation appears concerning because the vast majority of these births happens in USA, the number one carbon emitter in the world. A country where each child will consume 7 times the resources of a child born in China (35). In light of the above evi-

dence, some authors have suggested that a moratorium on all fertility clinics would be the soundest decision from an environmental point of view (33). This seems unlikely in the short term. An initial solution could be, at least, applying carbon caps to ARTs business and cutting the funds to ARTs for not biologically infertile couples.

5. NaProTechnology: an alternative solution

Many couples experiencing infertility believe that ART is the only hope for their condition. In most cases, infertility is a symptom of underlying problems causing difficulty in conceiving or recurrent miscarriages. If properly investigated, we can identify and correct infertility. NPT works precisely to identify the underlying correctable causes of women's reproductive issues and use therapies that work cooperatively with the women's naturally occurring fertility cycle.

NPT starts with an initial consultation to explain reproductive physiology, investigative and treatment options to the patients. In this way, dietary, lifestyle, and underlying medical causes of infertility (e.g., thyroid dysfunction, hormonal problems, etc.) will be diagnosed and addressed. At the same time, providers can teach patients how to gain confidence with fertility tracking methods (Creighton Model Fertility Care system) to understand their cycles. The initial process takes at least 3 months to familiarize with it, plus several follow-ups (36).

The tracking of the cervical mucus may identify suboptimal hormonal levels' underlying abnormalities and short or variable luteal phases. When the quality and quantity of cervical mucus is inappropriate, patients may take medications and supplements to improve them (e.g., Vit. B6, guaifenesin, several antibiotics) (37). They may receive hormonal supplementation with human chorionic gonadotropin or progesterone support the luteal phase. Pa-

tients may need to take Clomiphene, an estrogenic medication, to stimulate ovulation (38). Depending on the hormonal biomarkers in charting and serum levels measured during the mid-luteal phase, they may adjust the medication dosages.

Simultaneously, couples learn about the ovulation biomarkers to plan intercourse accordingly and maximize their chances of fertilization. In some cases, surgical intervention may be necessary (e.g., blocked or damaged fallopian tubes, endometriosis, etc.) to restore the woman's normal reproductive cycle. NPT can also investigate and treat possible correctable causes of male infertility. NaProTechnology is, most importantly, a couple therapy.

The crucial distinction between NPT's and standard ART's approach to infertility is a commitment to exhaustively identify and treat the underlying correctable causes of infertility so that the couple may conceive through natural intercourse. NPT's success rate is difficult to compare with ART for several reasons. The main ones are that there are too many differences in methods utilized and study populations at present and no properly structured randomized controlled trials.

A systematic Cochrane review concludes that there is insufficient data to demonstrate ART's effectiveness over less intensive therapy for infertility (39). There are some reports of data from NPT centres that effectiveness is similar or, in some cases, even better than ART (40).

Stanford et al. reported the outcome of their experience with NaProTechnology in 1072 couples with an average female age of 35.8 years from 1998 till 2002. A third of these women had previously undergone ART and the mean length of time they had tried conceiving before starting NPT was 5.6 years. Approximately 40% of the couples conceived using NPT. Their mean age was 34.8 years and only 21% underwent ART before NPT. Amongst the live births, 4.6 % were twins, 88% were to term and only 1.4% of live births had low birth weight (less than 1.5 Kg) (3).

These results are to be considered at least in line with the best data available on ART, as it is also confirmed by the abovementioned Cochrane systematic review which found no data to consider that ART effectiveness is superior to other less invasive techniques, including NPT (39).

Kiani *et al.* performed an extensive review of the literature of all articles published till July 2019 comparing ART and NaProTechnology and they found, beyond the high incidence of maternal and foetal complications (already discussed above) also a concerned increased frequency in genetic and epigenetic abnormalities in children born via ARTs (41).

According to Niemitz and Feinberg, epigenetic alterations could be related to some of the procedural steps used in ARTs, such as: in vitro culture, the media used, the induced ovarian hyperstimulation, or the maturational timing of the gametes that are harvested (42).

NPT's approach appears ethically and medically sound with its close to zero rate of complications, low costs, and the ability to disclose and treat several medical conditions affecting infertility and women's general health, such as irregular cycles of abnormal bleeding, premenstrual syndrome, and polycystic ovarian syndrome (43).

6. Conclusions

Human procreation is a personal act that should ideally involve the responsibility of a married couple and the structure of marital life. For believers, the procreation is a direct act of the Creator, and the spouses are cooperators and interpreters of God's love in bringing to life a new person. The noble intention of treating infertility and having a child cannot justify any method or reproductive procedure to achieve the aim. Medical activities should be limited to assist the couple in their mission, treating or removing obstacles to the natural process without becoming a substitutive and manipulative act.

Assisted reproductive technology inherently endanger the essential and sacred values of human life and marriage. It undermines the harmony between human freedom and responsibility. It devaluates the Hippocratic nature of the medical profession by perpetrating a «divorce between science and morality» (44), which compromises the primacy of person over things. Furthermore, ART poses potentially life-threatening risks for the woman and the foetus and carries long-term expensive medical, social, and legal drawbacks. In addition, the carbon footprint and legacy created by ART should be carefully considered by policy, and lawmakers in light of the growing evidence and concerns on anthropic contributions to climate change.

Providentially, there are ways to raise the next generation without the need to use ART. NaProTechnology is non-invasive, less risky, less expensive and protects «the physical and spiritual unity of the conjugal act» (45), an approach that can treat infertility with success rates apparently similar to ART. NaProTechnology should be promoted and financed by governments and widely endorsed by the medical and the scientific communities.

Acknowledgments

This paper is partially drawn from an essay written by the first author as part of the requirements for the «Bioethics, Sexuality and Human Reproduction» course of a Master's degree in Global Bioethics (MS), a co-sponsored program of the School of Bioethics of Universidad Anáhuac México in collaboration with Ateneo Pontificio Regina Apostolorum and the UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights, Rome. The first author gratefully acknowledges the comments and contributions to the final draft from Professor Joseph Tham, the course director, as part of the evaluation of the essay.

Disclosure

The authors declare no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article. The views, thoughts, and opinions expressed in this article belong solely to the authors; in particular, the first author is acting on his own and is not representing the health system or the University he works for.

Bibliographic references

1. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*. 2007; 22(6): 1506-1512. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem046>
2. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*. 2012; 9(12): e1001356. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356>
3. Stanford JB, Parnell AT, Boyle PC. Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*. 2008; 21(5): 375-384. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2008.05.070239>
4. Cates W, Farley TM, Rowe PJ. Worldwide patterns of infertility: Is Africa different? *Lancet*. 1985; 2: 596-598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)90594-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)90594-X)
5. Copperman AB, DeCherney AH. Turn, turn, turn. *Fertil Steril*. 2006; 85(1): 12-13. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.07.1297>
6. Lee P, Tham J. Catholic approaches to procreation and infertility. In: Joseph Tham, Alberto García Gómez, John Lunstroth eds. *Multicultural & Interreligious Perspectives on the Ethics of Human Reproduction*. Springer. 2021 (In press).
7. Genesis 1: 28, «Be fertile and multiply»; Genesis 2: 24, «That is why a man leaves his father and mother and is united to his wife, and they become one flesh».
8. Pope Paul VI, Pastoral Constitution on The Church in The Modern World, *Gaudium et Spes*, December 7, 1965.
9. Wilson MA. The practice of natural family planning versus the use of artificial birth control: Family, sexual and moral issues. *Catholic Social Science Review*. 2002; 7. <https://doi.org/10.5840/cssr2002718>
10. Sgreccia E. *Personalist Bioethics: Foundations and applications*. 1st edition. Philadelphia: National Catholic Bioethics Center. 2012: 475-531.

11. United States Conference of Catholic Bishops. Life-giving love in an age of technology. 2017. Available at: <http://www.usccb.org/upload/lifegiving-love-age-technology-2009.pdf>
12. Tham J. Will to power: A critique of nihilistic tendencies in reproductive technology. *The New Bioethics*. 2012; 18(2): 115-132. <https://doi.org/10.1179/2050287713Z.00000000014>
13. «Leading Bioethicist Supports Reproductive Cloning». *BioEdge*, no. 241; March 21, 2007.
14. «What Is Wrong with Cloning Anyway». *BioEdge*, no. 221; October 3, 2006.
15. «Let's Legalise Human Cloning, Says Bioethicist». *BioEdge*, no. 259; August 1, 2007.
16. Assefi N, Levine BA. How in Vitro Fertilization (IVF) works. *TED-Ed*. 2015. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=P27waC05Hdk>
17. Hilbert SM, Gunderson S. Complications of assisted reproductive technology. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2019; 37(2): 239-249. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2019.01.005>
18. Timmons D, Montrief T, Koefman A, Long B. Ovarian Hyperstimulation Syndrome: A review for emergency clinicians. *Am J Emerg Med*. 2019; 37(8): 1577-1584. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.05.018>
19. Marquardt E, Glenn ND, Clark K. *My daddy's name is donor: A new study of young adults conceived through sperm donation*. 1st Edition, Broadway Publications; 2010.
20. See Alternativefamilies.org which has information to help gays and lesbians to have children through different means.
21. Gallagher J. It is time to make three-person babies. *BBC News, Sec. Health*. November 30, 2016. Available at: <http://www.bbc.com/news/health-38159777>
22. Marquardt E. One parent or five: A global look at today's new intentional families. *The Institute for American Values*. September 2011.
23. Jaynes HS. The effects of several of the most common family structures on the academic achievement of eighth graders. *Marriage and Family Review*. 2000; 30(1-2): 73-97. https://doi.org/10.1300/J002v30n01_06
24. Stack S, Ross Eshleman J. Marital status and happiness: A 17-Nation study. *Journal of Marriage and the Family*. 1998; 60(2): 527-536. <https://doi.org/10.2307/353867>
25. Dawson DA. Family structure and children's health and well-being: Data from the 1988 national health interview survey on child health. *Journal of Marriage and the Family*. 1991; 53(3): 573-584. <https://doi.org/10.2307/352734>
26. Rohner RP, Veneziano RA. The Importance of father love: History and contemporary evidence. *Review of General Psychology*. 2001; 5(4): 382-405. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.4.382>
27. Putnam F. Ten year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003; 42(3): 269-279. <https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>

28. Stiffman M. *et al.* Household composition and risk of fatal child maltreatment. *Pediatrics*. 2002; 109(4): 615-621. <https://doi.org/10.1542/peds.109.4.615>
29. Brown SL. The effect of union type on psychological well-being: Depression among cohabitators versus marrieds. *Journal of Health and Social Behaviour*. 2000; 41(3): 241-255. <https://doi.org/10.2307/2676319>
30. Horwitz AV, Raskin H. The relationship of cohabitation and mental health: A study of a young adult cohort. *Journal of Marriage and the Family*. 1998; 60(2): 505ff. <https://doi.org/10.2307/353865>
31. Environmental Protection Agency. Climate change indicators in the United States. 2010. Available at: <http://www.epa.gov/climatechange/indicators.html>
32. Asin D. Covering Climate: What's population got to do with It? Woodrow Wilson International Center for Scholars Events, October 14, 2009. Available at: <http://www.wilsoncenter.org/event/covering-climate-whats-population-got-to-do-it>
33. Richie C. What would an environmentally sustainable reproductive technology industry look like. *J Med Ethics*. 2015; 41: 383-387. <https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101716>
34. Scutti S. At least 8 million IVF babies born in 40 years since historic first. July 3, 2018. Available at: <https://edition.cnn.com/2018/07/03/health/worldwide-ivf-babies-born-study/index.html>.
35. Murtaugh P, Schla M. Reproduction and the carbon legacies of individuals. *Global Environ Change*. 2009; 19: 14-20. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2008.10.007>
36. Hilgers TW. Introduction to the Creighton Model System. In: Hilgers TW, ed. *The medical and surgical practice of NaProTechnology. Ohama (NE): Pope Paul VI Institute Press*. 2004: 43-56.
37. Check JH. Diagnosis and treatment of cervical mucus abnormalities. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2006; 33: 140-142.
38. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Use of Clomiphene in women. *Fertil Steril*. 2003; 80(5): 1302-1308. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(03\)01184-1](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(03)01184-1)
39. Pandian Z, Bhattacharya S, Vale S, Templeton A. In Vitro Fertilization for unexplained infertility. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 18(2): CD003357. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003357.pub2>
40. Johnson NP, Proctor M, Farquhar CM. Gaps in the evidence for fertility treatment, an analysis of the Cochrane menstrual disorders and subfertility group database. *Hum Reprod*. 2003; 18(5): 947-954. <https://doi.org/10.1093/eshremonographs/2003.3.21>
41. Kiani AK *et al.* Complications related to *In Vitro* Reproductive techniques support the implementation of natural procreative technologies. *Acta Biomed*. 2020; 91(13-S): e2020018.
42. Niemitz EL, Feinberg AP. Epigenetics and assisted reproductive technology: A call for investigation. *Am J Hum Genet*. 2004; 74(4): 599-609. <https://doi.org/10.1086/382897>

43. Saint Peter's Healthcare System. NaProTechnology, new hope in infertility. 2012. Available at: <https://www.youtube.com/embed/ylaZGW028y8>.
44. John Paul II. Address to UNESCO. June 2, 1980. Available at: <http://inters.org/John-Paul-II-UNESCO-Culture>
45. Congregation for the Doctrine of the Faith. *Donum Vitae*. Part II: Interventions upon human procreation. 1983.

This work is under international license Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Autoevaluación del conocimiento y aplicación del código de conducta por servidores públicos de salud en Tlaxcala

Self-assessment of knowledge and application of the code of conduct by public health servers in Tlaxcala

Óscar Castañeda Sánchez,* Rosalba Jaramillo Sánchez**

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.06>

Resumen

Introducción. El código de conducta establece pautas de comportamiento obligatorio para servidores públicos. **Objetivo.** Determinar el grado de conocimiento y aplicación del código de conducta por servidores públicos en salud. **Métodos.** Se realizó un estudio transversal descriptivo en servidores públicos del Seguro Social de Tlaxcala, incluyendo, a conveniencia, sus encuestas de autoevaluación del código de conducta. **Variables.** Categoría o puesto, antigüedad institucional y en puesto actual, grado de conocimiento y aplicación del código de conducta. Análisis de resultados con estadística descriptiva. **Resultados.** Se incluyeron 217 entrevistas de servidores públicos, con una antigüedad de 12.7 ± 7.8 años, de los cuales el 15.2% corresponde a médicos no familiares. Conocimiento y aplicación del código: sobresaliente en el 49.8%, notable en el 45.2%, bueno en el 4.1% y suficiente en el 0.9%. **Conclusiones.** La aplicación y conocimiento del código de

* Instituto Mexicano del Seguro Social de Tlaxcala, Tlaxcala. México. Correo electrónico: oscar.castanedasa@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-9995-583X>

** Instituto Mexicano del Seguro Social de Tlaxcala, Tlaxcala. México. Correo electrónico: rosalba.jaramillo@imss.gob.mx <https://orcid.org/0000-0001-6828-7464>

Recepción: 15 de agosto de 2021. Aceptación: 12 de septiembre de 2021.

conducta en 5 de cada 10 servidores públicos es sobresaliente, y notable en 4 de cada 10, incidiendo en la calidad de atención y servicio.

Palabras clave: personal de salud, principios éticos, deontología.

