

JERZY GOCKO SDB

MORALNO-SPOŁECZNE ASPEKTY TROSKI O ZDROWIE W KONTEKŚCIE EPIDEMII COVID-19

MORAL AND SOCIAL ASPECTS OF HEALTH CARE IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 EPIDEMIC

Abstract. The COVID-19 pandemic has made clear many of the dilemmas related to the protection of life and health, not only about the efficiency of health systems, but also about of a moral nature. The aim of the article is to draw attention to some of them from the theological and moral perspective, with particular reference to the social nature of care for health and life. The reflections will take the form of a general presentation of problems and challenges related to the COVID-19 epidemic with reference to the fundamental principles of social life.

Key words: COVID-19; care for health and life; medicine; social bioethics; common good; solidarity; justice; imagination of mercy.

W etycznoteologicznej refleksji bioetycznej ważne miejsce zajmuje problematyka społecznej odpowiedzialności za życie i zdrowie¹. Opracowania poruszające to zagadnienie zwracają uwagę nie tylko na troskę o zdrowie w kon-

Prof. dr hab. JERZY GOCKO SDB – Katedra Teologii Moralnej Społecznej, Instytut Nauk Teologicznych, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II; adres do korespondencji: Al. Racławickie 14, 20-950 Lublin; e-mail: Jerzy@Gocko.pl; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6513-5681>.

¹ Por. G. RUSSO, *Bioetica sociale*, w: *Enciclopedia di bioetica e sessuologia*, Torino: Leumann 2004, s. 380-381; I. SCHNELLA, *Dottrina sociale e bioetica*, w: *Enciclopedia di bioetica*, s. 705-710; J. WRÓBEL, *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków: Wydawnictwo Księży Sercanów 1999, s. 195-215; J. NAGÓRNY, *Społeczny charakter troski o życie i zdrowie*, „Roczniki Teologiczne” 46(1999), z. 3, s. 5-23.

tekście wspólnotowego charakteru życia ludzkiego, na wieloaspektowe społeczne uwarunkowania działań medycznych oraz na ścisłą relację między jakością ochrony zdrowia i życia a systemem opieki medycznej, czy – szerzej ujmując – całokształtem życia społecznego, ale przede wszystkim wskazują na fundamentalną prawdę, że troska o życie i zdrowie przybiera kształt wielopłaszczyznowej współodpowiedzialności. Prawdę tę w sposób klarowny wyraził w encyklice *Evangelium vitae* św. Jan Paweł II poprzez odwołanie się do paradygmatu Kaina i jego dramatycznej próby usprawiedliwienia się: „czyż jestem stróżem brata mego?”. W tym kontekście Papież przypomniał, że człowiek został niejako „zadany” drugiemu człowiekowi: „Każdy człowiek jest ‘stróżem swego brata’, ponieważ Bóg powierza człowieka człowiekowi” (EV 19), a więc także troska o życie i zdrowie drugiego człowieka została nam „zadana” przez Boga.

Świadomość wspólnotowego charakteru troski o życie i zdrowie jest coraz bardziej powszechna. Każdy bowiem, podejmując odpowiedzialną troskę o własne życie i zdrowie, staje przed wyzwaniem, na które nie jest w stanie sam odpowiedzieć. Wyrazistym doświadczeniem tej swoistej ograniczoności czy nawet bezradności są takie podstawowe doświadczenia, jak kataklizmy naturalne, wojny, katastrofy ekologiczne czy epidemie. U progu trzeciej dekady obecnego stulecia, w obliczu pandemii COVID-19, to doświadczenie niewystarczalności nabrało niespotykanego wcześniej dla społeczeństw dobrobytu wymiaru, przekroczyło charakter jednostkowy i stało się udziałem wielu społeczności lokalnych, czy nawet całych państw. Nowa sytuacja uświadomiła z całą wyrazistością wiele dylematów związanych z ochroną życia i zdrowia, dotyczących nie tylko sprawności systemów opieki zdrowotnej, ale także o charakterze moralnym. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na niektóre z nich z perspektywy teologicznomoralnej ze szczególnym odniesieniem do społecznego charakteru troski o zdrowie i życie. Rozważania przyjmą postać ogólnej prezentacji problemów i wyzwań związanych z epidemią COVID-19 z odniesieniem do fundamentalnych zasad życia społecznego. W rzeczywistości bowiem każda z ukazanych kwestii mogłaby stać się przedmiotem dalszych szczegółowych badań i osobnej monografii.

1. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA ŻYCIE I ZDROWIE W PERSPEKTYWIE DOBRA WSPÓLNEGO

Dobro wspólne w nauczaniu społecznym Kościoła od samego początku ujmowane było jako jedna z podstawowych zasad życia społecznego. Św. Jan XXIII

definiował je jako „całokształt takich warunków życia społecznego, w jakich ludzie mogą pełniej i szybciej osiągnąć swą własną doskonałość” (MM 65). Uznając dobro wspólne za wartość służącą organizacji życia społecznego i nowemu porządkowi społecznemu, Kościół uwypukla jego wymiar personalistyczny oraz zdolność do ożywiania struktur społecznych i stymulowania procesami społecznymi stosownie do wymogów sprawiedliwości społecznej. W konsekwencji realizację dobra wspólnego można uznać za istotną rację istnienia władz publicznych, które mają o to dobro zabiegać z korzyścią dla wszystkich obywateli i dla każdego człowieka, zachowując obiektywną hierarchię wartości oraz mając na uwadze okoliczności historyczne (por. PT 54).

