

Wojciech Słomski

Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania
w Warszawie

University of Finance and Management
in Warsaw

BIOETYKA JAKO FILOZOFICZNA PODSTAWA NAUK BIOMEDYCZNYCH

Bioethics as the Philosophical Basis of Biomedical Sciences

Słowa kluczowe: filozofia, etyka, bioetyka.

Key words: philosophy, ethics, bioethics.

Streszczenie

Człowiek stanął obecnie przez problemami etycznymi, których dotychczasowa etyka bądź w ogóle nie dostrzegała, bądź też, jeżeli nawet dostrzegała, to nie podejmowała poważniejszych prób ich rozwiązania.

Rola medycyny (a tym samym waga problemów związanych z nią w sposób mniej lub bardziej ścisły) w życiu współczesnego człowieka staje się coraz większa. Lekarze mają prawo decydowania o tym, czy wolno nam wykonywać określone zawody, uprawiać określone sporty, a także orzekają o poczytalności lub niepoczytalności osób oskarżonych o popełnienie przestępstw. Te głębokie przemiany w świadomości sprrowadzają się zatem do jednego zasadniczego zjawiska: zmiany naszego stosunku zarówno do życia, jak i do śmierci. Pytania o moralną zasadność eutanazji, aborcji, transplantacji organów są bowiem w istocie pytaniami dotyczącymi kresu lub początku ludzkiego życia. Mamy więc obecnie do czynienia z całkowicie nowym podejściem do śmierci, a tym samym – do problemów bioetycznych. Jakie stanowisko wobec tego nowego podejścia powinna zająć etyka? Otóż wydaje się, że już samo powstanie bioetyki jako odrębnej dyscypliny jest rezultatem usiłowań zmierzających do sprostania owym wyzwaniom. Bioetyka, chcąc tego czy nie, staje się rodzajem etycznego drogowskazu dla osób i instytucji podejmujących decyzje o życiu lub śmierci dru-

A b s t r a c t

At present, people are confronted with ethical problems which were previously either entirely ignored by ethics, or, even if they were noticed, no serious attempts to solve them were undertaken.

The role of medicine (as well as the importance of problems more or less closely related to it) in the lives of contemporary people increases. Doctors have the right to decide whether we can work in a specific profession, practise specific sports, the right to judge the sanity or insanity of people accused of committing a crime. These profound changes in the consciousness can be reduced to one basic phenomenon: the change of our attitude towards both life and death. Questions concerning the moral legitimacy of euthanasia, abortion, organ transplants are, in fact, questions about the end and the beginning of human life. At present, we have to deal with an entirely new attitude towards death and, ipso facto, to bioethical questions. What stand should ethics take in respect to this? Apparently, the very emergence of bioethics as a separate branch results from endeavours to rise up to this challenge. Bioethics, whether intentionally or not, is becoming a kind of ethical guidepost for people and institutions making decisions concerning life and death of other humans. As it turns out, in practice this bioethical guidepost can show the way more or less precisely: from formulating

giego człowieka. W praktyce okazuje się jednak, iż ów bioetyczny drogowskaz wskazuje kierunek mniej lub bardziej dokładnie: poczynając od formułowania ogólnych teorii etycznych, w obrębie których dokonuje się rozwiązania także problemów bioetyki, aż po wypowiedzi stwierdzające moralną dopuszczalność (lub niedopuszczalność) pewnych działań wobec konkretnych osób.

Filozof powinien stać na straży akceptowanych powszechnie wartości moralnych i uświadamiać (sobie i innym), jakie skutki dla moralności i społeczeństwa przynieść może rosnąca tendencja do zawierania moralnych kompromisów z wymogami wydajności i skuteczności. Moralnym nakazem obowiązującym jego samego powinno być natomiast strzeżenie się tego rodzaju kompromisów.

Odnieść można jednak wrażenie, że także bioetyka nie dostrzega owych ostatecznych celów i mechanizmów, skupiając uwagę na postępowaniu i odpowiedzialności moralnej jednostki, tracąc natomiast z pola widzenia szersze struktury społeczne i kulturowe. Aby te cele dostrzec i właściwie ocenić, bioetyka nie może ani sama stać się częścią tej instytucji, ani też pozostać ściśle filozoficzną, akademicką spekulacją. Interdyscyplinarność jawi się w tym kontekście jako wymóg, któremu bioetyka prędzej czy później będzie musiała sprostać.