1. Introducción

La formación de buenos profesionales, con los conocimientos técnicos necesarios, no siempre conduce a la formación de profesionales «buenos» (1), pues se encuentran distorsiones relacionadas con los procesos de atención, a pesar de los códigos de cada profesional (2, 3). Ante la pretensión de cumplir con la legislación vigente y combatir la corrupción, un instrumento que puede beneficiar a las organizaciones es el código de conducta (4).

Se denomina código de conducta al compendio de normas o reglas desarrolladas dentro de un marco referencial para el correcto desenvolvimiento de las personas que forman parte de una organización (5), el cual sirve como un instrumento para aplicar las reglas éticas y morales en el actuar diario (6). Busca orientar las funciones directivas y operativas en un ambiente en el que se practiquen valores (7, 8), o cualidades descubiertas o construidas en las personas, tras la sucesión de acontecimientos, situaciones o cosas que merecen estimación, hasta convertirse en los ideales a partir de los cuales se regula la conducta (9, 10).

Las declaraciones normativas pueden referirse al empleo, condiciones de trabajo, respeto al medio ambiente, protección de datos, y pueden contener compromisos de la organización y de sus trabajadores para con terceros en cuanto a la calidad de los servicios y de la imagen corporativa (11-13). Así, un código de conducta es de carácter normativo y obligatorio para los miembros de una organización, y abarca obligaciones dentro de la esfera del deber y del gobernar (14).

Para algunos autores, los códigos de conducta son un instrumento de gestión estratégica, que apoyan la toma de decisiones de las organizaciones e influyen en el comportamiento del personal directivo, y acaban impactando en la productividad de las empresas. Para otros, son instrumentos que dan a conocer las capacidades de la empresa y mejoran su imagen; no obstante, deben entenderse como complemento de la legislación de la institución (15, 16).

La implementación de un código de conducta integral marca el comportamiento que se espera recibir por parte de los profesionales de la salud, evitando actos que puedan perjudicar el comportamiento del equipo de la salud y una mala atención al paciente (17). Es fundamental para mantener una práctica o ejercicio profesional seguro (18); favorece la comunicación y el trabajo en equipo (19); establece los límites por los cuales la profesión ha de discurrir (20, 21); identifica las consecuencias que conlleva actuar de forma contraria; previene conflictos internos y externos (22) y celebra el desempeño de sus funciones (23), por lo cual más organizaciones optan por esta herramienta (24).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con su Código de Conducta para los servidores públicos (25), el cual se difunde a todo el personal tanto directivo como operativo, esperando su aplicación. Este trabajo tiene como propósito, por tanto, determinar el grado de conocimiento y aplicación de dicho código de conducta por parte del servidor público del IMSS en Tlaxcala.

2. Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, retrolectivo, unicéntrico y homodémico, con diseño transversal descriptivo en el Órgano Operativo de Administración Desconcentrada del Seguro Social en Tlaxcala. Se incluyeron los resultados secundarios de la autoevaluación del conocimiento y de la aplicación del Código de Conducta realizada a los Servidores Públicos adscritos a la Jefatura

de Servicios de Prestaciones Médicas y a sus Unidades Médicas, como parte de la verificación de su cumplimiento, posterior a la difusión de la legislación institucional vigente. Para el tamaño de la muestra se tomó una confiabilidad del 99% y un margen de error del 10%.

Las variables a estudiar corresponden al puesto o categoría, antigüedad institucional y antigüedad en el puesto actual, grado de conocimiento, resultado o nivel obtenido de la aplicación del instrumento de autoevaluación, y la aplicación o cumplimiento en el desempeño de las funciones de los once principios del Código de Conducta de los Servidores Públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social: servicio, uso del cargo, uso y asignación de recursos, responsabilidad, honestidad, honradez, solidaridad, desarrollo profesional, manejo de información, equidad e imparcialidad y salud, seguridad y conservación del medio ambiente.

Para la recolección de los datos, se aplicó un formulario electrónico que constó de 86 reactivos: los primeros cinco recabaron datos laborales y de formación de los participantes; los siguientes cuatro abordaron las definiciones contenidas para el enfoque de los principios; dos con respuesta de opción múltiple y dos dicotómicas, con respuestas entre falso y verdadero. Los siguientes 77 reactivos corresponden a las acciones que se deben y que no se deben realizar en apego a los 11 principios, con respuestas dicotómicas (debo, no debo), los cuales fueron previamente revisados por un equipo de expertos y pilotado en un grupo de médicos internos.

Para determinar el nivel del grado de conocimiento y aplicación, se establecieron las siguientes puntuaciones y calificaciones o niveles, con base en el diferencial semántico y en la dimensión de evaluación: sobresaliente = 76-81 puntos; notable = 70-75 puntos; bueno = 64-69 puntos; suficiente = 58-63 puntos, y deficiente = 57 puntos o menos.

El análisis de las variables se realizó a través del paquete estadístico de SPSS para Windows, con el cual se aplicaron frecuencias y

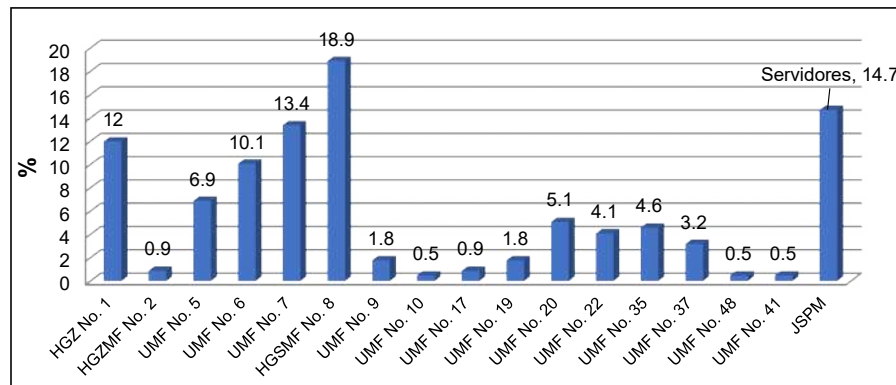
porcentajes para las variables nominales y ordinales, y la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su artículo 17, se considera como una investigación sin riesgo cuando el Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas autoriza el uso de los resultados de las encuestas. El protocolo fue sometido al Comité Local de Investigación en Salud 2902 del Instituto Mexicano del Seguro Social, y fue aprobado con el número de registro R-2020-2902-003.

3. Resultados

Participaron 217 servidores públicos (Figura 1), con una antigüedad de 12.7 ± 7.8 años, y de 6.2 ± 6.6 años en el puesto actual. El mayor número de participantes corresponde a los médicos no familiares (14.7%), seguido de los médicos familiares (12.4%), auxiliares de enfermería general (11.5%), directores de las unidades médicas (7.8%), coordinadores clínicos de hospitales, al igual que coordinadores delegacionales (5.1%). El resto corresponde a las de-

Figura 1. Unidad de adscripción de los servidores públicos.

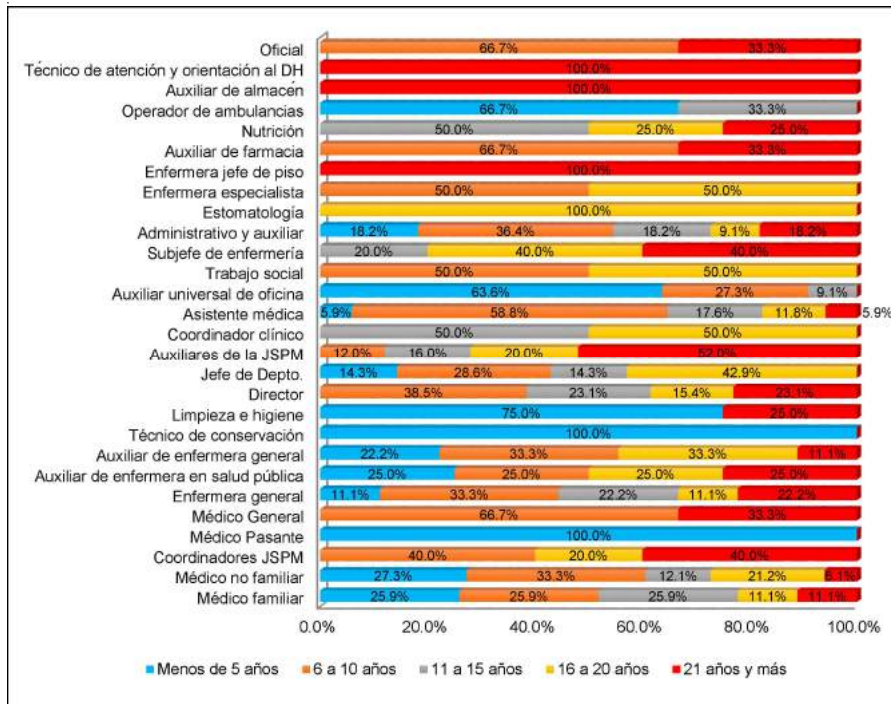


Fuente: Formularios Coordinación de Planeación y Enlace Institucional, IMSS Tlaxcala, 2019.

más categorías clínicas y no clínicas, como los funcionarios con más de 20 años de antigüedad por grupos de edad, el personal técnico de atención y orientación al derechohabiente, el personal auxiliar de almacén y el personal jefe de piso de enfermería. Por otro lado, el personal técnico de conservación, el personal auxiliar de limpieza e higiene, el personal operador de ambulancias y el personal auxiliar de oficina son los más jóvenes, con menos de 5 años de antigüedad (Figura 2).

En relación con las definiciones operacionales para la aplicación del Código de Conducta, el 50.9% tienen conocimiento de lo que es el Código de Conducta; el 22.9% de lo que es un servidor públi-

Figura 2. Servidores públicos por categoría y antigüedad.



Fuente: Formularios Coordinación de Planeación y Enlace Institucional, IMSS Tlaxcala, 2019.

co; el 100% de lo que es un derechohabiente y el 92.1% de lo que es un usuario.

En relación con los valores, el nivel de conocimiento y aplicación fue sobresaliente en el caso de «disposición de servicio»; notable en el «uso del cargo público»; sobresaliente en el «uso y asignación de recursos», al igual que en «responsabilidad»; mientras tanto, en «honestidad» fue notable; sobresaliente en «honradez», así como en «solidaridad», «desarrollo profesional», «manejo de la información» y «equidad e imparcialidad». Finalmente, en el caso de «salud, seguridad y conservación del medio ambiente» fue notable, como puede observarse en la Figura 3.

Figura 3. Nivel de conocimiento y aplicación de los valores del Código de Conducta.

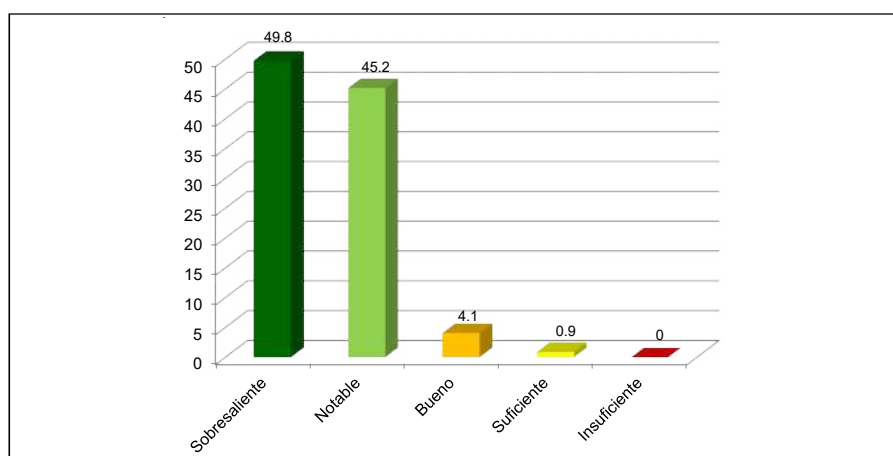


Fuente: Formularios Coordinación de Planeación y Enlace Institucional, IMSS Tlaxcala, 2019.

El conocimiento y el grado de aplicación del Código de Conducta se presentan en la Figura 4, y en la Figura 5 se puede observar por categorías.

Por grupos de antigüedad, el grupo de menos de 5 años tuvo un conocimiento y aplicación sobresaliente en el 25%; notable en el

Figura 4. Grado de conocimiento y aplicación del Código de Conducta.



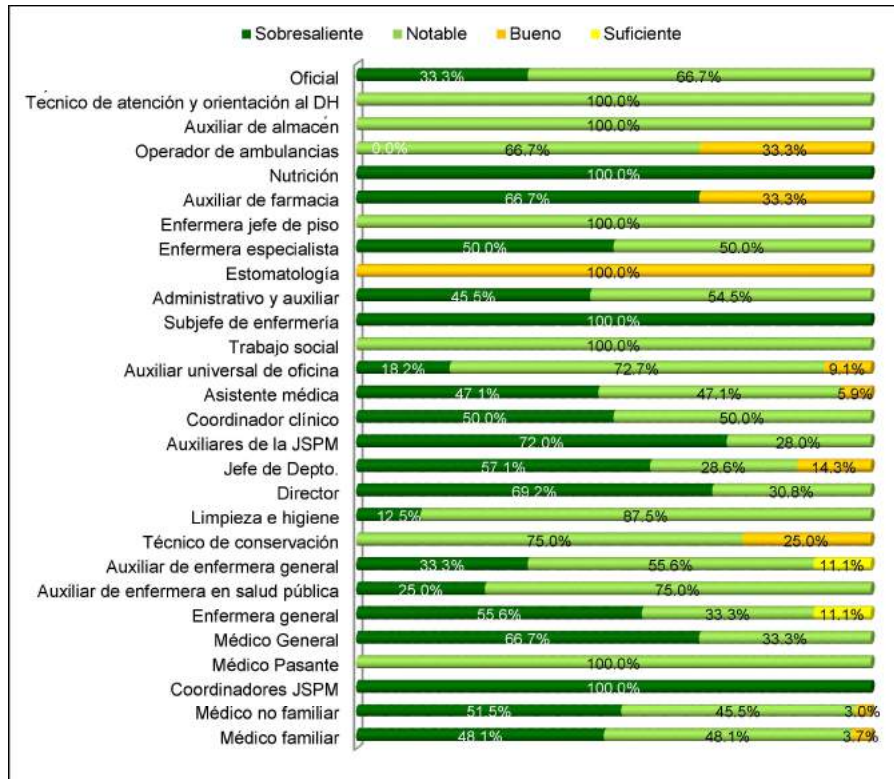
Fuente: Formularios Coordinación de Planeación y Enlace Institucional, IMSS Tlaxcala, 2019.

65.9% y bueno en el 9.1%. El grupo de 6 a 10 años obtuvo sobresaliente en el 58.1% y notable en el 41.9%. El grupo de 11 a 15 años, sobresaliente en el 60.6%, notable en el 36.4% y bueno en el 3%. Por su parte, el grupo de 16 a 20 años salió sobresaliente en el 56.8%, notable en el 35.1%, bueno en el 5.4% y suficiente en el 2.7%. Por último, el grupo de 21 años y más obtuvo sobresaliente en el 48.8%, notable en el 43.9%, bueno en el 4.9% y suficiente en el 2.4%.