Późniejsze nauczanie Kościoła często wskazywało na dobro wspólne w aspekcie praktycznym, uwypuklając jego szerokie zastosowanie w kształtowaniu życia społecznego. Nie będąc ani ideologią, ani teorią, kategoria dobra wspólnego – jako jeden z najistotniejszych zworników ładu społecznego – było odczytywane jako zobowiązanie do stworzenia warunków pełnego rozwoju wszystkim tym, którzy uczestniczą w danym systemie społecznym. W perspektywie troski o życie i zdrowie warto w tym miejscu przywołać konkretne wymogi dobra wspólnego wyszczególnione w Kompendium nauki społecznej Kościoła. Wiążą się one wprost z zabezpieczeniem istotnych potrzeb człowieka, będących w niektórych wypadkach jednocześnie jego prawami: „Wymogi te dotyczą przede wszystkim zaangażowania na rzecz pokoju, organizacji władz państwowych, trwałego porządku prawnego, ochrony środowiska naturalnego, zabezpieczenia istotnych potrzeb człowieka, będących w niektórych wypadkach jednocześnie jego prawami: pożywienia, mieszkania, pracy, wykształcenia i dostępu do kultury, środków komunikacji, zdrowia, swobodnego przepływu informacji i ochrony wolności religijnej” (nr 166). Jak widać, do wymogów dobra wspólnego należy także zdrowie.

W perspektywie nauki społecznej Kościoła najważniejszym elementem dobra wspólnego pozostaje poszanowanie osoby ludzkiej, jej godności i praw. Prawdziwym dobrem wspólnym może być tylko takie dobro realizowane w życiu społecznym, które jednocześnie bierze pod uwagę dobro całego człowieka (por. PT 57-60; RH 14). Ma ono charakter integralny, co w tym kontekście z jednej strony oznacza, że nie obejmuje ono tylko dóbr zewnętrznych dla osoby czy też dóbr moralnych i duchowych, ale musi ono obejmować również takie podstawowe dobro osoby jak jej zdrowie i życie. Dobro wspólne nie jest więc ideologią ani teorią, ale zobowiązaniem do stworzenia warunków pełnego rozwoju wszystkim tym, którzy uczestniczą w danym systemie społecznym. Z drugiej zaś strony wskazuje ono na konieczność stworzenia każdemu z członków społeczności odpowiednich warunków do wypełniania

jego powołania. Stąd na treść dobra wspólnego będą składały się wszelkie elementy z tym związane, w tym także dobrobyt i ekonomiczny rozwój danej społeczności, a także pokój rozumiany jako trwałość pewnego porządku społecznego i związanego z tym poczucia bezpieczeństwa społecznego. Jednym z jego istotnych elementów jest także system opieki społecznej i zdrowotnej (por. VS 95-101; KKK 1907-1909).

Odniesienie dobra wspólnego do dobra osoby prowadzi do wniosku, że troska o zabezpieczenie wszystkich elementów kształtujących dobro wspólne nie może być naznaczona dowolnością, ale – jak trafnie podkreśla Józef Wróbel – jest wprost kwestią sprawiedliwości, co z kolei oznacza, że „stanowi wobec społeczności i jej członków określoną powinność moralno-prawną, przyjmującą konkretny kształt w niezwykłych prawach osoby ludzkiej. Stąd też przedmiotem praw człowieka jest również obrona i promocja życia i zdrowia ludzkiego”².

Ujęcie to przewija się w wielu konwencjach praw człowieka oraz dokumentach nauczania społecznego Kościoła. *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka* wśród podstawowych przyrodzonych i niezwykłych praw człowieka wymienia nie tylko „prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa swojej osoby” (art. 3), ale także „prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt jemu i jego rodzinie włączając w to [...] opiekę lekarską oraz prawo do zabezpieczenia na wypadek [...] choroby” (art. 25). Z kolei w encyklice *Pacem in terris*, najważniejszym dokumencie nauczania społecznego Kościoła odnośnie do praw człowieka, św. Jan XXIII wśród podstawowych praw i wolności wymienił m.in. „prawo do życia, do nienaruszalności ciała, do posiadania środków potrzebnych do zapewnienia sobie odpowiedniego poziomu życia, do których należy zaliczyć przede wszystkim żywność, odzież, mieszkanie, wypoczynek, opiekę zdrowotną oraz niezbędne świadczenia ze strony władz na rzecz jednostek. Z tego wynika, że człowiekowi przysługuje również prawo zabezpieczenia społecznego w wypadku choroby [...], starości [...] oraz niezawinionego pozbawienia środków do życia” (nr 11). Analogiczne zabezpieczenia, ale w odniesieniu do praw pracowniczych, zostały wyróżnione przez św. Jana Pawła II w encyklice *Laborem exercens*. Zarówno prawo do zabezpieczenia na starość, w razie choroby oraz wypadków, a także prawo do tego, aby miejsce pracy i procesy produkcji nie szkodziły zdrowiu fizycznemu pracowników i nie naruszały ich zdrowia moralnego, podobnie

² J. WRÓBEL, *Człowiek i medycyna*, s. 206. Por. także: A. BONDOLFI, *Il principio giustizia in medicina*, „Rivista di teologia morale” 29(1997), s. 63-76.

jak wszystkie inne prawa wynikają z natury osoby ludzkiej i jej transcendentnej godności (nr 19).