Często twierdzi się, iż człowiek stanął obecnie przez problemami etycznymi, których dotychczasowa etyka bądź w ogóle nie dostrzegała, bądź też, jeżeli nawet dostrzegała, to nie podejmowała poważniejszych prób ich rozwiązania. Na poparcie tego twierdzenia wysuwa się argument, iż problemy te przedostały się do powszechnej świadomości dopiero za sprawą rozwoju wiedzy i techniki medycznej. Argument ten wydaje się jednak słuszny jedynie częściowo. Wprawdzie stanęliśmy obecnie przed problemami, z którymi ludzkość nigdy wcześniej się nie zetknęła (transplantacje organów, sztuczne podtrzymywanie życia przy pomocy respiratora, klonowanie itp.), jednak pytania o dopuszczalność eutanazji, aborcji lub sprawiedliwy podział dostępnych środków leczniczych towarzyszyły refleksji etycznej od zawsze.

Jeżeli odnosimy dzisiaj wrażenie, iż w refleksji etycznej minionych stuleci wspomniane kwestie zajmują zbyt mało miejsca, to wątpliwe wydaje się twierdzenie, że ten stan rzeczy można wytłumaczyć nieświadomością filozofów lub ich niedostateczną wrażliwością moralną. Również współczesne wzmożone zainteresowanie tego rodzaju problemami nie wydaje się wynikać ze wzrostu wrażliwości etycznej (analogicznego do postępu w naukach biomedycznych). Ważność, jaką przypisujemy obecnie wspomnianym problemom, stanowi rezul-

general ethical theories, which also solve bioethical problems, to statements on moral acceptability (or unacceptability) of certain actions in respect to specific persons.

Philosophers should uphold generally accepted moral values and to make not only other people, but also themselves, aware, what consequences for the morality and society the increasing tendency to compromise morality in favour of the requirements of efficiency and efficacy can bring. It should be their own moral imperative to avoid compromises of such a kind.

It seems, however, that even bioethics does not recognise these ultimate goals and mechanisms, focusing on the behaviour and moral responsibility of an individual, while overlooking larger social and cultural structures. To notice and adequately assess these goals, bioethics must neither be included into any institution, nor limit itself to strictly philosophical, theoretical speculations. In this context, interdisciplinarity appears as a requirement that bioethics sooner or later will have to fulfil.

tat przemian o wiele głębszych niż zmiana perspektywy w obrębie samej etyki, przemian wywierających na naszą świadomość wpływ bez porównania poważniejszy, niż byłaby w stanie wywrzeć najciekawsza nawet dyskusja akademicka. Przemiany te zachodzą bowiem w samej kulturze, u jej najbardziej zasadniczych podstaw, dokonują się w zbiorowej świadomości i nadają charakterystyczne dla obecnej epoki intelektualne i emocjonalne zabarwienie wszelkim wytworom kultury, również rozważaniom etycznym.

Uświadomić sobie należy, że rola medycyny (a tym samym waga problemów związanych z nią w sposób mniej lub bardziej ścisły) w życiu współczesnego człowieka staje się coraz większa. Lekarze mają prawo decydowania o tym, czy wolno nam wykonywać określone zawody, uprawiać określone sporty, a także prawo orzekania o poczytalności lub niepoczytalności osób oskarżonych o popełnienie przestępstw. Szpital jest już nie tylko miejscem leczenia chorób, lecz także miejscem, gdzie się rodzimy i w którym coraz częściej umieramy. Co więcej, dzięki nowym osiągnięciom techniki medycznej umieranie ludzi świadomych swojej sytuacji trwa znacznie dłużej, a tym samym przedłużone zostało fizyczne i moralne cierpienie poprzedzające moment śmierci¹. Medycyna nie tylko wkracza w coraz liczniejsze obszary naszego życia, ale sięga niejako coraz bardziej „w głąb”, staje się siłą zdolną nadawać nowy kształt najbardziej podstawowym wymiarom ludzkiej egzystencji. Śmierć nie jest już tylko pewnym prostym zdarzeniem, które w dalszej lub bliższej przyszłości dotknie każdego z nas; zostaje ona uprzedmiotowiona, niejako „zawężona” i zrównana z ludzką cielesnością, staje się procesem fizykochemicznym zachodzącym w żywym organizmie, który można poddać kontroli w taki sam sposób jak większość pozostałych procesów².