4. Discusión

De acuerdo con Vargas (2015) (26), *una administración pública orientada a servir al público o al colectivo como origen de su desempeño, obliga a repensar y a rediseñar sus funciones y procesos bajo nuevas formas de organización que propicien la transparencia y rendición de cuentas y tome en consideración las opiniones de los usuarios de los servicios, involucrándolos, además, en la toma de decisiones y en los procesos para su atención.* Para ello, se requiere la im-

Figura 5. Nivel de conocimiento y aplicación del Código de Conducta por categorías.



Fuente: Formularios Coordinación de Planeación y Enlace Institucional, IMSS Tlaxcala, 2019.

plementación de códigos dirigidos a los servidores públicos con el establecimiento de valores que favorezcan un desempeño eficiente en un ambiente armónico.

Para garantizar el cumplimiento de los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, emanados del Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal, publicado en el DOF el 31 de julio del 2002, se establece el Código de Conducta, el cual tiene como finalidad delimitar la actuación que deben observar los servi-

dores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el desempeño de sus funciones (25). Dichos documentos regularmente son difundidos a los trabajadores o funcionarios sin evaluar su aplicación o el conocimiento de cómo actuar durante su desempeño; es decir, su conducta organizacional, como la define Pérez Zepeda (2016) (5).

Ahora, como comentan Gómez y Delgado (2018) (6), el Código de Conducta no sólo se enfoca al personal clínico, sino que también va dirigido a regular la forma de actuar durante el desempeño del personal no clínico. No obstante, los estudios al respecto son escasos. Authement (2017) (17), tras la aplicación de un Código de Conducta en una escuela de enfermería, observó una disminución del 25% de actos de comportamiento incivil, pero no evaluó el grado de conocimiento del Código por parte de los alumnos.

En otro estudio realizado por Parra *et al.* (2017) (20) en personal de enfermería, se evaluó la aplicación de su Código Deontológico, y se reportó que 8 de cada 10 funcionarios aplican sus principios. En el caso de este trabajo y con respecto al personal de enfermería, 9 de cada 10 tienen un conocimiento y aplicación aceptable de los valores del Código de Conducta. Entre las enfermeras especialistas, 10 de cada 10, y entre las generales y auxiliares, 9 de cada 10.

En el área médica no se encuentran evaluaciones de la aplicación de los valores organizacionales; sólo revisiones de sus principios deontológicos. La adopción de un modelo norteamericano está fuera de sintonía con las necesidades latinoamericanas, cuyos presupuestos teóricos, así como la pluralidad de sujetos morales y las prácticas multi, inter y transdisciplinarias orientadas a la salud pública y colectiva y a la defensa de los más vulnerables (2) encuentran en el médico especialista un conocimiento y aplicación del Código de Conducta de 9 de cada 10, frente al 100% de los médicos generales.

En el caso de estomatología, los estudios encontrados abordan la aplicación de los valores y/o principios deontológicos en los estudiantes, entre los que se observó una aplicación en 6 de cada 10

alumnos (9). Con base en los resultados de este trabajo, el 100% de los estomatólogos obtuvieron una aplicación y conocimiento buenos del Código de conducta; es decir, se quedaron en la media.

En el resto de los servicios auxiliares y de apoyo, en concreto en el caso de los paraclínicos, el conocimiento y la aplicación va de notable a sobresaliente, mientras que en los técnicos sólo es buena en 1-3 de cada 10.

Por grupos de edad, los grupos intermedios, o sea, los que van de 6 a 10 años y de 11 a 15, muestran un mejor conocimiento y aplicación del Código de Conducta que los extremos. No obstante, el grupo intermedio de 11 a 15 años de antigüedad es el más sobresaliente.

De acuerdo con Arroyo Chacón (2018) (22), en los Códigos de Conducta se presentan cuatro tipos de comportamientos de observancia: las conductas obligatorias, las óptimas, las deseables y las prohibidas. En el caso del Código de Conducta del IMSS, las primeras tres se abordan como «el debo», y la última, como el «no debo». Al respecto, a pesar de que el conocimiento y aplicación en general va de notable a sobresaliente, encontramos áreas de oportunidad, tanto en las conductas que se deben emprender, como en aquellas que no se deben realizar en el ejercicio de las funciones.

Por otra parte, en aquellos valores con resultados más bajos destacan algunas actividades de honestidad, uso del cargo, servicio, uso y asignación de recursos, honradez, manejo de la información, salud, seguridad y conservación del medio ambiente; sin embargo, las fortalezas son sobresalientes en los valores de responsabilidad, honestidad, solidaridad, manejo de la información y salud, seguridad y conservación del medio ambiente.

Como debilidad del estudio se puede comentar la búsqueda de la escolaridad de los participantes. No obstante, en algunos casos puede determinarse de acuerdo con la categoría. Por otro lado, no se identificó el sexo, para no incurrir en situaciones que puedan marcar discriminación, conforme a la NOM-R-025-SCFI-2015 sobre igualdad laboral y no discriminación. Sin embargo, este estudio

puede ser punto de partida para otras investigaciones relacionadas en materia de aplicación deontológica y su impacto en el desempeño de las funciones del personal de salud.

Finalmente, entre los comentarios que realizaron los participantes al ejercicio de la evaluación, está el reconocimiento de contar con un Código de Conducta y el hecho de realizar este tipo de auto-evaluaciones, sugiriendo que se realicen de forma frecuente e incluso que se editen videos y se hagan aplicaciones para su revisión constante.

5. Conclusiones

La aplicación y conocimiento del Código de Conducta es sobresaliente en 5 de cada 10 trabajadores, y notable en 4 de cada 10. La responsabilidad y el desarrollo profesional son los valores más destacados, mientras que la honestidad, el uso del cargo público y la salud, la seguridad y conservación del medio ambiente son los más débiles. Los coordinadores de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, los subjefes de enfermería y el personal de nutrición muestran un conocimiento y aplicación sobresaliente del Código, entre los que destacan 6 de cada 10 funcionarios del grupo de 6 a 10 años de antigüedad. Esta situación incide en la calidad de la atención con la que se otorgan los servicios prestados, tanto en áreas clínicas, como en no clínicas.

Referencias bibliográficas

1. Pérez Romero LA, Garzón Castrillón MA, Ibarra Mares A. Código de ética empresarial para las Pymes: marco de referencia para la sostenibilidad y responsabilidad social empresarial (RSE). *Espacios*. 2015; 36(2): 11. <https://www.revistaespacios.com/a15v36n02/15360211.html>
2. Passos Soares FJ, Eri Shimizu H, Garrafa V. Código de ética médica brasileño: límites deontológicos y bioéticos. *Rev Biot*. 2017; 25(2): 244-254.

- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361552153005>
<https://doi.org/10.1590/1983-80422017252184>
3. Román Collazo CA, Urgilez Pesantez PC, Andrade Campoverde DP. Consideraciones éticas en la dispensación de medicamentos en farmacias de Ecuador. *Rev Habanera Cienc Medi*. 2020; 19(5): 76-92. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2954>
 4. Oliveira Araujo A. Análisis del código de conducta de las instituciones financieras de la BM&FBOvespa, a la luz de las recomendaciones del instituto brasileño del gobierno corporativo. *RCC*. 2018; 15(34): 115-143. <https://doi.org/10.5007/2175-8069.2018v15n34p115>
 5. Pérez Zepeda M. La conducta organizacional. ¿Es necesario instaurar el código de conducta organizacional? *Revista Empresarial*. 2016; 10(37): 21-26. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5580336>
 6. Gómez PC, Delgado Marroquín MT. Las relaciones entre profesionales en los códigos de deontología de diversas profesiones de la salud. *Cuad Bioét*. 2018; 29(97): 271-280. <https://doi.org/10.30444/CB.11>
 7. Martínez Negrete E. Hacia un código de ética para la educación virtual, basado en las cinco mentes de futuro. *Rev Mex Bachill Distancia*. 2014; 6(11): 127-134. <https://doi.org/10.22201/cuaed.20074751e.2014.11.65017>
 8. Hupffer HM, Benemann C. Autonomía de la relación médico-paciente en el aspecto de atención paliativa: un estudio en los códigos de conducta médica en Brasil y Portugal. *Rev Praxis*. 2019; 2: 338-363. <https://doi.org/10.25112/rpr.v2i0.1760>
 9. Palomer L, López R. Medición de los valores éticos y morales enseñados en la carrera de odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, desde la apreciación docente. *FEM*. 2016; 19(2): 77-84. <https://doi.org/10.33588/fem.192.832>
 10. Arrojo MJ. Valores éticos y cambio tecnológico en la comunicación audiovisual: de la ciencia a la tecnología. *Palabra Clave*. 2019; 22(1): 1-33. <https://doi.org/10.5294/pacla.2019.22.1.8>
 11. Campos Victoria I. Despido disciplinario e incumplimiento del código de conducta de la empresa. Comentario a la sentencia del TSJ de Castilla La Mancha, de 9 de febrero de 2017. *IUSLabor*. 2017; 2: 1-15. <https://raco.cat/index.php/IUSLabor/article/view/333009>
 12. Cifuentes Muñoz A. Epistemología implícita en el código de ética profesional del colegio de psicólogos de Chile. *Cinta Moebio*. 2019; 64: 51-57. <https://doi.org/10.4067/s0717-554x2019000100051>
 13. Ramos Serpa G, López Falcón A. Formación ética del profesional y ética profesional del docente. *Estud Pedagog*. 2019; 45(3): 185-199. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052019000300185>
 14. Barrera Hernández D, Mulet Alberola A, González Bermejo D, Soler Company E. El porqué de un código de ética farmacéutico: Código Español de Ética Farmacéutica. *Farm Hosp*. 2017; 41(3): 401-409. <https://doi.org/10.7399/fh.2017.41.3.10611>

15. Biedma Ferrer JM. Los códigos de conducta en las organizaciones. Estudio del compromiso de los códigos de conducta con los recursos humanos en las organizaciones turísticas. *Turydes*. (Consultado el 23 de mayo de 2021). 2018; 24. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/turydes/24/codigo-conducta.html>
16. Parra DI, Peñaloza Jaimes SD, Cárdenas Villabona MV, De Cruz NR, Amaya Díaz HC, Arboleda de Pérez LB *et al*. Responsabilidades éticas en la práctica de enfermería en instituciones de alta complejidad. *Rev Cuid*. 2019; 10(3): 1-16. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.662>
17. Authement R. ¿Puede un código de conducta integral combatir la incivilidad de los estudiantes de enfermería? *Nursing*. 2017; 34(4): 60-64. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2017.07.017>
18. Cowin LS, Riley TK, Heiler J, Gregory LR. La relevancia del código de conducta de enfermeras y matronas en Australia. *Int Nurs Rev*. 2019; 66(3): 343-352. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7589672>
19. Nieto Jiménez JC. La transparencia de las Cortes Generales a la luz de las recomendaciones del GRECO: el Código de Conducta de los Diputados. *Rev Esp Transp*. 2020; 10: 31-47. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=75917>
20. Parra DI, Rey de Cruz N, Amaya Díaz HC, Viviana Cárdenas M, Arboleda LB, Corredor Jurado Y, *et al*. Percepción de las enfermeras sobre la aplicación del código deontológico de enfermería en Colombia. *Rev Cuid*. 2016; 7(2): 1310-1317. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.335>
21. Faralli C. Normas éticas y normas jurídicas en la relación médico-paciente. *TELOS*. 2016; 18(3): 399-414. <https://www.redalyc.org/pdf/993/99346931004.pdf>
22. Arroyo Chacón JI. Los códigos de ética y los códigos de conducta en la promoción de la ética organizacional. *Rev Nac Adm*. 2018; 9(1): 87-103. <https://doi.org/10.22458/ma.v9i1.2104>
23. Alonso Pérez MT. El código de buenas prácticas de reestructuración viable de las deudas con garantía hipotecaria sobre la vivienda habitual. *Rev Derecho Civ*. 2015; 2(2): 31-67. <https://www.nreg.es/ojs/index.php/RDC/article/view/108>
24. Arredondo Trapero FG, Villa Castaño LE, De la Garza García J. Propuesta para el diseño de un código de ética empresarial basado en la ética kantiana. *Cuad Adm*. 2014; 30(52): 9-19. <https://www.redalyc.org/pdf/2250/225033236002.pdf>
25. Código de Conducta de las y los Servidores Públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Publicado en el Diario Oficial de la Federación de los Estados Unidos Mexicanos, Oficio Circular No. SP/100/0762/02 (31 de julio de 2002).
26. Vargas Hernández JG. Implicaciones del nuevo generalismo en los valores éticos, democráticos y profesionales del servidor público. *Espacios Públicos*. 2016; 19(46): 51-72. <https://www.redalyc.org/pdf/676/67648385003.pdf>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Self-assessment of knowledge and application of the code of conduct by public health servers in Tlaxcala

Autoevaluación del conocimiento y aplicación del código de conducta por servidores públicos de salud en Tlaxcala

Óscar Castañeda Sánchez,* Rosalba Jaramillo Sánchez**

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.06>

Abstract

Background. The code of conduct establishes mandatory behavior guidelines for public servants. **Objective.** Determine the degree of knowledge and application of the code of conduct by public health servants. **Methods.** A descriptive cross-sectional study was carried out in public servants of the Social Security Tlaxcala, including at convenience their self-evaluation surveys of the Code of Conduct. **Variables.** Category or position, institutional seniority and current position, degree of knowledge and application of the code of conduct. Analysis of results with descriptive statistics. **Results.** 217 interviews with Public Servants were included, 12.7 ± 7.8 years old, 15.2% corresponding to Non-Family Physicians. Knowledge and application of the Code: outstanding at 49.8%, notable at 45.2%, good at 4.1% and sufficient at 0.9%. **Conclusions.** The application and knowledge of the code of conduct in 5 out of 10 public servants is outstanding and in 4 out of 10, remarkable, affecting the quality of care and service.

* Mexican Institute of Social Security of Tlaxcala, Tlaxcala. México. Email: oscar.castanedasa@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-9995-583X>

** Mexican Institute of Social Security of Tlaxcala, Tlaxcala. México. Email: rosalba.jaramillo@imss.gob.mx <https://orcid.org/0000-0001-6828-7464>

Reception: August 15, 2021. Acceptance: September 12, 2021.

Keywords: Health personnel, ethical principles, deontology.

1. Introduction

The training of good professionals, with the necessary technical knowledge, does not always lead to the training of «good» professionals (1), since distortions related to the processes of care are found, despite the codes of each professional (2, 3). In order to comply with current legislation and fight corruption, an instrument that can benefit organizations is the code of conduct (4).

A code of conduct is a compendium of norms or rules developed within a referential framework for the correct development of the people who are part of an organization (5), which serves as an instrument to apply ethical and moral rules in daily actions (6). It seeks to guide the managerial and operational functions in an environment in which values are practiced (7, 8), or qualities discovered or built in people, after the succession of events, situations or things that deserve esteem, being the ideals from which conduct is regulated (9, 10).

Normative statements may relate to employment, working conditions, respect for the environment, data protection, and may contain commitments by the organization and its employees to third parties regarding the quality of services and corporate image (11-13). Thus, a code of conduct is of a normative and binding nature for the members of an organization, and covers obligations within the sphere of duty and governance (14).

For some authors, codes of conduct are an instrument of strategic management, supporting the decision making of organizations and influencing the behavior of management personnel, impacting on the productivity of companies. For others, they are instruments that make the company's capabilities known, improving its image; however, they should be understood as a complement to the institution's legislation (15, 16).