W aspekcie moralnym zasada dobra wspólnego zobowiązuje do współpracy dla dobra wspólnego w zakresie mniejszych i większych społeczności, przez co wiąże się dość ściśle z zasadą solidarności (por. SRS 38-39). Należy także podkreślić konieczność harmonii pomiędzy dobrem wspólnym a dobrem jednostkowym w życiu społecznym. Prawdziwe dobro jednostki i prawdziwe dobro wspólne nie są sobie przeciwstawne. W sytuacji możliwego konfliktu należy odwołać się do zasady, że korzyść wspólna powinna być postawiona wyżej niż dobro jednostki, to jednak tylko w takiej mierze, w jakiej jednostka ma zobowiązania w stosunku do społeczności, do której przynależy. Dodatkowo musi chodzić tu o dobra tego samego rodzaju (doczesne dobro wspólne nie ma pierwszeństwa w stosunku do nadprzyrodzonego dobra jakiejś osoby, dlatego nikt nie może być zmuszony, pod pretekstem tworzenia dobra wspólnego, do działania przeciw własnemu sumieniu i poświęcania dla korzyści społecznej swego dobra najwyższego) (por. CA 47).

W perspektywie ochrony zdrowia i życia widać wyraźnie, że realizacja dobra wspólnego staje się także istotną racją władz publicznych (por. KDK 74; CA 11). Motyw ten pojawia się także w encyklice o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego *Evangelium vitae*. Jan Paweł II przypomniał w niej, że zasada dobra wspólnego powinna nie tylko kształtować życie polityczne, ale wprost stanowić kryterium wartości demokracji: „[...] wartość demokracji rodzi się albo zanika wraz z wartościami, które ona wyraża i popiera: do wartości podstawowych i koniecznych należy z pewnością godność każdej ludzkiej osoby, poszanowanie jej nienaruszalnych i niezbywalnych praw, a także uznanie ‘dobra wspólnego’ za cel i kryterium rządzące życiem politycznym” (EV 70). Starań o dobro wspólne nie można zamykać tylko w kręgu jednego kraju, czy nawet kontynentu i także w tym przypadku wezwanie do angażowania się na rzecz dobra wspólnego jako „dobra wszystkich i każdego” łączy się z wezwaniem do ogólnoludzkiej solidarności i utożsamia z właściwie rozumianą miłością społeczną (por. LE 14; SRS 38-40, 43; CA 35). Trwająca epidemia COVID-19 prawdę tę uwyraźniła z całą ostrością.

2. WSPÓLNOTOWY CHARAKTER TROSKI O ZDROWIE I ŻYCIE: OD PANDEMII DO NOWEJ SOLIDARNOŚCI

Odkrycie życia i zdrowia, jako istotnych elementów dobra wspólnego, prowadzi do wspólnotowego wymiaru troski o nie. Z drugiej strony wymiar

ten jest oczywisty w kontekście społecznej i relacyjnej natury człowieka: „natura człowieka jawi się jako natura istoty, która odpowiada na swoje potrzeby zgodnie z *podmiotowością relacyjną*, a więc na sposób bytu wolnego i odpowiedzialnego, uznającego konieczność łączenia się i współpracy ze swoimi bliźnimi oraz *zdolnego do wspólnoty* z nimi w porządku poznania i miłości” (KNSK 149). Człowiek potrzebuje społeczności dla integralnego rozwoju i do wypełnienia swego życiowego powołania.

Z perspektywy teologicznej wspólnotowy charakter powołania człowieka został udoskonalony i realizuje się w dziele Chrystusa, który, będąc pierwotnym spośród wielu braci, umożliwia nową komunie braterską pomiędzy ludźmi wewnątrz swojego Ciała, jakim jest Kościół. Będąc jednocześnie profetycznym znakiem i narzędziem w urzeczywistnianiu nowej ludzkości, Kościół staje się źródłem budowania w świecie relacji i mechanizmów kształtowanych przez dynamikę wewnątrztrynitarną. W Kościele bowiem, który jest Ciałem Chrystusa urzeczywistnia się komunია międzyludzka oraz jedność pomiędzy Bogiem a człowiekiem, w Chrystusie przez Ducha Świętego: „Bóg powołał nas do wspólnoty, która sięga daleko głębiej niż państwowo-polityczne systemy, światowe korporacje czy społeczne wspólnoty: należymy do Kościoła, który jest Jego Ciałem i którego Głową jest On sam [...]. Chrześcijanin, który nauczył się dostrzegać obraz Boga w człowieku i powołanym do pełnego uczestnictwa w prawdzie i dobru, czyli samym Bogu, nie uznaje zaangażowania w sprawę rozwoju i jego realizację bez zachowania i poszanowania niepowtarzalnej godności tego obrazu”³.

Społeczna natura człowieka, która postrzega osobę w *relacji* oraz odrzuca obraz człowieka jako niezależnej i odizolowanej od wszystkich jednostki, staje się fundamentalną motywacją dla postawy solidarności, która podkreśla, że każdy jest współodpowiedzialny za dobro innych ludzi i społeczności, do których należy (por. SRS 39). W wymiarze teologicznym solidarność jawi się jako kategoria typowo ewangeliczna i to w podwójnym wymiarze. Po pierwsze, stanowi ona wezwanie w sposób szczególny skierowane do uczniów Chrystusa, po wtóre, uwrażliwiających ich na bliźniego doświadczającego jakichkolwiek braków w sferze bytowej i egzystencjalnej⁴. W wymiarze personalistycznym solidarność jest owocem braterstwa wszystkich ludzi, jedności rodzaju ludzkiego, natury społecznej, godności osobowej każdego człowieka

³ G.L. MÜLLER, *Ubóstwo i godność człowieka*, tłum. S. Śledziwski, Sandomierz: Wydawnictwo Diecezjalne i Drukarnia w Sandomierzu 2015, s. 18-19.

