**Czym jest dzisiaj bioetyka? Jan Hartman**

2005-07-13

Po raz pierwszy filozofowie stali się niedawno uczestnikami, i to być może najważniejszymi uczestnikami, procesu, w którym powstaje nowa, istotna dyscyplina akademicka. Dyscyplina będąca zresztą nie tylko działem „akademii”, ale pewnym fragmentem życia społecznego, który rozciąga się pomiędzy ściśle rozumianym światem akademickim, polityką oraz przestrzenią debaty publicznej, odbywającej się za pośrednictwem mass-mediów. Filozofowie wzięli oto na siebie odpowiedzialność za ukształtowanie, konsolidację i integrację wewnętrzną czegoś, co jeszcze jako jednolita i spójna dyscyplina nie istnieje, jakkolwiek są na to dobre widoki. Ta dyscyplina *in statu nascendi*, której powstawania jesteśmy świadkami, nazywa się „bioetyka”. Sama nazwa „bioetyka” predestynuje filozofów, a mianowicie etyków, którzy przecież są filozofami, do tego, aby odgrywali rolę promotorów i aktywnych współtwórców tej nowej domeny naukowej ekspercji, znajdującej się w procesie budowy. Wszelako jednak, proces ten bynajmniej nie jest oddany w ich ręce w sposób jednoznaczny i świadomy, a filozofowie nie są większością, lecz przeciwnie – mniejszością pośród tych sześciu czy siedmiu tysięcy pracowników naukowych z całego świata, którzy uważają się za trwale związanych z tą dziedziną, z dziedziną bioetyki. Filozofowie być może po raz pierwszy zostali postawieni w jednym szeregu, na gruncie pewnego wspólnego zadania poznawczego, razem z przedstawicielami innych dyscyplin: z socjologami, psychologami, prawnikami, ekonomistami, a przede wszystkim lekarzami i biologami. Wprawdzie pozostawiono kompetencjom filozofów dbałość o metodologiczną koherencję i sprawność procesu konsolidacji tej dyscypliny, to jednak większość członków tego środowiska, zdominowanego zresztą przez Amerykanów, nie dysponuje takim pojęciem filozofii czy też nie akceptuje takiego pojęcia filozofii, w myśl którego jest to dyscyplina akademicka o charakterze fundującym lub syntetycznym w stosunku do wszystkich innych. Na takie rozumienie słowa „filozofia” i na związaną z nim uprzywilejowaną pozycję filozofowie nie mogą tu liczyć, mimo że postawieni są przed trudnym zadaniem, które wymaga pewnego autorytetu. Słowo „filozofia” przyjmuje w tym środowisku znaczenie, jakie ma w potocznej kulturze intelektualnej w Stanach Zjednoczonych: ogólny namysł nad istotnymi, z punktu widzenia osobowego oraz społecznego doświadczenia, aspektami rozmaitych zjawisk (w tym wypadku: zjawisk świata medycznego). Filozof więc to nie tyle specjalista w jakimś zakresie kompetencji akademickiej, lecz intelektualista zdolny do pogłębionej i popartej ogólną erudycją refleksji, nacechowanej roztropnością i wrażliwością. Podobnie i słowo „etyka” nie funkcjonuje w środowisku bioetycznym w znaczeniu dyscypliny akademickiej, lecz oznacza ogół standardów uczciwości i przyzwoitości oraz refleksję, w której są one wypracowywane i komentowane. Słowo „moralność” natomiast dość wyraźnie kojarzy się tu z domeną przekonań religijnych oraz obyczaju. Tym samym, z góry przesądzone jest to, że bioetyka powinna być wprawdzie nacechowana poważaniem dla rozmaitych przekonań moralno-religijnych oraz dla rozmaitych obyczajów, lecz sama nie może się w nie angażować, poprzestając na budowaniu warunków uczciwego, demokratycznego i równego współistnienia osób i wspólnot o różnych potrzebach, stylach życia, przekonaniach i możliwościach.

Bioetyka istnieje dopiero od około czterdziestu lat. Jest też chyba jedyną dyscypliną, w której filozofom dano głos ważny, liczący się, a jednocześnie mającą bezpośredni wpływ na rzeczywistość polityczną. Filozofowie uzyskują na gruncie bioetyki unikalną możliwość udziału w formułowaniu procedur oraz aktów legislacyjnych, które mają wpływ na życie i komfort życia milionów ludzi na całym świecie. Rodzi to szczególną odpowiedzialność filozofów, odpowiedzialność wyjątkową i bodaj nigdy dotąd w dziejach filozofii nie spotykaną.