The implementation of a comprehensive code of conduct marks the behavior expected from health professionals, avoiding acts that may harm the behavior of the health team and poor patient care (17), being fundamental for maintaining a safe professional practice or exercise (18), favoring communication and teamwork (19), establishing the limits within which the profession must operate (20, 21), identifying the consequences of acting in a contrary manner, preventing internal and external conflicts and (22) celebrating the performance of their duties (23) with more organizations opting for this tool (24).

The Mexican Institute of Social Security (IMSS) has its Code of Conduct for public servants (25) which is disseminated to all personnel, both managerial and operational, expecting its application; therefore, the purpose of this study is to determine the degree of knowledge and application of the code of conduct by IMSS public servants in Tlaxcala.

2. Material and methods

An observational, retrospective, retrolective, unicentric and homodemic study with descriptive cross-sectional design was carried out in the Operative Body of Decentralized Administration of the Social Security in Tlaxcala, including the secondary results of the self-evaluation of the knowledge and application of the Code of Conduct made to the Public Servants assigned to the Chief of Medical Benefits Services and their Medical Units, as part of the verification of their compliance, secondary to the dissemination of the current institutional legislation, taking for the sample size a reliability of 99% and a margin of error of 10%.

The variables to be studied correspond to the position or category, institutional seniority and seniority in the current position, degree of knowledge, result or level obtained from the application

of the self-evaluation instrument and the application or compliance in the performance of functions of the eleven principles of the Code of Conduct of Public Servants of the Mexican Social Security Institute: service, use of the position, use and allocation of resources, responsibility, honesty, honesty, solidarity, professional development, management of information, equity and impartiality and health, safety and conservation of the environment.

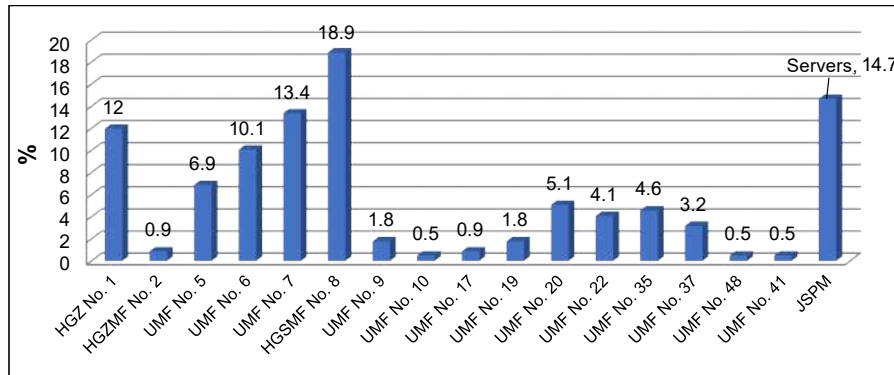
For data collection, an electronic form was used, consisting of 86 items: the first 5 collected labor and training data of the participants, the following 4 addressed the definitions contained for the approach of the principles, two with multiple choice and two dichotomous answers, with true and false answers; the following 77 items, corresponding to the actions that should and should not be performed in compliance with the 11 principles, with dichotomous answers (should, should not), which was previously reviewed by a team of experts and piloted in a group of Internal Medicine Doctors.

To determine the level of the degree of knowledge and application, the following scores and grades or levels were established based on the semantic differential and the evaluation dimension: outstanding = 76 - 81 points, outstanding = 70 - 75 points, good = 64 - 69 points, sufficient = 58 - 63 points and deficient = 57 points or less.

The analysis of the variables was carried out using the spss statistical package for Windows, with which, for nominal and ordinal variables, frequencies and percentages were applied; for quantitative variables, the mean and standard deviation were applied.

In accordance with article 17 of the Regulations of the General Health Law on Health Research, this is considered risk-free research, and the use of the results of the surveys was authorized by the Chief of Medical Services. The protocol was submitted to the Local Health Research Committee 2902 of the Mexican Social Security Institute, and was approved with registration number R-2020-2902-003.

Figure 1. Unit of assignment of public servants



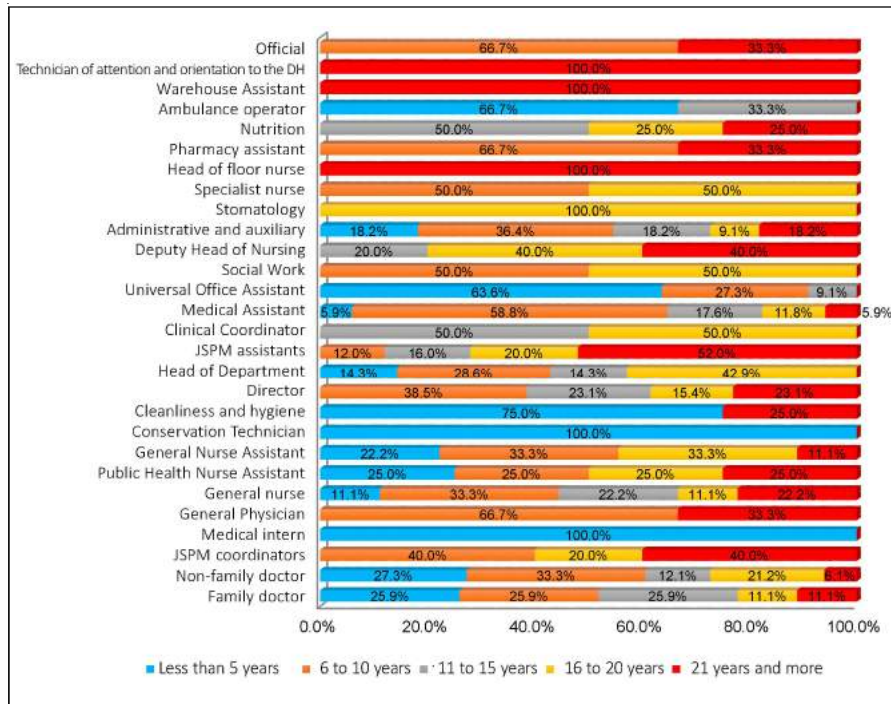
Source: Planning Coordination and Institutional Liaison Forms, IMSS Tlaxcala, 2019.

3. Results

A total of 217 public servants participated (Figure 1), with a seniority of 12.7 ± 7.8 years and 6.2 ± 6.6 years in their current position. The largest number of participants corresponded to non-family physicians (14.7%), followed by family physicians (12.4%), general nurse assistants (11.5%), medical unit directors (7.8%), hospital clinical coordinators, as well as regional coordinators (5.1%); the rest corresponded to the other clinical and non-clinical categories. The staff with more than 20 years of seniority, by age group, are the technical personnel for patient care and orientation, the auxiliary warehouse personnel and the head nurse on the floor. On the other hand, the conservation technical personnel, cleaning and hygiene auxiliary personnel, ambulance operators and office auxiliary personnel are the youngest with less than 5 years of seniority (Figure 2).

Regarding the operational definitions for the application of the Code of Conduct, 50.9% are aware of what the Code of Conduct is, 22.9% are aware of what a public servant is, 100% are aware of what a beneficiary is and 92.1% are aware of what a user is.

Figure 2. Civil servants by category and seniority.

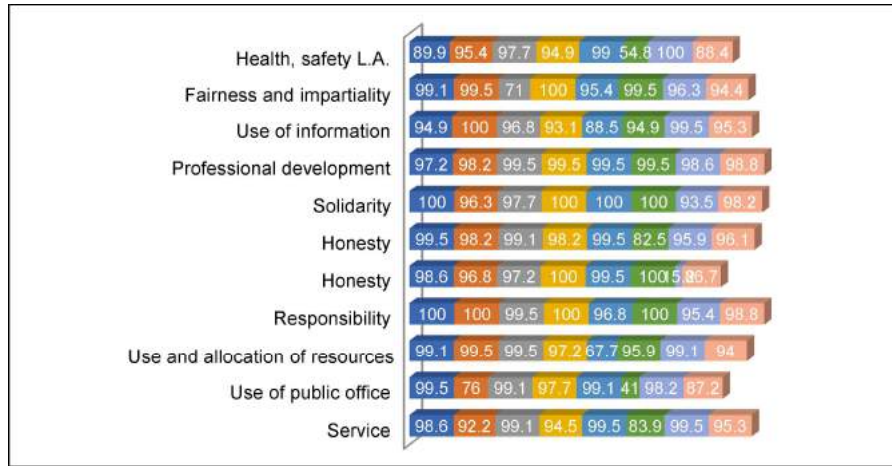


Source: Planning Coordination and Institutional Liaison Forms, IMSS Tlaxcala, 2019.

In relation to values, for «willingness to serve» the level of knowledge and application was outstanding, for «use of public office» it was outstanding, for «use and allocation of resources» it was outstanding, as well as for «responsibility»; The level of knowledge and application of the Code was outstanding for «honesty», outstanding for «honesty», outstanding for «solidarity», «professional development», «information management» and «equity and impartiality», and outstanding for «health, safety and environmental conservation», as can be seen in Figure 3.

The knowledge and degree of application of the Code of Conduct are presented in Figure 4, and by category can be seen in Figure 5.

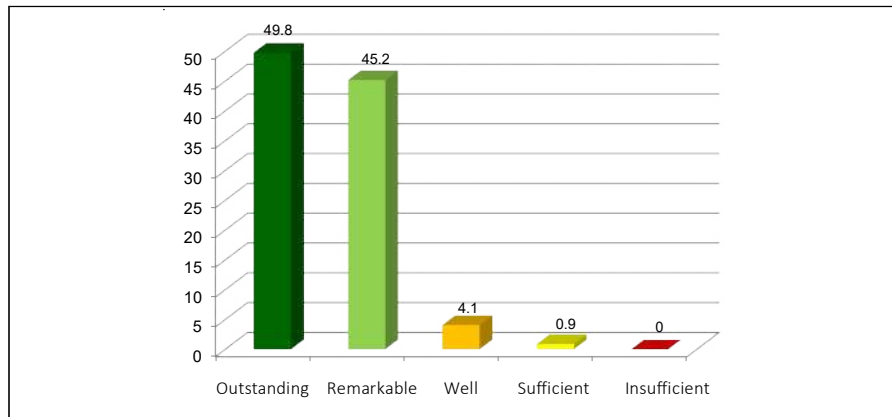
Figure 3. Level of knowledge and application of the Code's values.



Source: Planning Coordination and Institutional Liaison Forms, IMSS Tlaxcala, 2019.

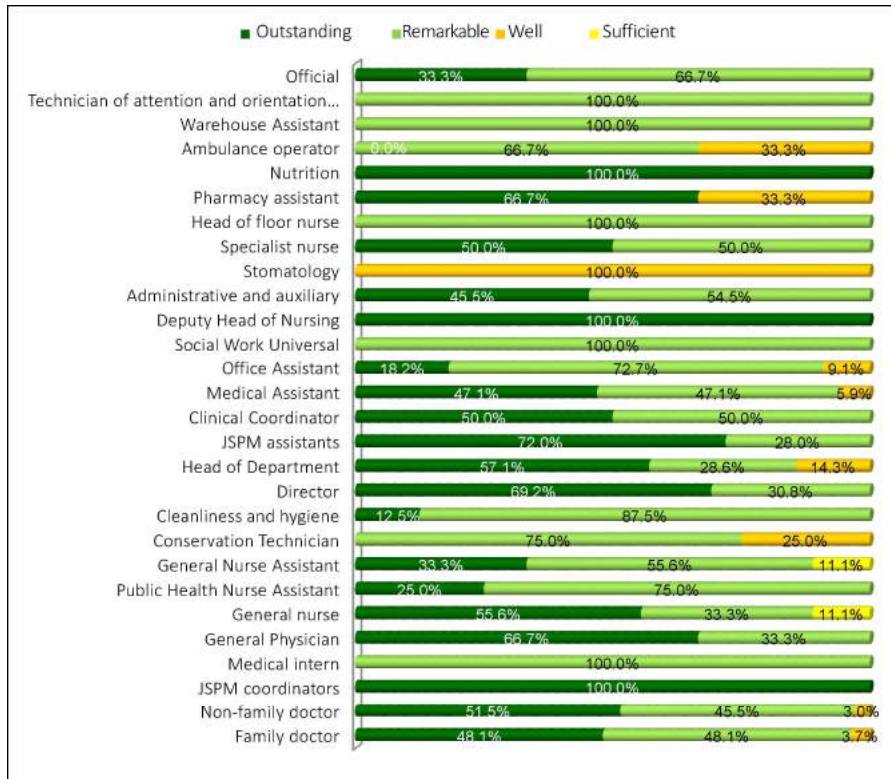
By seniority groups, the group of less than 5 years had an outstanding knowledge and application in 25%, remarkable in 65.9% and good in 9.1%; the group of 6 to 10 years, outstanding in 58.1%

Figure 4. Degree of knowledge and application of the Code of Conduct.



Source: Planning Coordination and Institutional Liaison Forms, IMSS Tlaxcala, 2019.

Figure 5. Level of knowledge and application of the Code of Conduct by category.



Source: Planning Coordination and Institutional Liaison Forms, IMSS Tlaxcala, 2019.

and remarkable in 41.9%; the group of 11 to 15 years, outstanding in 60.6%, remarkable in 36.4% and good in 36.4%. 6%, outstanding in 36.4% and good in 3%; the 16 to 20 years group, outstanding in 56.8%, outstanding in 35.1%, good in 5.4% and sufficient in 2.7%; and the 21 years and older group, outstanding in 48.8%, outstanding in 43.9%, good in 4.9% and sufficient in 2.4%.

4. Discussion

According to Vargas (2015) (26), *a public administration oriented to serve the public or the collective as the origin of its performance, forces it to rethink and redesign its functions and processes under new forms of organization that favor transparency and accountability and take into consideration the opinions of service users, involving them, in addition, in decision-making and processes for their attention.* This requires the implementation of codes directed to public servants with the establishment of values that favor efficient performance in a harmonious environment.

In order to guarantee compliance with the principles of legality, honesty, loyalty, impartiality and efficiency that govern public service, as set forth in the «Code of Ethics of Public Servants of the Federal Public Administration» published in the official gazette DOF on July 31, 2002, the Code of Conduct was established with the purpose of delimiting the actions that public servants of the Mexican Institute of Social Security (IMSS) must observe in the performance of their duties.²⁵ Such documents are regularly disseminated to workers or officials without evaluating their application or knowledge of how to act during their performance, that is, their organizational conduct, as defined by Pérez Zepeda (2016) (5).

Now, as Gómez and Delgado (2018) comment (6), the Code of Conduct is not only focused on clinical staff, but is also aimed at regulating the way non-clinical staff act during their performance. However, studies in this regard are scarce. Authement (2017) (17), following the implementation of a Code of Conduct in a nursing school, observes a 25% decrease in acts of uncivil behavior, but does not assess the degree of awareness of the Code by students.

In another study conducted by Parra *et al.* (2017) (20) in Nursing personnel, the application of their Code of Ethics was evaluated, reporting that 8 out of 10 staff members apply its principles. In the case of this work and with respect to nursing staff 9 out of 10 have an acceptable knowledge and application of the values of

the Code of Conduct. For specialist nurses 10 out of 10 and for general and auxiliary nurses 10 out of 9.