⁴ Por. P. NITECKI, *Idea solidarności w nauczaniu Jana Pawła II*, „Chrześcijanin w Świecie” 21(1989), nr 1, s. 12.

i jego praw, a także specyficznej ludzkiej natury więzi międzyosobowej, „której nie jest obca współzależność i współdziałanie oparte na wspólnocie przyjmującej niekiedy kształt komunii”⁵.

Moralny imperatyw solidarności najlepiej odsłania się poprzez odwołanie do miłości (por. KNSK 580). W perspektywie miłości uwidacznia się społeczna płaszczyzna w odczytaniu wartości i nienaruszalności życia ludzkiego, a także społecznego charakteru troski o nie. Jak podkreśla Janusz Nagórny: „Chodzi tu nie tylko o to, że przykazanie ‘nie zabijaj’ odsłania swój najgłębszy sens w przykazaniu miłości Boga i bliźniego, ale także o to, że człowiek jako osoba najlepiej urzeczywistnia siebie w bezinteresownym darze z siebie i w przyjęciu daru od drugiej osoby. Na płaszczyźnie życia społecznego chodzi więc o to, aby z jednej strony odczytać wartość życia w kontekście wezwania do bezinteresownego daru z siebie (życie darem dla innych), a z drugiej – by szacunek i troska o życie innych były wyrazem miłości bliźniego, wyrazem miłości, która odsłania także swój wymiar społeczny poprzez perspektywę troski o dobro wspólne. Właśnie to odniesienie do dobra wspólnego niejako łączy obydwie perspektywy: moje życie jest nie tylko moim dobrem osobistym, ale także dobrem wspólnym; tym dobrem wspólnym jest także życie każdego innego członka społeczności. Oto dlaczego obowiązku troski o życie i zdrowie nie można traktować w sposób indywidualistyczny”⁶. W tej perspektywie troska o życie i zdrowie jest przejawem tej odpowiedzialności, która wyrasta z czynienia sobie wzajemnie daru z siebie i przyjmowania drugiego człowieka. Sytuacje graniczne, a na pewno do nich zaliczyć można dramatyczne okoliczności epidemii COVID-19 uświadomiły, że trudno sobie wyobrazić prawdziwą troskę o życie i zdrowie oraz wypełnienie powołania medycznego bez tej zdolności do bezinteresownego daru z siebie. Bez tego daru miałyby się do czynienia jedynie z jakąś formą technicznej fachowości i bezobjawowej relacji.

W świetle dotychczasowych analiz, trzeba raz jeszcze podkreślić, że ostatecznym fundamentem dla odczytania społecznego charakteru troski o życie i zdrowie jest miłość bliźniego. W antytezie do paradygmatu Kaina, miłość pozwala zrozumieć, co to znaczy, że człowiek jest *zadany* drugiemu człowiekowi przez Boga. Ona także nadaje kategorii dobra wspólnego personalistyczny wymiar. Ujmowanie społecznego charakteru troski o życie i zdrowie jedy-

⁵ J. WRÓBEL, *Człowiek i medycyna*, s. 311.

⁶ Por. J. NAGÓRNY, *Społeczny charakter troski o życie i zdrowie*, s. 7-8.

nie przez pryzmat interesu i dobra społeczności, z pominięciem dobra człowieka jako osoby, prowadzi zawsze do jego uprzedmiotowienia.

3. NOWE WYZWANIA ETYCZNE W OBLICZU COVID-19: POTRZEBA NOWEJ WRAŻLIWOŚCI ETYCZNEJ

Od końca 2019 roku Europa wraz z niemal całym światem stanęła w obliczu zagrożenia pandemicznego spowodowanego rozprzestrzenianiem się koronawirusa SARS-CoV-2. Prawie wszystkie kraje wprowadziły bezprecedensowe środki zaradcze czy to w zakresie zdrowia publicznego i regulacji dotyczących wielu obszarów życia społecznego, próbując wypląszyć krzywą zarażenia i powstrzymać lub opóźnić rozprzestrzenianie się wirusa w pierwszej kolejności, by systemy opieki zdrowotnej poradziły sobie ze skutkami wybuchu epidemii. Wybór podjętych środków zaradczych był szczególnie trudny ze względu na brak danych, brak pewności w zakresie wiedzy medycznej, globalny zasięg, rolę i zakres przypadków bezobjawowych, sezonowe zachowanie choroby, brak szczepionki i niepewność co do czasu jej wytworzenia. Większość państw europejskich, w tym Polska, wprowadziło w pierwszej fazie pandemii bardzo radykalne środki blokujące rozprzestrzenienie się wirusa w postaci *lockdownu* o poważnych reperkusjach gospodarczych i społecznych, a także psychologicznych.