Bioetyka powstała z potrzeby praktycznej, a mianowicie z potrzeby przeprowadzenia publicznej debaty nad dostępnością nowych, bardzo kosztownych, technik dializ dla uboższych części społeczeństwa. Sukces tej debaty, jaka odbyła się na początku lat 60 w USA, i jej konkluzywność spowodowała, że bardzo szybko na gruncie publicznym wytoczono kolejne zagadnienia praktyczno-moralne związane z życiem medycznym, zwłaszcza zaś bolesne zagadnienia jakoś kojarzące się z traumą II Wojny Światowej, z praktykami nazistowskimi, ze zbrodniczymi nadużyciami w stosunku do więźniów obozów koncentracyjnych. Okazało się, że na Zachodzie – w samej Ameryce, ale także w krajach europejskich – są przypadki wykorzystywania osób innych niż biała ras i pochodzących z niższych warstw społecznych do eksperymentów medycznych, bez jawnej, świadomej, kompetentnej zgody z ich strony. Było to pole dyskusji, na którym zaczęła się kształtować „bioetyka” jako nowa dyscyplina.

Słowo „bioetyka” było pierwotnie skrótem od wyrażenia „biomedical ethics”, wraz z upowszechnieniem się terminu „biotechnologia” zaczęło zaś być uważane za skrót wyrażenia „biotechnological ethics”. Pierwszymi profesorami nowej dyscypliny, ekspertami, którzy podjęli się zorganizowania systematycznej praktyki akademickiej pod nową nazwą „bioetyka” byli David Thomasma w Chicago (zmarły w 2002 r.), Tristram Engelhardt w Teksasie oraz Albert Jonsen w San Francisco. Powszechny wpływ bioetyki na życie medyczne, przynajmniej w USA, zaznaczył się już na początku lat osiemdziesiątych, a to głównie dzięki sławnemu opracowaniu zagadnień bioetycznych przez dwóch konserwatywnych autorów, Toma Beauchampa i Jamesa Chidressa w pracy *Principiles of Biomedical Ethics* (Oxford UP 1979; Istnieje polski przekład zmienionego i rozszerzonego wydania z 1994 roku: T. L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Książka i Wiedza, Warszawa 1996 ).

Od początków bioetyki minęło więc czterdzieści lat. Proszę sobie wyobrazić, że po tych czterech dekadach funkcjonowania owego akademickiego i publicznego forum dyskusji, gdzie na równych prawach głos zabierają lekarze, politycy, prawnicy, socjologowie i filozofowie, z pewną tylko, niezbyt mocno zaznaczoną wspólną zgodą na to, że ci ostatni będą odgrywać w tej nader praktycznej dyscyplinie rolę moderatorów, rolę integrująco-syntezującą, rolę tych, którzy formułują pewne konkluzje i dostarczają pewnych ogólnych ram pojęciowych i teoretycznych dla prowadzonych dyskusji, otóż po czterech dekadach istnienia tej dyscypliny zaszła ona tak daleko pod względem swego społecznego znaczenia, że G. W. Bush, jako nowy prezydent Stanów Zjednoczonych, w jednym ze swych pierwszych wystąpień, 9 sierpnia 2001 roku, mówił głównie na tematy bioetyczne, odczytując tekst napisany przez profesora filozofii, po wcześniejszych bezpośrednich konsultacjach prezydenta z trzema innymi profesorami, z bioetykami będącymi z pierwszego wykształcenia filozofami. Tekst ten był poświęcony stanowisku rządu amerykańskiego w kwestii możliwości finansowania ze środków federalnych badań nad komórkami macierzystymi. Oto spośród tych wszystkich zagadnień społecznych, z którymi musi się borykać rząd USA i o których musi do społeczeństwa mówić, wybór padł właśnie na kwestie bioetyczne, a sposób, w jaki konsultowane było odpowiednie środowisko, a więc, w tym wypadku, środowisko bioetyczne, był najbardziej bezpośredni, najbardziej pełen zaufania, jak tylko można to sobie wyobrazić.