For the medical area, there are no evaluations of the application of organizational values, only reviews of their deontological principles, the adoption of a North American model out of sync with Latin American needs whose theoretical assumptions are the plurality of moral subjects and multi-, inter- and transdisciplinary practices oriented to public and collective health, and the defense of the most vulnerable (2), finding in the medical specialist a knowledge and application of the Code of Conduct of 9 out of 10, against 100% of general practitioners.

In the case of stomatology, the studies found address the application of deontological values and/or principles in students, where their application was observed in 6 out of 10 students (9). Based on the results of this study, 100% of stomatologists had a good application and knowledge of the Code of Conduct; i.e., they were in the average.

For the rest of the auxiliary and support services, in the case of paraclinical professionals, knowledge and application is notable to outstanding, while among technicians there are 1 to 3 out of 10, where it is only good.

By age group, the intermediate groups of 6 to 10 years and 11 to 15 years show a better knowledge and application of the Code of Conduct than the extreme groups. However, the intermediate group of 11 to 15 years old is the most outstanding.

According to Arroyo Chacón (2018) (22), in the Codes of Conduct, four types of observance behaviors are presented: mandatory, optimal, desirable and prohibited behaviors, in the case of the IMSS Code of Conduct, the first three are addressed as «the must» and the last one, as the «must not». In this regard, despite the fact that knowledge and application in general is remarkable to outstanding, we found areas of opportunity, both in the behaviors that should be undertaken, as well as in those that should not be performed in the exercise of the functions.

Regarding those values with lower results, we have some activities of honesty, use of the position, service, use and allocation of resources, honesty, information management, health, safety and environmental conservation, but, the strengths are outstanding in the values of responsibility, honesty, solidarity, information management and health, safety and environmental conservation.

As weaknesses of the study we can comment on the search for the schooling of the participants, however, in some cases, according to the category, it can be determined; on the other hand, the sex was not identified, this in order not to incur in situations that may mark discrimination according to NOM-R-025-SCFI-2015 in labor equality and non-discrimination. However, this study can be a starting point for other related research on deontological application and its impact on the performance of the functions of health personnel.

Finally, among the comments made by the participants to the evaluation exercise, is the recognition of having a Code of Conduct, the fact of performing this type of self-evaluations, suggesting that they be performed frequently and even that videos be edited and applications be made for their constant review.

5. Conclusions

The application and knowledge of the Code of Conduct in 5 out of 10 workers is outstanding and in 4 out of 10 it is remarkable. Responsibility and professional development are the most outstanding values, while honesty, use of public office and health, safety and environmental conservation are the weakest. The Coordinators of the Chief of Medical Services, the Deputy Chiefs of Nursing and the Nutrition staff show an outstanding knowledge and application of the Code, with 6 out of 10 staff members in the 6 to 10 year seniority group standing out. This situation has an impact on the quality of care provided in both clinical and non-clinical areas.

Bibliographic references

1. Pérez Romero LA, Garzón Castrillón MA, Ibarra Mares A. Código de ética empresarial para las Pymes: marco de referencia para la sostenibilidad y responsabilidad social empresarial (RSE). *Espacios*. 2015; 36(2): 11. <https://www.revistaespacios.com/a15v36n02/15360211.html>
2. Passos Soares FJ, Eri Shimizu H, Garrafa V. Código de ética médica brasileño: límites deontológicos y bioéticos. *Rev Biot*. 2017; 25(2): 244-254. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361552153005>
<https://doi.org/10.1590/1983-80422017252184>
3. Roman Collazo CA, Urgilez Pesantez PC, Andrade Campoverde DP. Consideraciones éticas en la dispensación de medicamentos en farmacias de Ecuador. *Rev Habanera Cienc Medi*. 2020; 19(5): 76-92. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2954>
4. Oliveira Araujo A. Análisis del código de conducta de las instituciones financieras de la BM&FBOvespa, a la luz de las recomendaciones del instituto brasileño del gobierno corporativo. *RCC*. 2018; 15(34): 115-143. <https://doi.org/10.5007/2175-8069.2018v15n34p115>
5. Pérez Zepeda M. La conducta organizacional. ¿Es necesario instaurar el código de conducta organizacional? *Revista Empresarial*. 2016; 10(37): 21-26. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5580336>
6. Gómez PC, Delgado Marroquín MT. Las relaciones entre profesionales en los códigos de deontología de diversas profesiones de la salud. *Cuad Bioét*. 2018; 29(97): 271-280. <https://doi.org/10.30444/CB.11>
7. Martínez Negrete E. Hacia un código de ética para la educación virtual, basado en las cinco mentes de futuro. *Rev Mex Bachill Distancia*. 2014; 6(11): 127-134. <https://doi.org/10.22201/cuaed.20074751e.2014.11.65017>
8. Hupffer HM, Benemann C. Autonomía de la relación médico-paciente en el aspecto de atención paliativa: un estudio en los códigos de conducta médica en Brasil y Portugal. *Rev Praxis*. 2019; 2: 338-363. <https://doi.org/10.25112/rpr.v2i0.1760>
9. Palomer L, López R. Medición de los valores éticos y morales enseñados en la carrera de odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, desde la apreciación docente. *FEM*, 2016; 19(2): 77-84. <https://doi.org/10.33588/fem.192.832>
10. Arrojo MJ. Valores éticos y cambio tecnológico en la comunicación audiovisual: de la ciencia a la tecnología. *Palabra Clave*. 2019; 22(1): 1-33. <https://doi.org/10.5294/pacla.2019.22.1.8>
11. Campos Victoria I. Despido disciplinario e incumplimiento del código de conducta de la empresa. Comentario a la sentencia del TSJ de Castilla La Mancha, February 9, 2017. *IUSLabor*. 2017; 2: 1-15. <https://raco.cat/index.php/IUSLabor/article/view/333009>

12. Cifuentes Muñoz A. Epistemología implícita en el código de ética profesional del colegio de psicólogos de Chile. *Cinta Moebio*. 2019; 64: 51-57.
<https://doi.org/10.4067/s0717-554x2019000100051>
13. Ramos Serpa G, López Falcón A. Formación ética del profesional y ética profesional del docente. *Estud Pedagog*. 2019; 45(3): 185-199.
<https://doi.org/10.4067/S0718-07052019000300185>
14. Barreda Hernández D, Mulet Alberola A, González Bermejo D, Soler Company E. El porqué de un código de ética farmacéutico: Código Español de Ética Farmacéutica. *Farm Hosp*. 2017; 41(3): 401-409.
<https://doi.org/10.7399/fh.2017.41.3.10611>
15. Biedma Ferrer JM. Los códigos de conducta en las organizaciones. Estudio del compromiso de los códigos de conducta con los recursos humanos en las organizaciones turísticas. *Turydes*. (Accessed on May 23, 2021). 2018; 24. Available at: <https://www.eumed.net/rev/turedes/24/codigo-conducta.html>
16. Parra DI, Peñaloza Jaimes SD, Cárdenas Villabona MV, De Cruz NR, Amaya Díaz HC, Arboleda de Pérez LB *et al*. Responsabilidades éticas en la práctica de enfermería en instituciones de alta complejidad. *Rev Cuid*. 2019; 10(3): 1-16.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.662>
17. Authement R. ¿Puede un código de conducta integral combatir la incivildad de los estudiantes de enfermería? *Nursing*. 2017; 34(4): 60-64.
<https://doi.org/10.1016/j.nursi.2017.07.017>
18. Cowin LS, Riley TK, Heiler J, Gregory LR. La relevancia del código de conducta de enfermeras y matronas en Australia. *Int Nurs Rev*. 2019; 66(3): 343-352.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7589672>
19. Nieto Jiménez JC. La transparencia de las Cortes Generales a la luz de las recomendaciones del GRECO: el Código de Conducta de los Diputados. *Rev Esp Transp*. 2020; 10: 31-47. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7591717>
20. Parra DI, Rey de Cruz N, Amaya Díaz HC, Viviana Cárdenas M, Arboleda LB, Corredor Jurado Y, *et al*. Percepción de las enfermeras sobre la aplicación del código deontológico de enfermería en Colombia. *Rev Cuid*. 2016; 7(2): 1310-1317.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.335>
21. Faralli C. Normas éticas y normas jurídicas en la relación médico-paciente. *TELOS*. 2016; 18(3): 399-414. <https://www.redalyc.org/pdf/993/99346931004.pdf>
22. Arroyo Chacón JI. Los códigos de ética y los códigos de conducta en la promoción de la ética organizacional. *Rev Nac Adm*. 2018; 9(1): 87-103.
<https://doi.org/10.22458/rna.v9i1.2104>
23. Alonso Pérez MT. El código de buenas prácticas de reestructuración viable de las deudas con garantía hipotecaria sobre la vivienda habitual. *Rev Derecho Civ*. 2015; 2(2): 31-67. <https://www.nreg.es/ojs/index.php/RDC/article/view/108>
24. Arredondo Traperero FG, Villa Castaño LE, De la Garza García J. Propuesta para el diseño de un código de ética empresarial basado en la ética kantiana. *Cuad Adm*. 2014; 30(52): 9-19. <https://www.redalyc.org/pdf/2250/225033236002.pdf>
25. Código de Conducta de las y los Servidores Públicos del Instituto Mexicano

O. Castañeda Sánchez, R. Jaramillo Sánchez

del Seguro Social. Publicado en el Diario Oficial de la Federación de los Estados Unidos Mexicanos, Oficio Circular No. SP/100/0762/02 (July 31, 2002).

26. Vargas Hernández JG. Implicaciones del nuevo generalismo en los valores éticos, democráticos y profesionales del servidor público. *Espacios Públicos*. 2016; 19(46): 51-72. <https://www.redalyc.org/pdf/676/67648385003.pdf>

This work is under international license Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Bioética

Bioethics

José Enrique Gómez Álvarez*

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.07>

Guerrero Martínez, L. (Coordinador). *Bioética*. Universidad Iberoamericana, México. 2018, pp. 192.

Este libro explora temas de bioética que están relativamente menos estudiados que los clásicos de la bioética clínica. Aborda la biotecnología desde una óptica hermenéutica existencial, utilizando a Kierkegaard, Gadamer, Habermas y López Quintás. Analiza un texto de Ronald Greene sobre los bebés de diseño y sus implicaciones éticas, y la eutanasia y el suicidio vistos desde la óptica de Kierkegaard. Cierra con dos capítulos sobre el problema ético de cómo debemos tratar a los animales no humanos, utilizando en un caso principalmente a Nussbaum y en otro a Derrida.

El primer capítulo, «Una visión hermenéutica-existencial de la bioética ante la innovación de la biotecnología» (pp. 23-72), de Rafael García Pavón, se plantea el enfoque ético correcto del problema de las intervenciones biotecnológicas. El capítulo lo aborda en dos grandes secciones. En la primera se explica el método general ético hermenéutico existencial, en donde, a partir de la reflexión sobre Kierkegaard y Gadamer, García Pavón trata de mostrar

* Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV), División de Bioética. México.
Correo electrónico: jegomezalvarez@yahoo.com
<https://orcid.org/0000-0002-8964-2207>
Recepción: 15 de agosto de 2021. Aceptación: 12 de septiembre de 2021.

cómo una ética aplicada, como lo sería la bioética, para no ser un «saber a distancia» implica que pueda ponerse en la situación existencial, contemporáneamente, de quien decide, siendo así una forma de hermenéutica existencial desde el diálogo entre estos dos pensadores (p. 29).

En Kierkegaard, lo crucial de una ética es llegar a un individuo singular, a una persona. La decisión ética es una decisión existencial prudencial, en donde se da un equilibrio entre la arbitrariedad y el dogmatismo. En Gadamer se encuentran semejanzas con el autor danés, ya que, como apunta García Pavón, él también va en contra del relativismo y el racionalismo. Con respecto a estos autores comenta: *Sintetizando estas dos concepciones..., podríamos decir que la idea de que la ética aplicada y la bioética sean hermenéutica obedece a esta vinculación del círculo hermenéutico con la vinculación a un proceso de interpretación, donde necesariamente se debe ver involucrado al agente moral entre el producto de una reflexión universal y las contingencias de las situaciones concretas en el tiempo* (p. 43).

¿Y qué sucede con la biotecnología? En la segunda sección se expone la noción de innovación y de creatividad humana. Las innovaciones tecnológicas deben ser integrales para respetar así la dignidad humana. La innovación tecnológica no puede realizarse sólo con criterios pragmáticos y pensar que equivale a creatividad, ya que ésta última es más amplia: la creatividad implica comprender vínculos de orden no pragmático en lo que se hace, de tal forma que una innovación de verdad debería estar contemplando esos vínculos humanos que trascienden lo pragmático. La eugenesia liberal iría en contra de un auténtico sentido de creatividad humana. García Pavón señala en las conclusiones de su capítulo: *...la propuesta expuesta pretende reinsertar el proceso de innovación en su carácter existencial, como carácter propio de los seres humanos, como base en las decisiones sobre biotecnología. Esto implica que no es un valor absoluto, sino que es parte integrante de la dinámica existencial y hermenéutica de integrar en una comunicación sistémica... las decisiones que tomamos como seres humanos para el desarrollo pleno de nuestra naturaleza* (p. 69).

En «Bebés de diseño» (73-95), de Ronald M. Green, se discuten los riesgos de la manipulación genética en los niños. Señala cinco áreas de riesgo: a) los riesgos en la salud; b) los efectos en el entorno familiar; c) la libertad y la autoestima; d) La justicia social, y el último rubro, e) jugando a ser dios: referente a la naturalidad o no de esos procedimientos, según la visión religiosa que defiende la existencia de una naturaleza humana.

En «Kierkegaard: la esperanza de morir, desesperación y eutanasia» (97-113), de Benjamin Olivares, se presenta y explica la teoría de Soren Kierkegaard sobre la desesperación y su condena del suicidio y, basándose en esta misma teoría, se establece una distinción entre el deseo suicida y el esperar la muerte (p. 97), presentando esto último como algo aceptable. Kierkegaard, según señala el autor del capítulo, muestra que el deseo suicida es más bien un miedo a la vida antes que temor a la muerte. Los objetivos que suelen presentarse en el suicidio, como liberación del dolor y poder sobre sí mismo, son engañosos. La clave de la reflexión es que hay un valor en sí mismo en la existencia de todas las personas.

Los últimos dos capítulos abordan el tema del trato a los animales. En «Reflexiones en torno al respeto de los animales», de Luis Guerrero y Leticia Valadez (pp. 115-145), se plantean los problemas de los límites y alcances de los cuidados a los animales. Aquí se analizan las posturas de Peter Singer y de Martha Nussbaum. Estos autores resumen bien la postura contra el especismo del primero, y la teoría sobre las capacidades como fundamento del respeto a los animales de la segunda. La clave de Singer en la defensa de los animales es la idea de que la clave ética es la capacidad de tener sufrimiento y/o dolor relacionada con los intereses de las especies: *Si se considera que está mal que los seres humanos sufran dolor, igualmente habrá que considerar que está mal que los otros animales sufran dolor; más aún, si son los seres humanos los causantes de ese sufrimiento* (p. 123).