Z punktu widzenia wydolności systemu medycznego sytuacja epidemiologiczna radykalnie się zmieniła w niektórych krajach Europy (Włochy, Francja), w USA czy w Ameryce Łacińskiej, co spowodowało konieczność podejmowania decyzji dotyczących grup priorytetowych oraz alokacji i racjonowania posiadanych zasobów, technologii medycznych, dostępu do leków, urządzeń czy nawet miejsc na oddziałach intensywnej terapii. Pandemia w jednym momencie odsłoniła z całą ostrością towarzyszące współczesnej medycynie dylematy moralne w skali makro- i mikro, dotyczące dużych społeczności i poszczególnych osób. W dużej mierze dotyczą one osób odpowiedzialnych za zarządzanie systemem opieki zdrowotnej (od ministra po dyrektorów placówek medycznych i kierowników oddziałów szpitalnych), ale ich skutki mają wpływ na wybory dokonywane przez medyków i na losy konkretnych pacjentów. Wspomniany deficyt dostępu do świadczeń zdrowotnych może się wiązać nie tylko z brakiem aparatury, ale również z jej niewłaściwym rozmieszczeniem, z brakiem koordynacji systemu na poziomie krajowym lub regionalnym, z niewystarczającą liczbą personelu do prawidłowej obsługi sprzętu medycznego, a racjonowanie dotyczyć wykonywania testów na obecność

wirusa, hospitalizacji, farmakoterapii, wyposażenia w środki ochrony indywidualnej. Najtrudniejsze i wyjątkowo dramatyczne są decyzje dotyczące odmowy wdrożenia wentylacji mechanicznej lub rezygnacji z jej stosowania, ponieważ zazwyczaj przesądzają one o życiu lub śmierci chorego⁷.

Polskie kodeksy deontologii lekarskiej jako główne kryterium decyzji priorytetyzacyjnych i alokacyjnych przyjmują kryterium kliniczne, czyli wynikające z życiowej lub zdrowotnej potrzeby zastosowania danej technologii oraz jej prognozowanych pozytywnych korzyści dla życia i zdrowia pacjenta. Z perspektywy medycznej kryterium to jawi się jako najbardziej obiektywne i niepodatne na manipulację. Za nieetyczne i medycznie nieuzasadnione uznaje się różne kryteria pozamedyczne, takie jak: wiek, przesłanki społeczne (płeć, wykształcenie, status społeczny, poziom dochodów, zasługi, miejsce zamieszkania) czy ekonomiczne (wysokość składki na ubezpieczenie społeczne).

Szeroko dyskutowane, nie tylko w środowisku medycznym, były włoskie (SIAARTI)⁸ i hiszpańskie (SEMICYUC)⁹ wytyczne dotyczące wentylacji mechanicznej w związku z chorobą COVID-19¹⁰. Zawarto w nich kryteria stosowania wentylacji mechanicznej oraz hospitalizacji na oddziałach intensywnej terapii oraz zasady racjonowania na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej (mikro-mezo-makro). W wytycznych poza wskazówkami klinicznymi uwzględniono niektóre istotne kwestie etyczne, związane z rezygnacją ze środków nadzwyczajnych i terapii uporczywej, poszanowaniem autonomii pacjenta we współdecydowaniu o odstąpieniu od kontynuowania terapii, kolegalnością podejmowania decyzji i ich weryfikacji czy stopniowalnością zaawansowanych technologii medycznych. Jeśli chodzi o kryteria kwalifikujące do przyjęcia na

⁷ Por. J. PAWLIKOWSKI, *Etyczny wymiar decyzji priorytetyzacyjnych i alokacyjnych dotyczących stosowania zaawansowanych technologii medycznych w kontekście pandemii COVID-19*, „Medycyna Praktyczna” 2020, nr 4 (www.mp.pl, dostęp: 15.04.2020); M. REICHLIN, *Distribuzione delle risorse sanitarie*, w: *Bioetica sociale*, red. G. Russo, Torino: Elledici 1999, s. 297-331.

⁸ SOCIETA ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI), *Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances*, 16.03.2020, w: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20%20Covid19%20%20Clinical%20Ethics%20Recommendations.pdf> (dostęp: 15.04.2020).

⁹ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA, CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS (SEMICYUC), *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos*, <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/ÉticaSEMICYUC-COVID-19.pdf> (dostęp: 15.04.2020).

¹⁰ Dalsze analizy nawiązują do omówienia aspektów etycznych obu dokumentów autorstwa Jakuba Pawlikowskiego (por. *Etyczny wymiar decyzji priorytetyzacyjnych*).

oddział intensywnej terapii i zastosowanie wentylacji mechanicznej szczególne wątpliwości budzi zawarte w obu dokumentach kryterium wieku i zasugerowane w wytycznych hiszpańskich subiektywne kryterium społeczne. W sytuacji dramatycznego niedoboru respiratorów w pierwszej fazie epidemii we Włoszech właśnie kryterium wieku odegrało najważniejszą rolę w procesie decyzyjnym, co potwierdza etyczne wątpliwości z nim związane. Choć wydaje się ono najłatwiejszym sposobem selekcji, może być uznane za formę ageizmu (dyskryminacji ze względu na wiek). Jak zauważa Jakub Pawlikowski, „przyjęcie kryterium wieku jako jednej z podstawowych przesłanek decyzyjnych jest propozycją ryzykowną i nieuzasadnioną medycznie w kontekście dużego zróżnicowania potencjału biologicznego osób w różnym wieku metrykalnym. Statystycznie większe ryzyko śmierci w określonej grupie wiekowej nie jest wystarczającą przesłanką do odmówienia terapii konkretnej osobie”. I w innym miejscu dodaje: „Z punktu widzenia etyki medycznej najważniejszymi kryteriami decyzyjnymi są potrzeba terapii oraz prognozowane szanse przeżycia oszacowane na podstawie przesłanek obejmujących skuteczność i bezpieczeństwo danej technologii w odniesieniu do stanu zdrowia konkretnego chorego. Wiek metrykalny jest uproszczonym miernikiem naszego przemijania, a w ocenie klinicznej ważny jest nie tyle czas, który przeżyliśmy (wiek metrykalny), ile prognozowany czas przyszłego życia, a ten nie jest determinowany wyłącznie przez wiek metrykalny. [...] Wiek czy płeć może być jedną z wielu przesłanek decyzyjnych, jeśli ma istotne znaczenie kliniczne dla prognozowanej długości życia w konkretnym przypadku, ale informacja o przynależności do określonej grupy wiekowej nie może zastąpić wniosków z badania podmiotowego i przedmiotowego oraz całościowej oceny stanu zdrowia i kondycji biologicznej indywidualnego chorego”¹¹.