Te głębokie przemiany w świadomości sprowadzają się zatem do jednego zasadniczego zjawiska: zmiany naszego stosunku zarówno do życia, jak i do śmierci. Pytania o moralną zasadność eutanazji, aborcji, transplantacji organów są bowiem w istocie pytaniami dotyczącymi kresu lub początku ludzkiego życia. Wielu autorów zwraca uwagę, iż współczesną kulturę cechuje paniczny lęk przed śmiercią i przemożna skłonność do spychania śmierci poza granicę indywidualnej i zbiorowej świadomości. Jeżeli we wcześniejszych tekstach etycznych (poczynając od starożytności aż po połowę XX wieku) problemy biotyczne³ nie zajmowały tak wiele miejsca jak obecnie, to prawdopodobnym

¹ Por. T. M. KIELANOWSKI, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiego*, (w:) *Etyka i deontologia lekarska*, pod red. T. Kielanowskiego, Warszawa 1985, s. 8.

² J. HOŁÓWKA wyróżnił trzy stopnie ingerencji medycyny w proces umierania: pozostawienie umierającego człowieka własnemu losowi, poddanie go opiece paliatywnej oraz eutanazję. Por. J. HOŁÓWKA, *Skazani na los Hioba*, „Znak” 2001, nr (7) 554, s. 18.

³ Mianem bioetyki określam tutaj wszelką refleksję etyczną dotyczącą problemów związanych z naukami biomedycznymi, takich jak aborcja, eutanazja, klonowanie, sztuczne zapłodnienie itp.

wytłumaczeniem wydaje się być właśnie diametralnie odmienny stosunek wcześniejszych pokoleń do śmierci, starości, choroby i cierpienia⁴.

Mamy więc obecnie do czynienia z całkowicie nowym podejściem do śmierci (czy, ogólnie, problemów związanych z początkiem i końcem ludzkiego życia), a tym samym – do problemów bioetycznych. Jakie stanowisko wobec tego nowego podejścia powinna zająć etyka? Otóż wydaje się, że już samo powstanie bioetyki jako odrębnej dyscypliny jest rezultatem usiłowań zmierzających do sprostania owym wyzwaniom. Bioetyka, chcąc tego czy nie, staje się rodzajem etycznego drogowskazu dla osób i instytucji podejmujących decyzje o życiu lub śmierci drugiego człowieka. W praktyce okazuje się jednak, iż ów bioetyczny drogowskaz wskazuje kierunek mniej lub bardziej dokładnie: poczynając od formułowania ogólnych teorii etycznych, w obrębie których dokonuje się rozwiązania także problemów bioetyki, aż po wypowiedzi stwierdzające moralną dopuszczalność (lub niedopuszczalność) pewnych działań wobec konkretnych osób. Czy jednak bioetyka ma prawo formułować konkretne dyrektywy, a jeżeli tak, to jaki powinien być stopień ich szczegółowości?

Aby na to pytanie odpowiedzieć, należy najpierw odróżnić zakres przedmiotowy bioetyki od zakresu jej kompetencji. Zakres przedmiotowy można określić stosunkowo łatwo: obszar zainteresowania bioetyki wyznaczają etyczne problemy związane z szeroko pojętymi naukami biomedycznymi (przed wszystkim problemy medycyny, ale nie tylko). Zakres kompetencji natomiast wydaje się być o wiele trudniejszy do ustalenia. Chodzi tu raczej o znalezienie złotego środka pomiędzy dwoma skrajnościami, z których jedna sprowadza się do pojmowania bioetyki jako dyscypliny *stricte* filozoficznej, dla której liczą się wyłącznie problemy i rozstrzygnięcia teoretyczne i która nie bierze (lub stara się nie brać) pod uwagę praktycznych implikacji własnych wyników, natomiast druga polega na traktowaniu bioetyki nieomal jako części medycyny, jako technicznej biegłości w rozwiązywaniu etycznych problemów pojawiających się w praktyce medycznej.