W tej chwili chciałbym skupić się na kwestii udziału samych filozofów w środowisku bioetycznym. Jak już wspomniałem, nasze znaczenie w tym środowisku nie jest eksponowane, choć zadanie, jakie w nim mamy do spełnienia, jest zupełnie podstawowe. Na filozofach bowiem spoczywa odpowiedzialność za uzyskiwanie przez tę dyscyplinę samowiedzy naukowej, która zresztą bynajmniej nie jest analogiczna do tej, jaką dysponują inne nauki społeczne. Wynika to stąd, że bioetyka nie jest po prostu częścią świata akademickiego, gdyż w równym stopniu jest ona częścią świata medycznego, a ponadto do jej substancji należą dyskusje i debaty prowadzone także poza uczelniami – na konferencjach i w komitetach bioetycznych, które nie uważają się za część świata naukowego i faktycznie wprost do niego nie należą. Filozofowie pełnią tu więc rolę moderatorów czy „syntetyków”, jakkolwiek natura samej dyscypliny wymusza na nich to, aby ich rozważania zawsze brały za punkt wyjścia konkretne zagadnienia praktyczne. Nimi to więc filozofowie, niezależnie od swych inklinacji w stronę ogólnej i abstrakcyjnej refleksji, muszą się faktycznie zajmować. Przeglądem tych zagadnień konkretnych zajmiemy się za chwilę. Nakreślę, wprawdzie tylko schematycznie i powierzchownie, typowe obszary tematyczne, jakim przyporządkować można publikacje w czasopismach bioetycznych oraz wystąpienia konferencyjne (a konferencje są tą formułą życia naukowego, z której bioetyka korzysta najchętniej). Przed filozofami staje tu każdorazowo zadanie takiego przeformułowania klasycznych zagadnień etyki i klasycznych sporów w tej dziedzinie, aby można je było zidentyfikować w takim właśnie konkretno-kazuistycznym kontekście. Ogólna problematyka etyczna, która najbardziej liczy się w bioetyce, to problematyka stosunku pomiędzy pryncypializmem (etyką autonomiczną) a etyką utylitarystyczną (etyką konsekwencjalistyczną). W tym miejscu chciałbym szczególnie mocno podkreślić to, że najistotniejszym rysem metodologicznym i moralnym tego tak zróżnicowanego środowiska jest przekonanie, iż każda dyskusja dotycząca zagadnień moralnych musi nawiązywać do pewnej wiedzy empirycznej, wiedzy statystycznej oraz wiedzy konkretno-naukowej, która daje podstawy do oceniania możliwych konsekwencji planowanych czy rekomendowanych w danym wypadku rozwiązań, które też muszą być bardzo praktyczne w swym charakterze. Istnieje tu wymóg przechodzenia od sformułowań ogólnych, teoretycznych, pryncypialnych do pewnych rekomendacji konkretnych, a wręcz sformułowań legislacyjnych, owych tzw. „guidelines and recommendations”. Każda taka praktyczna, konkretna propozycja, choćby nie wiem jak abstrakcyjnie umocowana w dyskursie filozoficznym, musi mieć za sobą obrachunek kosztów i korzyści, a więc rachunek utylitarystyczny. Każda propozycja musi być więc poparta rozważeniem kwestii następujących: czyje dobro jest w danym wypadku brane pod uwagę, jaka jest cena osiągnięcia tego dobra, kto cenę tę zapłaci. Brak tego rozeznania, a zwłaszcza odmowa zainteresowania tą stroną empiryczną zagadnienia, realnymi konsekwencjami zamierzanych czynów lub regulacji, na przykład w imię godności czystych ideałów, na które mielibyśmy się powoływać, jest uważana nie tylko za błąd metodologiczny – jest uważana także za coś niemoralnego. Jest to ogromnie ważne. Pragmatystyczny czy utylitarystyczny duch, który ze względu na amerykańską proweniencję dyscypliny tutaj dominuje, nakazuje traktować rachunek utylitarystyczny i ten utylitarystyczno-empirystyczny punkt widzenia jako *nakaz moralny*. Jeśli na przykład ktoś, rekomendując karanie kobiet za dokonywanie aborcji, powołuje się wyłącznie na pryncypia, nie zastanawiając się wcale nad tym, jakie działania społeczne i prawne mogą doprowadzić do realnego ograniczenia tego zjawiska, odmawiając przyjęcia tego punktu widzenia, tej formy troski, wtenczas jego głos nie może być brany pod uwagę. Tak w przypadku aborcji, jak i w przypadku wszystkich innych zagadnień bioetycznych, naszym obowiązkiem, jako bioetyków, jest zadać pytanie o to, w czym tkwi zło oraz jakie środki prowadzą do jego rzeczywistego ograniczenia, a nie o to, jakie sformułowanie prawne będzie najpełniejszym wyrazem pryncypium etycznego, które wiąże się z negacją tego zła. Może być bowiem czasem tak, że duża punitywność prowadzi do rezultatów negatywnych i szkodliwych.