Opracowywane przez różne podmioty wytyczne mają na celu ułatwienie niełatwych przecież decyzji i przynajmniej częściowe odciążenie lekarza od ich wagi. Powinny także chronić przed błędnymi wyborami. Ostatecznie jednak nawet najbardziej precyzyjne wytyczne są jedynie wskazówkami, a ostateczną decyzję podejmuje medyk kierując się wiedzą, doświadczeniem, roztropnym wyważeniem okoliczności i przede wszystkim własnym sumieniem. Skutki tych decyzji rzutują nie tylko konsekwencjami dla pacjenta, ale także mogą powodować u podejmującego wyrzuty sumienia, uraz moralny lub nawet traumę psychiczną. Stąd niezwykle ważny pozostaje głos Urzędu Nauczycielskiego Kościoła, który wspiera sumienie chrześcijanina w dokonaniu wyboru. W tym kontekście trzeba przywołać ogłoszone 2 kwietnia 2020 r., a więc krótko po ogłoszeniu

¹¹ Tamże.

w Polsce *lockdownu* stanowisko Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych w kwestii dystrybucji środków ratunkowych w sytuacji pandemii wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2¹².

Po wskazaniu na sprawiedliwość, równość co do godności osobowej oraz solidarność, które w normalnych okolicznościach są zasadami etycznymi redystrybucji zasobów medycznych i działalności systemu opieki medycznej (nr 1-2), Zespół ekspertów, mając świadomość nadzwyczajnej sytuacji masowego wzrostu zagrożenia dla zdrowia i życia, ograniczonych zasobów medycznych i środków leczniczych oraz aparatury ratunkowej, przedstawił etyczne kryteria sposobów postępowania w sytuacji zagrożenia pandemią. Miały one przyjść z pomocą osobom podejmującym trudne decyzje w materii dystrybucji środków ratujących życie w sytuacji ich niedoboru¹³.

Eksperci Episkopatu podnoszą poważne zastrzeżenie etyczne wobec odwoływania się wyłącznie do klinicznych (medycznych) kryteriów przydzielania środków ratujących życie w sytuacji niedoboru, podając w wątpliwość ich obiektywny charakter (co, z kolei, było głównym argumentem w ujęciach deontologicznych) i odmawiając im spełnienia podstawowych kryteriów personalistycznych traktowania pacjentów. Stwierdzany przez lekarza – w oparciu o wiedzę medyczną – stan klinicznej konieczności jest ogólnym kryterium klasyfikującym. Zaś konkretna alokacja środków winna dokonywać się stosownie do kolejności przyjęcia w szpitalu (nr 5). Powyższe rozstrzygnięcie eksperci uzasadniają następująco: „Przede wszystkim nie można odmówić środków ratunkowych pacjentowi będącemu w stanie klinicznej konieczności, czekając na pacjenta w cięższym stanie. Ponadto nie można z moralną pewnością porównywać stopnia zagrożenia pacjentów będących w poważnym stanie klinicznym i wyrokować dalszego przebiegu ich choroby. Nie można też akceptować jakiegokolwiek zwłoki w przydzieleniu tych środków w takich sytuacjach i w stanach pacjentów” (nr 5).

Zasadniczo za nieetyczne uznaje się inne kryteria decyzyjne, takie jak pozycja społeczna, zamożność, wiek, wykształcenie czy wysokość składki ubezpieczeniowej (nr 10). Wyjątkiem w tym przypadku może być priorytetowy dostęp do środków ratujących medyków, którzy z racji wykonywanego zawodu znajdują się

¹² *Stanowisko Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych w kwestii dystrybucji środków ratunkowych w sytuacji pandemii wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2* (02.04.2020), https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WE/kep/bioetyka-dystrybucja_02042020.html (dostęp: 15.04.2020).

¹³ Por. L. PALAZZANI, *Per una giusta distribuzione delle risorse secondo la bioetica personalista*, „Medicina e morale” 43(1993), nr 3, s. 485-496.

w ciągłym niebezpieczeństwie zakażenia (nr 11), oraz rodzica (rodziców) posiadających liczne, małoletnie potomstwo (nr 12).

W przypadku pacjentów w stanie kończącego się życia i których – według obiektywnej oceny kompetentnych lekarzy – nie można już uratować, Zespół podtrzymuje wcześniejsze stanowisko na temat terapii daremnej. Wszelkie postępowanie, w tym stosowanie środków ratunkowych, byłoby działaniem daremnym, przedłużającym jedynie proces umierania¹⁴. Zespół ds. Bioetycznych zwraca uwagę, że podejmujący decyzje priorytetyzacyjne i alokacyjne powinni mieć możliwość skonsultowania ze „szpitalną komisją etyczną” (nr 13).