Con respecto a Nussbaum, la diferencia con Singer es que defiende que los animales no humanos también poseen capacidades

que deben tener condiciones de florecimiento: *...es bueno que los seres vivos –complejos– persistan y florezcan como la clase de cosas que son. Segundo, los animales son seres con capacidad para promover su propio bien. Tercero, los animales son capaces de llevar una vida digna* (p. 128). ¿Cuáles son los derechos derivados de las capacidades? Según Nussbaum, son los siguientes: a) la vida; b) la salud física; c) la integridad física; d) los sentidos, la imaginación y el pensamiento (por ejemplo, los animales requieren espacios libres de hacinamiento que generan aburrimiento); e) el derecho a tener emociones; f) derecho a tener proyectos de vida; g) derecho a entablar relaciones y vínculos afectivos con otros animales y los humanos; h) derecho a interactuar con otras especies; i) derecho al juego, y j) derecho de control sobre el propio entorno (que se lograría con una tutoría humana sobre los animales). Los autores defienden que debe haber una responsabilidad en el cuidado de los animales, sin sobresimplificar las diferencias y similitudes con el ser humano.

En «La edificación humana frente a los animales. Una propuesta desde la bioética como ética inclusiva y formación» (pp. 147-188), de Catalina Elena Dobre y Lourdes Velázquez, se realiza un análisis de cómo debe ser la relación del hombre con la naturaleza. Las autoras muestran que, en su origen, el término «bioética» hacía alusión a la relación del hombre con el conjunto de la naturaleza. También exponen cómo diversos pensadores han defendido los derechos de los animales. Realizan una reseña de diversas posturas religiosas y filosóficas acerca del trato que debe darse a los animales. Las autoras consideran que la clave del abuso sobre ellos proviene de la utilización negativa del término «antropocentrismo»: *...con dicho término se entiende la orientación filosófica, religiosa, cultural y jurídica en la cual prevalece la imagen del universo en función del hombre* (p. 159). En cambio, ellas proponen que más que como un «dominador», la relación del hombre con la naturaleza debe ser más bien de «guardián». En particular, analizan la postura de Derrida sobre la hospitalidad, la cual deconstruye esa idea de superioridad humana sobre los animales. La hospitalidad no se limita sólo al mundo de

lo humano, sino que es expandible al trato con los animales: ...*la verdadera hospitalidad debe ser... la que acoge, la que recibe al animal en su condición de diferente* (p. 167). La hospitalidad es opuesta a la violencia. El hombre debe acoger a lo no humano, a los animales entre ellos como verdaderos extranjeros. Las autoras ponen diversos ejemplos de violencia contra los animales. Señalan que, aunque sin duda hay diferencias entre los hombres y animales, no obstante los seres humanos debemos hacernos responsables de lo que significa, sobre todo, no infringir sufrimiento innecesario a los animales. ¿Cuál es la solución propuesta por las autoras? Señalan que es clave entender que la bioética implica la relación con todos los seres del mundo natural y debe proporcionarse una educación bioética en la que se aprenda a ser responsables con ese mundo al cual pertenece el mismo hombre: *Educar al niño a ser capaz de vivir de manera relacional y establecer, como adulto, una comunidad, e implícitamente una sociedad incluyente. Educar para una sociedad incluyente y educar para el devenir humano se hace despertando en él la conciencia de la diferencia y cómo se apropia esta diferencia y se comprende mediante la capacidad de mantener el vínculo con la naturaleza y los animales* (p. 184).

El libro es muy detallado y cuidadoso en la exposición de los diversos autores, sin perder claridad en la exposición, lo que permite adentrarse en los temas y pensadores de una manera rigurosa y clara. Es un ejemplo de que la bioética no se reduce a la ética clínica y de que pueden reflexionarse temas clásicos de la misma, como los indicados de la biotecnología, la eutanasia o el trato con los animales, con pensadores y acercamientos novedosos que proporcionan nuevas ideas a los problemas bioéticos.

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Bioethics

Bioética

José Enrique Gómez Álvarez*

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.07>

Guerrero Martínez, L. (Coordinator). *Bioethics (Bioética)*. Universidad Iberoamericana, México. 2018, pp. 192.

This book explores bioethical issues relatively less studied than the classics of clinical Bioethics. Thus, biotechnology is approached from an existential hermeneutic perspective using Kierkegaard, Gadamer, Habermas and López Quintás. A text by Ronald Greene on designer babies and their ethical implications. Euthanasia and suicide seen from Kierkegaard's point of view and closes with two chapters on the ethical problem of how we should treat non-human animals using in one case mainly Nussbaum and in the other mainly Derrida.

The first chapter «A hermeneutic-existential vision of Bioethics in the face of the innovation of Biotechnology» (pp. 23-72) by Rafael García Pavón considers the correct ethical approach to the problem of biotechnological interventions. The chapter thus addresses this in two main sections. The first explains the general existential hermeneutic-hermeneutic ethical method where, starting from the reflection on Kierkegaard and Gadamer, Dr. García

* Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV), División de Bioética. México.
Correo electrónico: jegomezalvarez@yahoo.com
<https://orcid.org/0000-0002-8964-2207>
Reception: August 15, 2021. Acceptance: September 12, 2021.

Pavón tries to show how: *An applied ethics, as bioethics would be, in order not to be a «knowledge at a distance» implies that it can be placed in the existential situation, contemporaneously, of the decision-maker, thus being a form of hermeneutic-existential from the dialogue between these two thinkers* (p. 29).

In Kierkegaard the crucial of an ethics is to reach a singular individual, a person. The ethical decision is a prudential existential decision where there is a balance between arbitrariness and dogmatism. With Gadamer we find similarities with the Danish author, as García Pavón points out, he also goes against relativism and rationalism. With respect to the authors he comments: *Synthesizing these two conceptions... we could say that the idea of applied ethics and bioethics as hermeneutics obeys to this linkage of the hermeneutic circle of the linkage in a process of interpretation, where the moral agent must necessarily be involved between the product of a universal reflection and the contingencies of the concrete situations in time* (p. 43).

And what about biotechnology? In the second section, the notion of innovation and that of human creativity are discussed. Technological innovations must be integral in order to respect human dignity. Technological innovation cannot be carried out only with pragmatic criteria and thus think that it is equivalent to creativity, since the latter is broader: creativity implies understanding links of a non-pragmatic order in what is done, in such a way that a true innovation should contemplate those human links that transcend the pragmatic. Liberal eugenics would go against an authentic sense of human creativity. García Pavón points out in the conclusions of his chapter: *...the above proposal aims to reinsert the process of innovation in its existential character, as a character proper to human beings, as a basis for decisions on biotechnology. This implies that it is not an absolute value, but an integral part of the existential and hermeneutic dynamics of integrating in a systemic communication... the decisions we make as human beings for the full development of our nature* (p. 69).

Ronald M. Green's, in «Designer Babies» (73-95), discusses the risks of genetic manipulation in children. He points out five risk

areas: a) Health risks; b) Effect on the family environment; c) Freedom and self-esteem; d) Social justice and the last item; e) Playing God: referring to the naturalness or not of these procedures according to the religious vision that defends the existence of a human nature.

In «Kierkegaard: The hope of dying despair and euthanasia» (97-113), by Benjamin Olivares, *Soren Kierkegaard's theory on despair and his condemnation of suicide is presented and explained and, based on this same theory, a distinction is established between suicidal desire and waiting for death* (p. 97) the latter being acceptable. Kierkegaard, as the author of the chapter points out, shows that the suicidal desire is rather a fear of life than a lack of fear of death. The goals that are often presented in suicide as liberation from pain and power over oneself are misleading. The key reflection is that there is a value in itself to the existence of all people.

The last two chapters deal with the treatment of animals. In «Reflections on respect for animals», by Luis Guerrero and Leticia Valadez (pp. 115-145), the problems of the limits and scope of animal care are raised. The positions of Peter Singer and Martha Nussbaum are analyzed. The authors summarize well the anti-speciesism stance of the former and the theory of capabilities as the foundation of respect for animals of the latter. The key in Singer's defense of animals is the idea that the ethical key is the capacity to have suffering and/or pain related to the interests of the species: *If it is considered wrong for human beings to suffer pain, it must equally be considered wrong for other animals to suffer pain, even more so if it is human beings who cause that suffering* (p. 123).

With respect to Nussbaum the difference with Singer is that he argues that nonhuman animals also possess capacities that must have conditions for flourishing: *...it is good that living beings –complexes– persist and flourish as the kind of things they are. Second, animals are beings with capacities to promote their own good. Third, animals are capable of leading dignified lives* (p. 128). What are the rights derived from capacities? They are, according to Nussbaum: a) Life; b) Physical

health; c) Physical integrity; d) Senses imagination and thought (animals require spaces free of overcrowding that generate boredom, for example); e) Right to have emotions; f) Right to have life projects; g) Right to have the right to establish relationships and affective bonds with other animals and humans; h) Right to interact with other species; i) Right to play, and j) Right to control over one's environment (which would be achieved with human guardianship over animals). The authors argue that there should be a responsibility towards animals in their care without oversimplifying the differences and similarities with humans.

In «Human edification of animals. A proposal from Bioethics as inclusive ethics and formation» (pp. 147-188), by Catalina Elena Dobre and Lourdes Velázquez, an analysis is made of how man's relationship with nature should be. The authors show that the term «bioethics» originally alluded to man's relationship with nature as a whole. They also show how various thinkers have defended animal rights. They review various religious and philosophical positions on how animals should be treated. The authors consider that the key to animal abuse stems from the negative use of the term «anthropocentrism»: *...this term refers to the philosophical, religious, cultural and legal orientation in which the image of the universe as a function of man prevails* (p. 159). On the other hand, they propose that rather than a «dominator», man's relationship with nature should be that of a «guardian». The authors analyze in particular Derrida's position on hospitality, which deconstructs the idea of human superiority over animals. Hospitality is not limited only to the human world but is expandable to dealings with animals: *...true hospitality must be... that which welcomes, that which receives the animal in its condition of being different* (p. 167). Hospitality is the opposite of violence. Man must welcome the non-human, animals among them, as true strangers. The authors give several examples of violence against animals. They point out that although there are undoubtedly differences between humans and animals, we humans must nevertheless take responsibility, which means, above all, not inflicting unneces-

sary suffering on animals. What is the solution proposed by the authors? They point out that it is key to understand that Bioethics implies the relationship with all beings in the natural world and a bioethical education must be provided in which one learns to be responsible with that world to which man himself belongs: *Educating the child to be able to live relationally and establish, as an adult, a community, and implicitly an inclusive society; educating for an inclusive society and educating for human becoming is done by awakening in him the awareness of difference and how this difference is appropriated and understood through the ability to maintain the bond with nature and animals* (p. 184).

The book is very detailed and careful in the exposition of the different authors without losing clarity in the exposition, which allows to go into the topics and thinkers in a rigorous and clear way. The book is an example that bioethics is not reduced to clinical ethics and that classic bioethical topics, such as biotechnology, euthanasia or the treatment of animals, can be discussed with new thinkers and approaches that provide new ideas to bioethical problems.

This work is under international license Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Criterios para los colaboradores de *Medicina y Ética*

A. Políticas de la Revista

1. Objetivo, identidad y misión de la Revista

Medicina y Ética es una publicación especializada en el campo de la Bioética, que está enfocada a la difusión académica de la investigación entre los profesionales afines a las temáticas y discusiones actuales en este campo.

La revista no está circunscrita a una visión única de la Bioética, siempre que los artículos cumplan con rigor la metodología propia de la Bioética, que consiste en explicar el problema ético en estudio y establecer la fundamentación de la antropología filosófica que sostenga a una jerarquía de valores, contra los que se confrontará el problema, para así llegar a una conclusión ética. De acuerdo con lo anterior, las opiniones y posiciones son responsabilidad exclusiva del autor, y no reflejan necesariamente la posición de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México. No se presupone, en ningún caso, que la institución de origen o de quien da actualmente empleo al autor, suscribe las posiciones de éste, vertidas en el artículo correspondiente.

Medicina y Ética tiene independencia editorial. El Comité Editorial sólo está interesado en la calidad y eticidad de las publicaciones de la revista.

Medicina y Ética es trimestral, gratuita y no contiene publicidad.

El Comité Editorial siempre tiene como objetivo publicar artículos de calidad en la Revista y, junto con el Consejo Científico, implementará sistemas novedosos que vayan surgiendo, como nuevas plataformas o instrumentos electrónicos, así como la búsqueda de mejores revisores.

2. Políticas de contenidos

La Revista contará con dos secciones: primera, artículos inéditos originales y segunda, reseñas.

Las políticas puntuales de cada sección se especifican en el apartado de «Envíos», en «Directrices para los autores».

Los artículos y reseñas deberán escribirse en español o inglés, de manera clara y concisa; en fuente Arial con 12 puntos, a 1.5 de interlineado, en formato electrónico Word. Deberá enviarse directamente por el Open Journal Systems de la Revista.

3. Proceso de revisión y evaluación por pares

a) El Editor seleccionará los artículos que correspondan con la línea editorial de la Revista.

b) Se revisará que el texto cumpla con todas las indicaciones de forma, señaladas en la entrega de los originales.

c) Los artículos serán dictaminados por uno o dos académicos de competencia relevante para el tema (revisión entre pares a doble ciego) en un plazo máximo de tres meses. Los nombres, tanto de los dictaminadores como del autor, permanecerán en el anonimato.

El resultado puede ser:

1. **Publicable.** En ese caso, el artículo seguirá el proceso de traducción y publicación. Las decisiones de aceptar un artículo no serán revertidas, a menos que posteriormente se identifiquen problemas importantes.
2. **Publicable, sujeto a modificaciones.** El autor realizará las modificaciones o correcciones, y lo someterá nuevamente a dictamen, sin que por ello la Revista se comprometa a publicarlo. Si en esta segunda ocasión fuera rechazado nuevamente, el artículo ya no podrá ser presentado de nuevo.
3. **No publicable.** En caso de respuesta negativa, el autor recibirá un dictamen con las opiniones de los dictaminadores.

La negativa a la publicaci3n siempre ser3 por el artculo, y no por la persona. El artculo rechazado no podr3 ser enviado nuevamente a la revista en un periodo de seis meses.

d) Los juicios de los dictaminadores deben ser objetivos y no deben tener ningun conflicto de intereses.

e) Los artculos revisados deben ser tratados confidencialmente antes de su publicaci3n.

4. Poltica antiplagio

Medicina y tica mantiene una poltica antiplagio para garantizar la originalidad de todos los manuscritos mediante el uso del software *Turnitin*, que es una soluci3n de detecci3n de similitud de contenidos. Cualquier similitud total o parcial no debidamente citada, ser3 motivo de rechazo.

5. Poltica de acceso abierto

Medicina y tica brinda acceso abierto a su contenido, con el principio de que la investigaci3n est3 disponible gratuitamente para el p blico que apoya un mayor intercambio global del conocimiento.

Todo el material de *Medicina y tica* est3 publicado bajo la **Licencia Creative Commons Atribuci3n-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional**.

6. C3digo de tica de la Revista

Lineamientos ticos. Tienen la misi3n de favorecer la integridad acad3mica.

a) Los artculos, adem3s de ser aprobados en su metodolog3a, formato, marco te3rico y aspectos t3cnicos por el Coordinador Editorial, se someter3n a una aprobaci3n desde el punto de vista tico por el Comit3 Editorial. En caso de surgir alguna controver-

sia, se remitirá a una segunda instancia, al Comité General de Ética de la Universidad Anáhuac México, quien emitirá su opinión libremente y aceptará o rechazará el artículo con base en su contenido ético.