Nie należy sądzić, że bioetyka znajduje się wciąż jeszcze w stadium agregacyjnego skupiska rozmaitych kompetencji, że jest tylko wolnym forum dyskusji nad istotnymi, ale jeszcze nie opracowanymi teoretycznie kwestiami życia publicznego w pewnym jego segmencie. Otóż nie. To stadium wyjściowe, stadium multidyscyplinarności, ma bioetyka już za sobą. Wykształcił się już bowiem nie tylko pewien obszar ściśle naukowych kompetencji własnych, obszar literatury ściśle bioetycznej, nie tylko kilka tysięcy osób identyfikuje jakiś względnie jednolity obszar naukowych dyskusji, nie tylko dochodzi do wzajemnego nakładania się, zachodzenia na siebie kompetencji uczestników debat bioetycznych, ale istnieją już ogólne teorie, koncepcje filozoficzne, które stanowią poważne propozycje pojęciowych ram dla całej dyscypliny. Przykładem może być kantowski z ducha system bioetyki T. Engelhardta, teoria zdrowia i choroby L. Nordenfelda, empirystyczny program uprawiania bioetyki J. Harrisa, zastosowanie etyki dyskursu do problematyki bioetycznej M. Kettnera, czy też koncepcja uprawiania bioetyki jako kazuistyki proponowana przez A. Jonsena. Można powiedzieć, że bioetyka, opuściwszy już poziom „multidyscyplinarności” znajduje się dziś w stadium pośrednim pomiędzy „transdyscyplinarnością” a „interdyscyplinarnością”.

Obecnie przejdę do zapowiadanego naszkicowania tematyki szczegółowych debat bioetycznych. Wcześniej jednak chciałbym poczynić pewne wyjaśnienie demarkacyjne. Otóż w niektórych kontekstach, zwłaszcza w prasie, termin „bioetyka” pojawia się w bardzo szerokim znaczeniu, obejmującym tzw. „etykę środowiskową” i ekologię, a nawet to, co dawniej nazywano „higieną”, czyli społeczną świadomość zdrowotną i jej propagowanie. Nie ma powodu, aby zakazywać takiego szerokiego stosowania słowa „bioetyka”, jednakże trzeba uznać fakt, iż w sensie akademickim, profesjonalnym, „bioetyka” jest spadkobierczynią dawnej filozofii medycyny oraz etyki medycznej, wobec czego wszelkie publikacje i konferencje odbywające się pod jej szyldem dotyczą zagadnień ochrony zdrowia, stosunków pomiędzy lekarzami i pacjentami oraz badań naukowych w zakresie medycyny i biotechnologii. Sprawy ochrony środowiska, praw zwierząt, zdrowego i ekologicznego stylu życia pojawiają się w kontekście bioetyki tylko incydentalnie, mając swoje odrębne nisze akademickie i medialne. Dodatkowo należy jeszcze wyjaśnić, że istnieją dwa różne style uprawiania bioetyki i dwa, częściowo rozłączne, obszary jej akademickiego funkcjonowania: amerykański i europejski. Amerykańska bioetyka jest bardziej praktyczna a jednocześnie bardziej związana z prawem i polityką, europejska natomiast bardziej skłania się ku teorii, a w tym ku refleksji filozoficznej. W przedstawionym tu wyliczeniu najczęściej dyskutowanych zagadnień bioetyki obie te perspektywy potraktowałem łącznie, co jest o tyle usprawiedliwione, że coraz więcej publikacji i konferencji bioetycznych ma charakter transatlantycki; nie zmienia to wszelako absolutnej dominacji języka angielskiego w tej dyscyplinie (dlatego podaję kilka popularnych terminów angielskich).