ZAKOŃCZENIE:

O NOWĄ „WYOBRAŹNIĘ MIŁOSIĘRDZIA” W OBLICZU COVID-19

Ostatni raz wezwanie do miłosierdzia w życiu społecznym nabrało nowych treści pod koniec pontyfikatu św. Jana Pawła II w kontekście Wielkiego Jubileuszu Roku 2000. Wówczas to w liście apostolskim *Novo millennio ineunte* Papież nakreślił szereg zadań przed każdym chrześcijaninem i całym Kościołem wkraczającymi w nowe tysiąclecie. Najważniejsze z nich – wyrażone w wezwaniu *Duc in altum!* – dotyczyło odkrycia na nowo Chrystusa oraz troski o swoją własną tożsamość chrześcijańską poprzez kontemplację Chrystusa i modlitwę, które prowadzą do świętości i ewangelizacji (NMI 16, 30, 32, 40-41). Z kolei, w wymiarze eklesjalnym oznaczało odkrycie i zarazem budowanie Kościoła jako komunii miłości, czynienie Kościoła domem i szkołą komunii, w końcu – poprzez konkretne przedsięwzięcia – krzewienie duchowości komunii, której fundamentem i wzorem jest tajemnica Trójcy Świętej (por. NMI 42-43).

Równocześnie Jan Paweł II podkreślał, iż nie można w żadnym wypadku „przestrzeni komunii” zawężyć jedynie do płaszczyzn wewnątrzkościelnych. Komunia wewnątrzkościelna bowiem ze swej natury zmierza do wymiaru powszechnego, tak jak powszechny jest Kościół, i musi zostać dopełniona o wymiar społeczny. Kierowane u progu III tysiąclecia przez Jana Pawła II wezwanie *Duc in altum!* stało się wezwaniem do odrzucenia pokusy duchowości skupionej na wewnętrznych, indywidualnych przeżyciach, którą trudno pogodzić zarówno z logiką Wcielenia, z wymogami miłosierdzia, jak i z chrześcijańską eschatolo-

¹⁴ Por. ZESPÓŁ EKSPERTÓW KEP DS. BIOETYCZNYCH, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* (27.06.2018), <https://episkopat.pl/zespol-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-zaprzestanie-terapii-daremnej-nie-moze-byc-utozsamiane-z-eutanazja/> (dostęp: 15.04.2020).

gią, która choć uświadamia wierzącemu względność historii, to jednak nie zwalnia go z obowiązku jej budowania (por. NMI 52; KDK 34).

Dla Jana Pawła II wyzwanie do tworzenia „duchowości komunii” w wymiarze społecznym było niczym innym, jak przeniesieniem i przedłużeniem tych wszystkich inspiracji, istotnych dla duchowości komunii, w życie społeczne¹⁵. Dokonuje się to zwłaszcza poprzez podejmowanie dzieł czynnej i konkretnej miłości wobec każdego człowieka, niezależnie od obszaru zaangażowania społecznego. Kontemplacja Chrystusa musi prowadzić do odkrycia Go w tych, z którymi On sam najbardziej zechciał się utożsamić – najuboższych. Tworzenie duchowości komunii w wymiarze społecznym to odkrycie na nowo globalizacji solidarności¹⁶ i „wyobraźni miłosierdzia”, „której przejawem będzie nie tyle i nie tylko skuteczność pomocy, ale zdolność bycia bliźnim dla cierpiącego człowieka, solidaryzowania się z nim, tak aby gest pomocy nie był odczuwany jako poniżająca jałmużna, ale jako świadectwo braterskiej wspólnoty osób” (NMI 50). Wydaje się, że w sytuacji pandemii COVID-19 i wszystkich tragicznych doświadczeń z nią związanych, które stały się udziałem wielu społeczności, perspektywa ta musi zostać na nowo przypomniana.

Warto tym miejscu nadmienić, że choć sam termin „wyobraźnia miłosierdzia” został po raz pierwszy użyty przez Jana Pawła II w Liście apostolskim *Novo millennio ineunte*, to jednak jego znaczenie normatywne tworzą zasady i postulaty moralne na stałe zadomowione w nauczaniu społecznym Kościoła. W kontekście nowych wyzwań związanych z epidemią COVID-19 należy tu wymienić wszelką działalność na rzecz dobra człowieka, zasadę solidarności społecznej, która każe spojrzeć na takie uniwersalne wartości, jak dobro wspólne, opcję preferencyjną na rzecz ubogich czy poszanowanie praw człowieka¹⁷.

Przypomniane przez św. Jana Pawła II wezwanie do „duchowości komunii”, co w obszarze życia społecznego ma się dokonać poprzez nową „wyobraźnię miłosierdzia”, a także przez „globalizację solidarności”, jest konfrontowane przez wiele sprzeczności, jakie niesie ze sobą rozwój gospodarczy, kulturowy i techniczny, co z całą wyrazistością objawiła pandemia COVID-19. Z jednej strony udostępnia on stosunkowo nielicznej grupie ogromne możliwości, z drugiej zaś miliony ludzi nie tylko pozostawia na uboczu postępu, ale każe się im zmagać

¹⁵ Kwestie te dalej rozwija i pogłębia Benedykt XVI w swojej inauguracyjnej encyklice *Deus Caritas est* (25.12.2005).

¹⁶ Por. JAN PAWEŁ II, *Przem. „Potrzebna jest globalizacja solidarności”* (Watykan, 1 maja 2000), nr 2.