Los artículos, además de ser aprobados en su metodología, formato, marco teórico y aspectos técnicos por el Coordinador Editorial, se someterán a una aprobación desde el punto de vista ético por el Comité Editorial y, en caso necesario, por el Comité General de Ética de la Universidad Anáhuac México.

b) En los artículos en los que hubiera datos de pacientes u otros sujetos de investigación, se guardará la confidencialidad de dicha información. Los autores que quieran publicar este tipo de artículos deberán contar con los formatos de consentimiento informado.

c) Además, se requerirá, de forma indispensable, el número o folio de aprobación de un Comité de Ética en Investigación. En caso de no contar con uno, la Universidad pone a disposición del autor el Comité de Ética en Investigación Institucional bajo las formas, procedimientos y lineamientos que éste establezca, y en ningún momento se compromete a aprobar la investigación del autor. Dicha información se puede consultar en la siguiente página web:

<https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/comite-de-etica>

d) Todos los autores están obligados a proporcionar retractaciones o correcciones, en caso de detección de errores.

e) Se prohíbe la publicación de la misma investigación en más de una revista.

f) Siendo esta Revista gratuita para el lector, también lo es para el autor. Por lo que los autores cuyos trabajos sean aceptados, no realizarán ningún pago a la Revista.

g) El conflicto de interés no es una falta ética. Pero debe mencionarse al inicio del artículo, en caso de existir.

h) Todos los autores deben haber contribuido significativamente a la investigación.

7. El Comité Editorial

- a) Revisará que los artículos cumplan con los lineamientos establecidos por las guías éticas aceptadas internacionalmente (Code of Conduct, COPE, y Office of Research Integrity, ORI).
- b) Tiene a su cargo detectar, en la medida de lo posible, e impedir la publicación de artículos en los que se haya encontrado mala conducta en investigación. En caso de que se detecte posteriormente dicha conducta, el artículo en cuestión se retractará. Si hubiera existido algún error menor, se corregirá. Nunca considerará la retracción como una acción personal, sino que se basará exclusivamente en la calidad y/o errores del artículo en cuestión.
- c) Estará a cargo de detectar y sancionar la mala conducta. En caso de que se reciban acusaciones de mala conducta, se solicitará al autor principal una explicación. El autor deberá contestar a dicha solicitud. De no ser aceptable, el artículo se retractará pero, además, se enviará una carta a los empleadores del investigador sobre el caso.
- d) No alentará en ningún caso la mala conducta en investigación.

A continuación, se enlistan algunos tipos de mala conducta en investigación:

- 1) El **plagio** es una conducta de mala práctica en investigación. No basta poner el nombre de un autor para que se considere no plagiado. Deberá obtener ideas de la referencia bibliográfica, pero no escribir la misma información. Los artículos aportados serán verificados en un sistema antiplagio. Si *a posteriori*, algún lector comunicara algún plagio encontrado, se verificará el mismo, y el artículo aparecerá sólo con el título como retractado.
- 2) La **autoría inexacta** es también una mala práctica. Deberá aparecer en primer lugar quien haya trabajado más en la elaboración del artículo, y así sucesivamente. Poner el nombre de quien no ha escrito nada es antiético. Si *a posteriori* alguna

persona comunicara este hecho a la Revista, dicho autor no podrá volver a publicar en la misma.

- 3) Si el trabajo que se publica como artículo recibió **financiamiento**, es indispensable poner este dato después del(los) nombre(s) de los autores. En caso de no hacerlo, serán los autores los únicos responsables ante la entidad financiadora por omitir el dato. La revista *Medicina y Ética* no será responsable de esto.
- 4) El **conflicto de interés** no es una mala práctica. Pero hay que especificarlo en el resumen y en el artículo. Por ejemplo, si una empresa produce algún fármaco que se analiza éticamente en el artículo, debe señalarse que puede haber conflicto de interés, ya que el autor ha recibido apoyo de cualquier índole por parte de la empresa. Esto es para que los lectores puedan juzgar la objetividad del estudio.
- 5) La Oficina de Integridad en Investigación (ORI) de Estados Unidos define también como *mala conducta investigadora* a la **fabricación de datos, resultados y/o el reporte de los mismos**. En caso de que eso suceda, el artículo será retractado.
- 6) También es **fraude la falsificación y la fabricación de datos**. La fabricación de datos se refiere a que, por ejemplo, en una encuesta se cambien los datos de sujetos, o se dupliquen las encuestas con otros nombres. La falsificación de datos implica omitir resultados no deseables, modificar datos que no convienen en los resultados, etcétera.
- 7) Se pueden consultar las siguientes ligas para evitar incurrir en estas malas prácticas:
https://grants.nih.gov/grants/research_integrity/research_misconduct.htm
<https://ori.hhs.gov/>

8. Índices, directorios, bases de datos

Medicina y Ética está incluida en los siguientes directorios y bases de datos: *The Philosopher's Index*, *Directorio de Latindex*, *Catálogo Latindex*

v1.0.; *Bibliografía Latinoamericana en revistas de investigación científica y social (BIBLAT)*; en *MLAR, Sherpa Romeo* y *Google Scholar*. Asimismo, en las *Top 100 Bioethics Journals in the World de la Bioethic Research Library*, Georgetown University (Washington D.C., USA).

9. Derechos de autor

El autor se comprometerá a firmar una carta de autorización a la Revista para que el manuscrito sea reproducido en formato electrónico.

a) *Carta de originalidad*

Todos los autores y coautores deben firmarla y otorgar sus datos.

https://www.anahuac.mx/mexico/files/Carta-de-originalidad_Revistas-Univ-Anahuac-Mexico.docx

b) *Autorización para comunicación pública de obra literaria (artículo)*

https://www.anahuac.mx/mexico/files/Autorizacion%20para%20comunicacion%20publica%20de%20obra%20literaria_Revistas%20Univ%20Anahuac%20Mexico.docx

Todo el contenido intelectual que se encuentra en la presente publicación periódica se licencia al público consumidor bajo la figura de *Creative Commons*©, salvo que el autor de dicho contenido hubiere pactado en contrario o limitado dicha facultad a *Medicina y Ética*© o *Universidad Anáhuac México*© por escrito y expresamente.

Medicina y Ética se distribuye bajo una *Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional*.

El autor conserva los derechos patrimoniales sin restricciones y garantiza a la revista el derecho de ser la primera publicación del trabajo. El autor es libre de depositar la versión publicada en cualquier otro medio, como un repositorio institucional o en su propio sitio web.

10. Redes sociales

Facebook: *Medicina y Ética*, @bioeticaAnahuac

B. Directrices para los autores

1. Envíos

Los originales se enviarán directamente a través de la plataforma Open Journal Systems (OJS), en la siguiente dirección electrónica: <https://revistas.anahuac.mx/bioetica/> Para ello, los autores necesitan registrarse y enviar sus contribuciones acompañadas de la *Carta de originalidad* y la *Licencia de comunicación pública*.

La revista contará con dos secciones: artículos originales y reseñas.

Los artículos y reseñas deberán escribirse en español o inglés, de manera clara y concisa; en **fuentes Arial con 12 puntos, a 1.5 de interlineado**, en formato electrónico **Word**.

2. Artículos

Los artículos deberán contar con los siguientes requisitos:

- a) *Extensión mínima* de 15 cuartillas y máxima de 30. Deben ser solamente monográficos.
- b) *Título* en español y en inglés.
- c) Debajo del título debe venir el *nombre y los apellidos* del/los autores.
- d) *Resumen* en español de aproximadamente 150 a 300 palabras y su versión en inglés (*abstract*).
- e) *Palabras clave*: de tres a cinco palabras clave no contenidas en el título y su versión en inglés (*key words*).
- f) *Datos del autor*. Nombre de cada autor con asterisco, señalando su lugar de adscripción laboral y país, así como su código ORCID. Debe incluir su correo electrónico. Esto debe ser para cada autor.

Ejemplo:

Nombre, Apellidos
Nombre de la institución y país
<https://orcid.org/0000-0000-0000-000>

- g) El primer autor deberá enviar su correo electrónico.
- h) La Coordinación Editorial se reserva el derecho de omitir títulos excesivos. Ejemplo:

Nombre, Apellidos.

Director asistente del Centro de Oncología Pediátrica (~~del Servicio de Pediatría~~), del Hospital X.

- i) El nombre del primer autor deberá corresponder a quien más haya intervenido en la elaboración del artículo, no por cargos académicos o clínicos.
- j) En caso de existir conflicto de interés, los autores deben señalarlo en la publicación.
- k) Las tablas nunca deben ser pegadas o tomadas de una fotografía. El autor debe elaborarlas personalmente aunque provengan de otra fuente, y citar la fuente de la que provienen.
- l) En caso de que la tabla sea de elaboración personal, poner al pie de la misma lo siguiente. Fuente: nombre del autor del artículo.
- m) Si su artículo es de carácter cuantitativo y su estudio se llevó a cabo con personas o animales, es necesario que nos proporcione, además de todos los datos solicitados en las políticas y normas editoriales, el número de folio o constancia de que su trabajo fue aprobado por un Comité de Ética en Investigación. Sin este documento, NO podemos proceder a darle el seguimiento editorial. Si usted no cuenta con dicha probación, puede recurrir al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Anáhuac México, quien le dará el seguimiento correspondiente. El correo de contacto es: **precomite@anahuac.mx**

3. Reseñas

Las reseñas deberán incluir el título del trabajo que se expone con su referencia bibliográfica. Además, el nombre, institución de trabajo, correo electrónico y código ORCID del autor de la reseña.

La reseña es una crítica académica, respetuosa, y debe señalar los límites y los aportes del trabajo en cuestión.

Su extensión no deberá superar las cinco páginas.

4. Bibliografía

Las referencias de cada artículo deberán incluir su DOI, en caso de que lo tengan. Éste deberá mostrarse con el enlace URL completo (<https://doi.org/...>), y no estar precedido sólo por la palabra DOI.

Ejemplo: Chen W, Huang Y. To protect healthcare workers better, to save more lives. *Anesth Analg*. 2020; 131(1): 97-101. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004834>

a) *Libro completo*

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Bell J. Doing your research project. 5th. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005.

b) *Volúmenes independientes de libros*

— *Volúmenes con título propio pero de los mismos autores/editores*

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. Vol. nº. Título del capítulo.

Cicchetti D, Cohen DJ, editors. Developmental psychopathology. Vol. 1, Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.; c1995. 787 p.

— *Monografías seriadas*

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. (Autor/es. Título de la serie. Vol. nº.)

Stephens D, editor. Adult audiology. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann; c1997. 657 p. (Kerr AG, editor. Scott-Brown's otolaryngology. Vol. 2).

c) *Capítulos de libros*

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final del capítulo.

Franklin AW. Management of the problem. En: Smith SM, editor. The maltreatment of children. Lancaster: MTP; 2002. p. 83-95.

d) *Artculo de revista*

Autor/es. Ttulo del artculo. Abreviatura internacional de la revista. ao; volumen(nmero): pgina inicial-final del artculo.

Dawes J, Rowley J. Enhancing the customer experience: contributions from information technology, J Business Res. 2005; 36(5): 350-7.

e) *Actas de congresos y conferencias (se citan como un libro)*

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

f) *Comunicaciones y ponencias*

Autor/es de la comunicacin/ponencia. Ttulo de la comunicacin/ponencia. En: Ttulo oficial del Congreso. Lugar de publicacin: Editorial; ao. pgina inicial-final de la comunicacin/ponencia.

Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. Paper presented at: APSB 1986. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society, Mothers and Babies; 1986 Sep 8-10; Queensland, Australian. Berlin: Springer; 1986. p. 182-191.

g) *Recursos en internet*

— *Libros*

Autores. Ttulo [Internet]. Lugar: Editor; ao [revisin; consultado]. Disponible en: direccin electrnica.

Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2007-2008. [Revisin 2007-2008; consultado 29 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.htmlpA>

— *Artculos de revistas (todas las revistas citadas que tengan DOI, ste debe ser agregado al final de la referencia)*

Autor. Ttulo. Nombre de la revista abreviado [Internet]. ao. [Consultado]; volumen(nmero): pginas o indicador de extensin. Disponible en: direccin electrnica.

Aboud S. Quality of improvement initiative in nursing homes. *Am J Nurs* [Internet]. 2002. [Consultado 22 de noviembre de 2012]; 102(6). Disponible en: <http://www.nursingworld.org>

h) Sitios web

Autor/es. Título [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación. [Revisado; consultado]. Disponible en: dirección electrónica. European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT. [Internet]. [Consultado 3 de julio 2012]. Disponible en: <http://envisat.esa.int/>

i) Parte de un sitio web

Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c2009. Dental health; 6 de mayo de 2009. [Citado 16 de junio de 2009]; [about 7 screens]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/dentalhealth.html>

j) Datos de investigación

Veljiæ M, Rajëeviæ N, Bukviëki D. A Revision of the Moss Collection of the University of Belgrade Herbarium (Beou) From The Ostrozub Mountain in Serbia [Internet]. Zenodo; 2016. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/ZENODO.159099>

k) Citas en el texto

Las citas en el texto se efectúan a través de llamadas con números arábigos entre paréntesis.

Cada trabajo citado en el texto debe tener un único número asignado por orden de citación. Si se cita una obra más de una vez, conservará el mismo número.

Las citas de un autor se pueden realizar por un número o integrando el nombre del autor seguido de un número en el texto. Cuando en el texto se menciona un autor, el número de la referencia se pone tras el nombre de éste. Si no se nombra al autor, el número aparecerá al final de la frase.

Los tumores se extienden desde el pulmón a cualquier parte (1)...
Como indicó Lagman (2), los cuidados de la diabetes...

Si la obra tiene más de un autor, se citará en el texto el primer autor y luego se pone *et al.* (en cursiva).

Simona *et al.* (5) establecen que el principio...

Para citar una obra que no tiene un autor conocido, se debe usar lo que se denomina como «autor corporativo». Por ejemplo, una organización o una entidad.

El Ministerio de Sanidad (4) recientemente ha estimado que la hepatitis...

El número de personas que sufren de hepatitis en España ha crecido un 14% en los últimos 20 años (4) ...

Algunos libros contienen capítulos escritos por diferentes autores. Cuando se cita el capítulo se citará al autor del capítulo, no al editor literario o director de la obra.

Bell (3) identificó que entre las personas que sufren de diabetes mellitus dos requieren unos cuidados alimentarios estrictos...

Cuando hay más de una cita, éstas deben separarse mediante comas, pero si fueran correlativas, se menciona la primera y la última separadas por un guion.

Modern scientific nomenclature really began with Linnaeus in botany (1), but other disciplines (2, 5) were not many years behind in developing various systems (4-7) for nomenclature and symbolization

Cita directa: Debe ser breve, de menos de cinco renglones, se inserta dentro del texto entre comillas, y el número correspondiente se coloca al final, después de las comillas y antes del signo de puntuación, se incluye la paginación.

«...has been proven demonstrably false» (4, p. 23).

Criteria for publication in the *Medicina y Ética*

A. Policies of the Journal

1. Purpose, identity, and mission of the Journal

Medicina y Ética is a publication specialized in the Bioethics field, focused on the academic dissemination of research between professionals working on current topics and discussions in this field.

The Journal is not limited to a unique vision of Bioethics, as long as the articles rigorously comply with the inherent methodology of Bioethics, which consists of explaining the ethical issue being studied and establishing the fundamentals of the philosophical anthropology sustaining a hierarchy of values against which the problem is to be addressed in order to reach an ethical conclusion. Consequently, opinions and positions are the exclusive responsibility of the author and do not necessarily reflect the position of the College of Bioethics of the Universidad Anáhuac México. It is not assumed, in any case, that the institution from which the author emanates or which is currently the author's place of work subscribes to the author's own positions reflected in the article.