Najprostszy podział zagadnień bioetyki odróżnia zagadnienia ogólno-systemowe związane ze skuteczną i sprawiedliwą ochroną zdrowia (system opieki zdrowotnej, zdrowie publiczne), zagadnienia etyczne związane ze stosunkami lekarzy i pacjentów (np. autonomia pacjenta, prywatność etc.) oraz zagadnienia etyki badań klinicznych i biomedycznych (świadoma zgoda na badania, prawo uczestników badań do korzystania z ich owoców). Znaczna część tematów bioetyki daje się też elegancko spolaryzować pod szyldami „zagadnień związanych z początkiem życia” i „zagadnień związanych z końcem życia”. Tutaj wszelako zostanie przedstawiony podział nieco bardziej skomplikowany, lecz mający tę zaletę, że odpowiada dość dobrze faktycznemu układaniu się zagadnień w praktyce akademickiej bioetyki, to znaczy w bioetycznych publikacjach i na konferencjach. Będę mianowicie odróżniał dwa podstawowe punkty widzenia, z których rozważa się problemy: punkt widzenia osoby oraz punkt widzenia organizacji stosującej pewne standardy i procedury. Ten podział aspektów zostanie skrzyżowany z bardziej przedmiotowym podziałem obszarów organizacyjnych, w których dana problematyka się pojawia. Będą to obszary następujące: laboratorium (lub klinika), zwykły szpital, krajowy system opieki zdrowotnej oraz indywidualna praktyka lekarska. I. Z perspektywy laboratorium oraz kliniki przeprowadzającej doświadczenia i badania nad nowymi lekami i terapiami zasadnicze kwestie bioetyczne odnoszące się wprost do jednostki ludzkiej to: – świadoma zgoda na badania (*informed consent*); – motywacja do udziału w badaniach (np. presja ekonomiczna, bieda) oraz kryteriów rekrutacji osób do badań; – odpowiedzialność za niepowodzenia w badaniach (szkody na zdrowiu, skutki zaniechania lub opóźnienia zastosowania normalnie stosowanych w danym przypadku procedur) oraz los chorych z grupy kontrolnej, otrzymujących placebo; – prawo uczestników badań do korzystania z ich owoców. Jeśli chodzi o etyczne aspekty *procedur klinicznych*, to najbardziej istotne są procedury i kwestie proceduralne następujące: – kwestia kryteriów dopuszczania badań do etapu klinicznego (badań na ludziach); – procedury rekrutacji osób do testowania leków i terapii (np. udział cudzoziemców, konieczność minimalizacji cierpień zwierząt); – procedury opiniodawcze i kontrolne, a w tym działalność Komitetów Etycznych (Bioetycznych); – procedury budowania świadomej zgody na badania i sprawdzania rozumienia przez uczestników badań ich medycznej istoty oraz występującego w nich ryzyka; – procedury związane z zarządzaniem ryzykiem operacyjnym (np. w rozdzielaniu bliźniąt syjamskich); – zakres i cele stosowania preimplantacyjnych i prenatalnych badań genetycznych (PGD); – dozwolone sposoby pozyskiwania oraz wykorzystywania komórek macierzystych (*stem cells*); – procedury związane ze skanowaniem genomu, ochroną uzyskanych w ten sposób danych, wykorzystywaniem tych danych, patentowaniem technik genetycznych; – wprowadzanie modyfikacji genetycznych motywowane względami terapii i ew. względami pozazdrowotnymi (moralna dopuszczalność takich praktyk); – klonowanie terapeutyczne tkanek, klonowanie człowieka i jego moralna dopuszczalność. II. Inny nieco jest punkt widzenia szpitala czy nawet ambulatorium prowadzącego rutynową działalność terapeutyczną. W odniesieniu do *konkretnego człowieka* praktyka szpitalna rodzi najczęściej następujące kwestie etyczne: – poszanowanie autonomii pacjenta (prawa do informacji o własnym stanie zdrowia i prawa do wyrażenia zgody bądź odmowy leczenia); – prymat dobra pacjenta (np. przed interesami ekonomicznymi i organizacyjnymi szpitala) – tzw. *beneficience*; – kwestia prywatności i dyskrecji oraz tajemnicy lekarskiej; – rola i prawa rodziny, jak również granice ważności oświadczeń woli członków rodziny (np. w kwestiach związanych z podtrzymywaniem życia albo jego ratowaniem z użyciem transfuzji krwi); – postępowanie z chorymi niedostatecznie ubezpieczonymi, a wymagającymi kosztownego leczenia; – kryteria dystrybucji usług deficytowych (zasady ustalania kolejności w dostępie do zabiegów); – stwarzanie należytych warunków umierania. *Procedury*, których doskonaleniem zainteresowany jest szpital, to zwłaszcza: – procedury opiniodawcze i kontrolne szpitalnych Komitetów Etycznych; – zagadnienia opieki paliatywnej i wstrzymywania procedur reanimacyjnych bądź podtrzymujących funkcje życiowe (zwł. ustalanie momentu śmierci i kryteria komendy DNR – *do not resuscitate*, zaprzestań reanimacji); – postępowanie z osobami w demencji, a zwłaszcza kwestia poszanowania autonomii tych osób we wcześniejszych stadiach choroby; kwestia stosowania tzw. „pigułki szczęścia”; – autonomia pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym oraz specjalne wymagania chorych psychicznie (kwestia dyskrecji, ochrona osób trzecich, rola rodziny); reguły stosowania przymusu w psychiatrii; – procedury