¹⁷ Por. L. PALAZZANI, *Teorie della giustizia e allocazione delle risorse sanitarie*, „Medicina e morale” 46(1996), nr 5, s. 901-921.

z warunkami życia uwłaczającymi ludzkiej godności. Jan Paweł II w *Novo millennio ineunte* dramatycznie pyta: „Jak to możliwe, że w naszej epoce są jeszcze ludzie, którzy umierają z głodu, skazani na analfabetyzm, nie mający dostępu do najbardziej podstawowej opieki lekarskiej, pozbawieni domu, w którym mogliby znaleźć schronienie?” (nr 50). Ten „krajobraz ubóstwa”, który staje się interpelacją wobec chrześcijańskiego miłosierdzia, należy rozszerzyć o nowe formy, które z pewnością pojawiają się jako następstwa epidemii i niektórych środków zaradczych z nią związanych w postaci recesji gospodarczej, wzrostu bezrobocia, rozpaczki płynącej z utraty najbliższych lub z poczucia bezsensu życia, opuszczenia w starości i chorobie czy marginalizacji społecznej.

BIBLIOGRAFIA

- BENEDYKT XVI, Encyklika *Deus Caritas est* (25 grudnia 2005).
- BONDOLFI A., Il principio di giustizia in medicina, „Rivista di teologia morale” 29(1997), s. 63-76.
- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Veritatis splendor* (6 sierpnia 1993).
- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Centesimus annus* (1 maja 1991).
- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Evangelium vitae* (25 marca 1995).
- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Laborem exercens* (14 września 1981).
- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Redemptor hominis* (4 marca 1979).
- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Sollicitudo rei socialis* (30 grudnia 1987).
- JAN PAWEŁ II, List apostolski *Novo millennio ineunte* (6 stycznia 2001).
- JAN PAWEŁ II, Przem. „Potrzebna jest globalizacja solidarności” (Watykan, 1 maja 2000).
- JAN XXIII, Encyklika *Mater et Magistra* (15 maja 1961).
- JAN XXIII, Encyklika *Pacem in terris* (11 kwietnia 1963).
- Katechizm Kościoła Katolickiego, Poznań: Pallottinum 1994.
- MÜLLER G.L., Ubóstwo i godność człowieka, tłum. S. Śledziwski, Sandomierz: Wydawnictwo Diecezjalne i Drukarnia w Sandomierzu 2015.
- NAGÓRNY J., Społeczny charakter troski o życie i zdrowie, „Roczniki Teologiczne” 46(1999), z. 3, s. 5–23.
- NITECKI P., Idea solidarności w nauczaniu Jana Pawła II, „Chrześcijanin w Świecie” 21(1989), nr 1, s. 1-21.
- PALAZZANI L., Per una giusta distribuzione delle risorse secondo la bioetica personalista, „Medicina e morale” 43(1993), nr 3, s. 485-496.
- PALAZZANI L., Teorie della giustizia e allocazione delle risorse sanitarie, „Medicina e morale” 46(1996), nr 5, s. 901-921.
- PAPIESKA RADA „IUSTITIA ET PAX”, Kompendium Nauki Społecznej Kościoła, Kielce: Jedność 2005.
- PAWLIKOWSKI J., Etyczny wymiar decyzji priorytetowych i alokacyjnych dotyczących stosowania zaawansowanych technologii medycznych w kontekście pandemii COVID-19. „Medycyna Praktyczna” 2020, nr 4 (www.mp.pl, dostęp: 15.04.2020).

- REICHLIN M., Distribuzione delle risorse sanitarie, w: Bioetica sociale, red. G. Russo, Torino: Elledici 1999, s. 297-331.
- RUSO G., Bioetica sociale, w: Enciclopedia di bioetica e sessuologia, Torino: Leumann 2004, s. 380-381.
- SCHNELLA I., Dottrina sociale e bioetica, w: Enciclopedia di bioetica e sessuologia, Torino: Leumann 2004, s. 705-710.
- SOBÓR WATYKAŃSKI II, *Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym „Gaudium et spes”* (7 grudnia 1965).
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA, CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS (SEMICYUC), Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos, <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/ÉticaSEMICYUC-COVID-19.pdf> (dostęp: 15.04.2020).
- SOCIETA ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI), Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances (16.03.2020), [http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID 19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf](http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID%2019%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf) (dostęp: 15.04.2020).
- Stanowisko Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych w kwestii dystrybucji środków ratunkowych w sytuacji pandemii wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 (2.04.2020), https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WE/kep/bioetyka-dystrybucja_02042020.html (dostęp: 15.04.2020).
- WRÓBEL J., Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych, Kraków: Wydawnictwo Księży Sercanów 1999.
- ZESPÓŁ EKSPERTÓW KEP DS. BIOETYCZNYCH, O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii (27.06.2018), <https://episkopat.pl/zespol-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-zaprzestanie-terapii-daremnej-nie-moze-byc-utozsamiane-z-eutanazja/> (dostęp: 15.04.2020).

MORALNO-SPOŁECZNE ASPEKTY TROSKI O ZDROWIE W KONTEKŚCIE EPIDEMII COVID-19

STRESZCZENIE

Pandemia COVID-19 uświadomiła z całą wyrazistością wiele dylematów, związanych z ochroną życia i zdrowia, dotyczących nie tylko sprawności systemów opieki zdrowotnej, ale także o charakterze moralnym. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na niektóre z nich z perspektywy teologicznomoralnej ze szczególnym odniesieniem do społecznego charakteru troski o zdrowie i życie. Rozważania przyjmą postać ogólnej prezentacji problemów i wyzwań związanych z epidemią COVID-19 z odniesieniem do fundamentalnych zasad życia społecznego.

Słowa kluczowe: COVID-19; troska o zdrowie i życie; medycyna; bioetyka społeczna; dobro wspólne; solidarność; sprawiedliwość; wyobraźnia miłosierdzia.