W pierwszym przypadku bioetyka wchodzi na ogół w skład szerszych systemów etycznych i stanowi szereg logicznych wniosków z pewnych twierdzeń dotyczących wartości uznawanych przez te systemy za podstawowe. Przykładem tego typu teorii wydaje się być etyka Alberta Schweitzera, w której zasadą podstawową jest cześć dla życia. Zasada czci dla życia nakazuje poszanowanie nie życia samego, lecz – jak wyraża się Schweitzer – „woli życia” (we wszystkich istotach, także w nas samych), co, rzecz jasna, stwarza pole do różnych interpretacji. W zależności do tego, w jaki sposób będziemy pojmować „wolę życia”, nasz stosunek do eutanazji (czy ciężko chory, umierający człowiek ma jeszcze „wolę życia”, czy raczej „wolę śmierci”?) lub aborcji (czy płód nie

⁴ Por. M. MACHINEK, *Śmierć w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u kresu ludzkiego życia*, Olsztyn 2004.

posiadający jeszcze świadomości może zostać usunięty, jeżeli ciąża zagraża życiu matki?) będzie zupełnie odmienny⁵.

Podobny charakter wydaje się mieć np. etyka Petera Singera⁶. Podstawową jej zasadą jest zakaz powodowania cierpienia. Zakaz ten prowadzi z kolei do akceptacji twierdzenia, że nie tylko ludzie są istotami zdolnymi do odczuwania cierpienia oraz do „odrzućcia skłonności, by istoty ludzkie uważać za centrum uniwersum etycznego”⁷. Złem jest dla Singera każde cierpienie, także cierpienie zwierząt. Oznacza to m.in., że powinniśmy wprawdzie traktować życie ludzi jako „cenniejsze” od życia zwierząt (ludzie jako istotny obdarzone świadomością mają pewne potrzeby, których zwierzęta nie mają), jednak nie mamy prawa do „szowinizmu gatunkowego” (np. przetrzymywania zwierząt w zamkniętych pomieszczeniach). Ponieważ cierpienie zwierząt ma takie samo znaczenie jak cierpienie ludzi, zatem wartość życia ludzkiego (rozumianego jako biologiczne trwanie) okazuje się zmienna: ludzie z trwale uszkodzonym mózgiem, u których żywy jest jedynie pień mózgu, mają – zdaniem Singera – mniejsze prawo do życia niż zdrowe zwierzęta. Singer mówi wprost: „życie pozbawione świadomości nie ma w ogóle żadnej wartości”⁸. Jesteśmy moralnie zobowiązani do szanowania pragnienia życia innych istot, jednak zobowiązanie to dotyczy także pragnienia śmierci. Złem moralnym jest jedynie przerwanie życia drugiego człowieka wbrew jego woli. Embrion we wczesnym stadium rozwoju jest istotą niezdolną do odczuwania cierpienia, nie może też mieć żadnych pragnień, których realizację moglibyśmy zniweczyć, dokonując aborcji („embrion w nie większym stopniu jest bytem, który można skrzywdzić, niż komórka jajowa przed zapłodnieniem”), dlatego kobieta ma zawsze prawo usunąć niechcianą ciążę⁹.

Cechą wspólną tych dwóch przykładów wydaje się być w pierwszym rzędzie nadmierna ogólnikowość w sensie formalnym. Starają się one określić całość relacji człowieka do otaczającego go świata, rozumiejąc przez pojęcie „świat” zarówno przyrodę ożywioną, jak i świat ludzi. Ustalają pewną najwyższą wartość¹⁰, następnie zaś rozstrzygają tradycyjne spory biotyczne w taki sposób, aby rozstrzygnięcia nie stały w logicznej sprzeczności z podstawowymi twierdzeniami systemu dotyczącymi owej najwyższej wartości. Z tego powodu teorie te nie uwzględniają np. praktycznych skutków takich czy innych rozstrzygnięć, a wręcz czynią niemożliwą wszelką dyskusję na temat owych potencjalnych zagrożeń (przy założeniu, że dyskusja ta miałaby się odbywać przy pomocy ich własnej aparatury pojęciowej).

⁵ Por. I. LAZARI-PAWŁOWSKA, *Schweitzer*, Warszawa 1976, s. 181 i nast.

⁶ Por. P. SINGER, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, Warszawa 1997, s. 205 i nast.

⁷ *Ibidem*, s. 207.

⁸ *Ibidem*, s. 208.

⁹ *Ibidem*, s. 222.

¹⁰ Tą najwyższą wartością wydaje się być życie jako takie. Wartość ta nie została precyzyjnie określona ani przez Schweitzera, ani przez Singera.