związane z aborcją; – procedury związane z transplantacją organów (postępowanie z dawcą i z biorcą) i tkanek – ochrona praw personelu medycznego do powstrzymywania się od udziału w budzących wątpliwości moralne procedurach; – ochrona personelu medycznego przed czynnikami szkodliwymi dla zdrowia (zakażenia, promieniowanie); – ochrona personelu medycznego przed agresją prawną ze strony pacjentów i ich adwokatów. – ochrona personelu i pacjentów przed agresją fizyczną na terenie szpitala. III. Obszar zagadnień związanych z systemem ochrony zdrowia, widzianym z punktu widzenia interesów *pojedynczej osoby* można zakreślić następująco: – kwestie solidarności i opiekuńczości, a zwłaszcza dostępność usług medycznych dla osób ubogich oraz zasady wzajemności ubezpieczeniowej; – kwestie priorytetów i korelatywnie: zadań zdegradowanych (np. ze względu na statystyczną marginalność jakiejś jednostki chorobowej); – kwestie moralne powstające na przecięciu publicznego i prywatnego sektora systemu ochrony zdrowia, a zwłaszcza zakres świadczeń (i dostępności leków) płatnych z ubezpieczenia publicznego (np. chirurgia plastyczna, zapłodnienia *in vitro*); – los osób nieubezpieczonych (obywateli oraz imigrantów) i odpowiedzialność gminy i państwa za ich kondycję zdrowotną; – kwestia propagandy zdrowotnej i odpowiedzialności jednostki za swe własne zdrowie; – kwestie równości i słusznego uprzywilejowania (np. dzieci, kobiet w ciąży i osób umierających). Kwestie związane z *procedurami systemowymi*, wtórnie przekładające się na losy poszczególnych chorych są następujące: – organizacja badań profilaktycznych i populacyjnych zmierzające do ustalenia priorytetów epidemiologicznych i identyfikacji grup ryzyka (np. przesiewowe badania genetyczne w kierunku ryzyka zachorowania na raka piersi); – kontrola obiegu pieniądza w systemie (oszczędność jako nakaz moralny); – publiczna kontrola nad systemem (komitety i związki chorych, stowarzyszenia samopomocowe, prasa); – systemowe zagadnienia sprawiedliwości rozdzielczej (gospodarka deficytem, skutki starzenia się społeczeństwa (*ageing problem*), solidarność międzypokoleniowa, kwestia usług niestandardowych i granic aspiracji zdrowotnych („*boutique medicine*”), dobroczynność i jej funkcjonowanie w systemie); – konwencje i standardy międzynarodowe lecznictwa (ujednolicone procedury i ich granice – tzw. *evidence based medicine*, EBM); – globalne zagadnienia ekonomiczno-zdrowotne (problem głodu, skutki propagandy tamującej dystrybucję taniej żywności transgenicznej), zagadnienia solidarności międzynarodowej (np. pomoc w zwalczaniu gorączek zakaźnych, negocjacje z firmami farmaceutycznymi, profilaktyka AIDS w Afryce). IV. Wreszcie zespół zagadnień związanych z działalnością poszczególnych lekarzy. W konkretnych stosunkach z *poszczególnymi chorymi* pojawiają się zwłaszcza kwestie następujące: – prymat dobra pacjenta nad interesem lekarza; – poszanowanie autonomii pacjenta i dyskrecja; – uczciwa ocena własnych kompetencji przez lekarza; – lojalność wzajemna lekarza i pacjenta; – informowanie pacjentów o ich stanie zdrowia; – odpowiedzialność lekarza za własne błędy w rozpoznaniu i leczeniu; – prawo lekarza do nieuczestniczenia w procedurach wątpliwych moralnie (jak eutanazja, wspomagane samobójstwo, aborcja). Z *proceduralno-organizacyjnego* punktu widzenia praktyka lekarska nasuwa takie zagadnienia jak: – standardyzacja procedur diagnostycznych i terapeutycznych (EBM) i jej granice; – system kontroli działań lekarza i podział odpowiedzialności pomiędzy współpracowników; – stosunki pomiędzy lekarzami a pozostałym personelem medycznym; – ochrona dóbr cywilnych (w tym ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej) lekarzy; – „procedury wrażliwe” (eutanazja, wspomagane samobójstwo, aborcja); – kodeksy etyki lekarskiej i procedury ich modyfikowania; – procedury awansowe lekarzy i ich związek z praktyką podstawową terapeuty. Każdy z wymienionych w tym dość obszernym wyliczeniu problemów wiąże się z co najmniej kilkoma trudnościami natury etycznej, których specyfikacji tu poniecham, pozostawiając to domyślności czytelników. Większość codziennej pracy bioetyków poświęcona jest zagadnieniom szczegółowym, zawierającym się w zarysowanych powyżej obszarach. Ponadto jednak na co dzień prowadzi się całkiem już filozoficzne debaty o istocie zdrowia i choroby, o kryteriach dobrego życia, o cierpieniu i śmierci, a wreszcie o samej bioetyce jako takiej: jej zadaniach, metodach, naturze organizacyjno-metodologicznej i funkcji społecznej. Siłą rzeczy, nauka znajdująca się w fazie organizacji intensywnie zajęta jest określaniem własnej teoretycznej tożsamości oraz krytyczną analizą swych perspektyw poznawczych. Ciężar tych metodologicznych rozważań spoczywa głównie na bioetyce europejskiej, mającej, jak już wspomniałem, w ogólności znacznie bardziej filozoficzne zacięcie.