Medicina y Ética is an independent publisher. The Editorial Board is only concerned with the quality and ethics of the journal's publications.

Medicina y Ética is a quarterly, cost-free, advertisement-free publication.

The Editorial Board constantly aims to publish quality articles in the journal and, together with the Scientific Board, implements innovative systems as they arise, such as new platforms or electronic instruments, and continuously searches for the best reviewers.

2. Content policy

The Journal has two sections: firstly, original unpublished articles, and secondly, reviews.

The timing policies for each section are specified in the subsection «Submissions» under «Guidelines for authors».

Articles and reviews must be written in Spanish or English in a clear, concise style, using 12-point Arial font, with 1.5 paragraph spacing, and be submitted in electronic Word format. It must be submitted directly through the journal's *Open Journal Systems*.

3. Peer review and analysis process

a) The Editor selects articles in line with the editorial requirements of the journal.

b) The text will be checked for compliance with all indications as stated for submission of original articles.

c) Articles are decided upon by one or two academics of a relevant field with respect to the topic (double-blind peer review) in a period of at most three months. The names of the peer reviewers and the author are kept anonymous. The result will be one of the following:

- 1) **Publishable.** In this case, the article will follow the process of translation and publication. Decisions to accept an item will not be reversed unless major problems are subsequently identified.
- 2) **Publishable, subject to modifications.** The author must carry out the changes or corrections and resubmit the article for peer review, with the understanding that this does not guarantee that the journal will publish it. If it is rejected a second time, the article may not be resubmitted again.
- 3) **Not publishable.** In the case of a rejection, the author shall receive an explanation of the peer reviewers' opinion. The refusal to publish will always be for the article and not for the person. The rejected article may not be resubmitted to the journal for a period of six months.

d) The judgments of the judges must be objective and must not have any conflict of interest.

e) The reviewed articles should be treated confidentially before publication.

4. Anti-plagiarism policy

Medicina y Ética enforces an anti-plagiarism policy in order to guarantee the originality of each manuscript through the use of the *Turnitin* software, which is a solution for the detection of similarities in the contents of works. Any total or partial similarity that is not duly cited shall be reason for rejection.

5. Open access policy

Medicina y Ética maintains its contents under open access with the principle of making research freely available to the public and supporting a larger global exchange of knowledge.

All the *Medicina y Ética* material is published under the License of **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International Licence**.

6. Ethical code of the Journal

Ethical guidelines. Mission to promote academic integrity.

a) The Publishing Coordinator approves articles based on their methodology, format, theoretical framework, and technical aspects; these are also subjected to approval from an ethical standpoint by the Editorial Board and, if necessary, by the General Ethical Board of the Universidad Anáhuac México.

b) The articles, in addition to being approved in their methodology, format, theoretical framework and technical aspects by the Editorial Coordinator, will be submitted for approval from the

ethical point of view by the Editorial Committee. If any controversy arises, it will be sent to a second instance, to the General Ethics Committee of the Universidad Anáhuac México, which will issue its opinion freely and will accept or reject the article based on its ethical content.

c) For articles that include information about patients or other research subjects, said information shall be kept confidential. Authors wishing to publish this type of articles must have informed consent formats. In addition, the approval number or folio of a Research Ethics Committee will be required. In case of not having one, the University makes available to the author the Institutional Research Ethics Committee under the forms, procedures and guidelines that it establishes and at no time commits itself to approve the author's research. This information can be consulted on the following website:

<https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/comite-de-etica>

d) All authors are obliged to provide retractions or corrections, in case of error detection.

e) The publication of the same research in more than one journal is prohibited.

f) As this Magazine is free for the reader, it is also free for the author. Therefore, the authors whose works are accepted will not make any payment to the Magazine.

g) The conflict of interest is not an ethical fault. But it should be mentioned at the beginning of the article, if it exists.

h) All authors must have contributed significantly to the research.

7. Editorial Board

a) Review that the articles comply with the guidelines established by internationally accepted ethical guidelines (Code of Conduct, COPE, and Office of Research Integrity, ORI).

b) Is responsible for detecting, as far as possible, and preventing the publication of articles in which research misconduct has been

found. If such misconduct is subsequently detected, the article in question will be retracted. If there has been any minor error, it will be corrected. The retraction will never be considered as a personal action, it will be based exclusively on the quality and/or errors of the article in question.

c) Will be in charge of detecting and sanctioning misconduct. In the event that accusations of misconduct are received, the main author will be asked for an explanation. The author must respond to such a request. If not acceptable, the article will be retracted, but in addition a letter will be sent to the researcher's employers about the case.

d) Under no circumstances will research misconduct be encouraged.

Some types of research misconduct are listed below:

- 1) **Plagiarism** is a research misconduct. Including an author's name is not sufficient to rule out plagiarism. It is acceptable to acquire ideas from the bibliographical references, but not to write the same information. Articles cited shall be checked in an anti-plagiarism system. If, *a posteriori*, a reader detects and reports plagiarism, it shall be checked and the title of the article will appear as retracted.
- 2) **Inexact authorship** is also misconduct. The first name must be the person who worked most on writing the article, and the rest in successive order. To include the name of a person who has not written anything is unethical. If, *a posteriori*, the journal is made aware of this occurrence, the author will be banned from publishing in the journal again.
- 3) If the work published as an article received **financial support**, it is necessary to indicate this fact after the name(s) of the author(s). If this is omitted, the author(s) will be the sole responsible party(ies) before the financing entity regarding the omission of this fact. *Medicina y Ética* journal shall not be made liable.
- 4) **Conflicts of interest** do not constitute malpractice. However, they must be specified in the abstract and in the article.

For example, if a company produces a drug ethically analyzed in the article, it must be stated that there may be a conflict of interest, as the author received support of any kind from the company. This allows readers to form their own opinions on the objectivity of the study.

- 5) The Office of Research Integrity (ORI) in the United States of America also defines *research misconduct* as the **fabrication of data, results or the reporting of results**. If this is detected, the article shall be withdrawn.
- 6) The **falsification and fabrication of data** also constitute **fraud**. The fabrication of data refers to, for example, changing the subject data from a survey or duplicating surveys with other names. The falsification of data entails omitting undesirable results, modifying data judged inconvenient for the results, etcetera.
- 7) Please visit the following links to avoid misconduct:
https://grants.nih.gov/grants/research_integrity/research_misconduct.htm
<https://ori.hhs.gov/>

8. Tables of content, directories, databases

Medicina y Ética is included in the following directories and databases: *The Philosopher's Index*, *Directorio de Latindex*, *Catálogo Latindex v1.0.*; *Bibliografía Latinoamericana en revistas de investigación científica y social (BIBLAT)*; in *MIAR*, *Sherpa Romeo* and *Google Scholar*. Also, in the *Top 100 Bioethics Journals in the World de la Bioethic Research Library*, Georgetown University (Washington D.C., USA).

9. Copyright notice

The author will undertake to sign a letter of authorization to the Journal for the manuscript to be reproduced in electronic format.

a) *Declaration of originality*

Must be signed by all authors and co-authors, who must provide their information.

https://www.anahuac.mx/mexico/files/Carta-de-originalidad_Revistas-Univ-Anahuac-Mexico.docx

b) *Authorization for public communication of literary work (article)*

<https://www.anahuac.mx/mexico/files/Licencia-de-comunicacion-publica-Revistas-Univ-Anahuac-Mexico.docx>

All the intellectual content found in this periodical publication is licensed to the consumer public under the figure of *Creative Commons*©, unless the author of said content has agreed otherwise or limited said faculty to *Medicine and Ethics*© or *Universidad Anáhuac México*© in writing and expressly.

Medicine and Ethics is distributed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License*.

The author retains the economic rights without restrictions and guarantees the journal the right to be the first publication of the work. The author is free to deposit the published version in any other medium, such as an institutional repository or on his own website.

10. Social media

Facebook: *Medicina y Ética*, @bioeticaAnahuac

B. Guidelines for authors

1. Submission

Original articles must be submitted through the Open Journal Systems (OJS) platform at the following link: **<https://revistas.ana>**

huac.mx/bioetica/ For this, the authors need to register and send their contributions accompanied by the *Letter of Originality* and the *Public Communication License*.

The Journal consists of two sections: original articles and reviews.

Articles and reviews must be written in Spanish or English in a clear, concise style, using 12-point Arial font, with 1.5 paragraph spacing, and be submitted in electronic Word format. It must be submitted directly through the journal's Open Journal Systems.

2. Articles

Articles must meet the following requirements:

- a) *Length* must be at least 15 and at most 30 typeset pages of approximately 250 words. Only monographs should be submitted.
- b) *Title* in Spanish and English.
- c) *Underneath the title*, it must include the first and last names of the author(s).
- d) *Abstract* in Spanish of approximately 150 to 300 words and its English version.
- e) *Key words*: three to five key words not contained in the title and its English version.
- f) *About the author(s)*: name of each author with an asterisk, including their place of work, country and their ORCID ID and email address. This must be included for each author.

Example:

First name, last name(s)
Name of the Institution
Country
<https://orcid.org/0000-0000-0000-000>

- g) The first author must indicate their email address.
- h) The Editorial Management reserves the right to omit excessive titles. Example:

First name, Last name(s).

Assistant Director at the Pediatric Oncology Center (~~at Pediatrics Services~~), of X Hospital.

- i) The first author named must be the person who had the most involvement in writing the article, not in order of academic or clinical titles.
- j) If there are conflicts of interest, the authors must disclose it in the publication.
- k) Tables should never be pasted images. The author must manually create them even if taken from a different source, citing the source from which they are obtained.
- l) If the tables are created by the author, put at the foot of it the next. Source: name of the author of the article.
- m) If your article is quantitative in nature and your study was carried out with people or animals, it is necessary that you provide us, in addition to all the data requested in the editorial policies and regulations, the folio number or proof that your work it was approved by a Research Ethics Committee. Without this document, we CANNOT proceed with editorial monitoring.

If you do not have such approval, you can appeal to the Research Ethics Committee of the Universidad Anáhuac México, who will give you the corresponding follow-up. The contact email is: precomite@anahuac.mx

3. Reviews

Reviews must include the title of the work reviewed with bibliographic references, as well as the name, work institution, email address, and ORCID ID of the author of the review. Reviews are academic critiques which respectfully highlight the limits and contributions of the work in question.

The length must not be more than five pages.

4. Bibliography

The references of each article should include its DOI, if they have one. This should be shown with the full URL link (<https://doi.org/...>), and not be preceded only by the word DOI.

Example: Ejemplo: Chen W, Huang Y. To protect healthcare workers better, to save more lives. *Anesth Analg*. 2020; 131(1): 97-101. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004834>

a) Full book

Author(s). Book title. Edition. Place of publication: Publishing house; year.
Bell J. Doing your research project. 5th. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005.

b) Independent volumes of books

— *Volumes with their own title from the same author(s)/ editor(s)*

Author(s). Book title. Edition. Place of publication: Publishing house; year. Pages. Vol. n°. Chapter title.
Cicchetti D, Cohen DJ, editors. Developmental psychopathology. Vol. 1, Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.; c1995. 787 p.

— *Serial monographs*

Author(s). Book title. Edition. Place of publication: Publishing house; year. Pages. (Author(s). Series title. Vol. n°.)
Stephens D, editor. Adult audiology. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann; c1997. 657 p. (Kerr AG, editor. Scott-Brown's otolaryngology. Vol. 2).

c) Book chapters

Chapter author(s). Chapter title. En: Book Director/Coordinator/Editor. Book title. Edition. Place of publication: Publishing house; year. First-last pages of the chapter.
Franklin AW. Management of the problem. En: Smith SM, editor. The maltreatment of children. Lancaster: MTP; 2002. p. 83-95.

d) Journal article

Author(s). Article title. International abbreviation of the journal. Year; volume (number): First-last pages of the article.

Dawes J, Rowley J. Enhancing the customer experience: contributions from information technology, *J Business Res.* 2005; 36(5):350-7.

e) Conference and convention proceedings (cited as a book)

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

f) Notices and lectures

Author(s) of the notice/lecture. Title of the of the notice/lecture. En: Official title of the conference. Place of publication: Publishing house; year. First-last pages of the statement/lecture.

Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. Paper presented at: APSB 1986. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society, Mothers and Babies; 1986 Sep 8-10; Queensland, Australian. Berlin: Springer; 1986. p. 182-191.

g) Internet resources

— *Books*

Author(s). Title [Internet]. Place: Publishing house; year [revised; consulted]. Available at: link to website.

Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging. [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2007-2008. [Revised 2007-2008; accessed March 29, 2009]. Available at: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.html>

— *Journal articles (for all cited journals with a DOI number, it must be included at the end of the reference)*

Author. Title. Abbreviated journal name [Internet]. Year. [Accessed]; volume (number): pages or length indication. Available at: link to website.

Aboud S. Quality of improvement initiative in nursing homes. *Am J Nurs* [Internet]. 2002. [Accessed November 22, 2012]; 102(6). Available at: <http://www.nursingworld.org>

h) Websites

Author(s). Title [Internet]. Place of publication: Publishing house; Publication date [revised; accessed]. Available at: link to website.

European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT. [Internet]. [Accessed July 3, 2012]. Available at: <http://envisat.esa.int/>

i) Part of a website

Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c2009. Dental health; May 6, 2009. [Cited July 16, 2009]; [about 7 screens]. Available at: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/dental>

j) Research data

Veljiæ M, Rajëeviaë N, Bukviëki D. A Revision Of The Moss Collection Of The University Of Belgrade Herbarium (Beou) From The Ostrozub Mountain In Serbia [Internet]. Zenodo; 2016. Available at: <https://doi.org/10.5281/ZENODO.159099>

k) Citations in the text

Citations in the text must be indicated with Arabic numerals in parentheses.

Each work cited in the text must have a unique number assigned according to the order of citation. If a work is cited more than once, it must keep the same number.

Author citations can be indicated with a number or by including the author's name followed by a number in the text. When the text mentions an author, the reference number is placed after the name. If the author is not named, the number should be placed at the end of the phrase.

Tumors can extend from the lungs to any part of the body (1) ...
As Lagman explains (2), treating diabetes...

If the work has more than one author, the citation in the text must be «First author *et al.*» (on italic).

Simona et al. (5) established that the beginning...

To cite a work with an unknown author, a «corporate author» must be used. For example, an organization or organism.

The Ministry of Health (4) recently estimated that hepatitis...

The number of people suffering from hepatitis in Spain grew by 14 % in the last 20 years (4)...

Some books contain chapters written by different authors. When citing the chapter, the author of the chapter must be cited, not the editor or coordinator of the work.

Bell (3) identified that people suffering from diabetes mellitus 2 require strict nutritional care...

When there is more than one citation, they must be separated by commas, but if they are correlational, the first and last are separated by a dash.

Modern scientific nomenclature really began with Linnaeus in botany (1), but other disciplines (2,5) were not many years behind in developing various systems (4-7) for nomenclature and symbolization.

Direct citation: must be brief, at least five lines long, must be inserted in the text in quotation marks, and the corresponding number must be placed at the end, after the quotation marks and before the punctuation mark, page numbers must be included.

«...has been proven demonstrably false» (4, p. 23).