Oto jak w grubych zarysach prezentuje się problematyka bioetyki. Jest rzeczą zadziwiającą, jak daleko wychodzi ona poza to, co potocznie kojarzone jest ze słowem „bioetyka” (aborcja, eutanazja, wykorzystanie komórek macierzystych, odłączanie aparatów podtrzymujących życie, problemy związane z transplantacją organów). Uderzający jest również brak w tym wyliczeniu tak zasadniczej kwestii, jak korupcja w służbie zdrowia. Powód jest taki, że na Zachodzie korupcji tej prawie nie ma i nikomu nie przychodzi do głowy traktowanie jej jako odrębnego zagadnienia w bioetyce (a nie li tylko jako zagadnienia kryminalistycznego); jeśli kwestia korupcji w ogóle się pojawia, to jedynie w wypowiedziach nielicznych przedstawicieli Europy pokomunistycznej.

Prezentację młodej dyscypliny powinien dopełnić rzut oka na jej przypuszczalne przyszłe perspektywy. Otóż w tej sprawie panuje zgoda: przyszłość bioetyki wiąże się z narastającymi problemami wynikającymi z postępu biotechnologii i manipulacji genetycznych. Przed nami zapewne era społeczeństwa eugenicznego, w którym możliwe będzie nie tylko zapobieganie najróżniejszym ułomnościom wrodzonym, ale i modyfikowanie genomu już urodzonych ludzi, łącznie z udoskonalaniem ich funkcji poznawczych oraz drastycznym opóźnieniem procesów starzenia się tkanek. Perspektywy to są zawrotne i nie ulega kwestii, że bioetyka mierząc się z nimi powiększy jeszcze swe brzemię odpowiedzialności, które już dziś jest znacznie większe niż cokolwiek, co dotychczas bywało udziałem filozofów.  *Artykuł ten jest poszerzoną wersją wykładu habilitacyjnego, wygłoszonego 8 XI 2001 r. przed Radą Wydziału Filozoficznego UJ. Drukiem ukazał się w czasopiśmie* Archeus, *3 (2002).

Uaktualniona wersja została opublikowana w Serwisie Biotechnologicznym 13 lipca 2005 r.*