Jednak podstawowa słabość tego rodzaju teorii wynika z faktu, iż – pomimo ich dalekosiężnych skutków dla problemów bioetycznych – nie są one w gruncie rzeczy teoriami bioetycznymi. Ich autorzy uznają dotychczasowe kryteria, na podstawie których mogliśmy określić zakres „moralnego uniwersum”, za zbyt wąskie i poszukują takich kryteriów, na których dałoby się oprzeć etykę regulującą nie tylko stosunki między ludźmi, lecz także stosunek człowieka do całego wszechświata (lub jakiejś jego istotnej części, np. wszystkich organizmów żywych). Teorie te starają się przenieść etyczny charakter stosunków międzyludzkich właściwy dla tradycyjnych teorii etycznych na rzeczywistość poza-ludzką (lub też raczej przed-ludzką) i w ten sposób niejako włączyć świat poza-ludzki w obręb świata ludzkiego. Jednak owa humanizacja przyrody odbywa się kosztem częściowej dehumanizacji stosunków między ludźmi, pewien sposób moralnego myślenia o przyrodzie zostaje rozciągnięty także na ludzkie uniwersum etyczne. Odnieść można wrażenie, że w zarysowanych powyżej koncepcjach etycznych świat przyrody, wraz z przypisywaną mu przez dotychczasową „klasyczną” etykę amoralnością, zostaje zmieszany z ludzką rzeczywistością moralną, wskutek czego moralność zostaje jak gdyby wymieszana z amoralnością. W rezultacie przyrodzie przypisany zostaje pewien status moralny, zarazem jednak przypisanie to odbywa się kosztem uszczuplenia wartości właściwych dotychczas jedynie dla człowieka. Życie ludzkie przestaje być wartością bezwzględną i w rezultacie następuje złagodzenie rygorów moralnych. Próby rozwiązywania problemów bioetycznych poprzez konstruowanie teorii etycznych opartych na całkowicie nowych podstawach (w sensie wartości będących najżywszym dobrem) prowadzi do wniosków trudnych do zaakceptowania dla moralnej wrażliwości ukształtowanej pod wpływem tradycyjnych systemów etycznych.

Paradoksem jest fakt, że również etycy, stosujący do rozwiązywania problemów bioetycznych metodę zgoła odwrotną, dochodzą do bardzo podobnych wniosków. Nie usiłują oni konstruować ogólnych teorii etycznych, lecz koncentrują się na analizie pojęć występujących w dyskursie etycznym odnoszącym się do owych problemów i na podstawie wniosków z tych analiz przedstawiają określone praktyczne postulaty. K. Szewczyk na przykład proponuje utworzenie zespołów złożonych z lekarzy, prawników i etyków, których zadaniem byłoby m.in. przydzielanie środków finansowych¹¹ na leczenie poszczególnych grup pacjentów. Ponieważ jednak, jak słusznie zauważa autor, środki te są zawsze niewystarczające w stosunku do potrzeb, istnieje konieczność wskazania, którzy pacjenci powinni być leczeni, którym zaś prawa do leczenia należy odmówić. Zdaniem autora, decydujące powinno być kryterium wieku: pacjen-

¹¹ Niedostateczność środków w stosunku do potrzeb stanowiła od zawsze jeden z etycznych problemów medycyny. Z. SZAWARSKI, *Wprowadzenie – dwa modele etyki medycznej*, (w:) *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*, pod red. Z. Szawarskiego, Warszawa 1987, s. 5.

tów w starszym wieku należy wprawdzie objąć „troską” (autor nie precyzuje, jak ową „troskę” należy rozumieć, poprzestając na ogólnikach wyrażonych w dodatku za pomocą pojęć zaczerpniętych z filozofii Levinasa), jednak w przypadku chorób, których leczenie jest zbyt kosztowne, dostępne środki należy skierować na leczenie osób młodszych.

Można oczywiście nie zgadzać się z K. Szewczykiem, czy rzeczywiście wiek pacjenta jest właściwym kryterium, jednak najpoważniejsze wątpliwości wydaje się wzbudzać sam pomysł, iż rozstrzygnięcie problemu niedoboru środków finansowych jest możliwe dzięki ustanowieniu pewnej zasady, która z góry eliminowałaby z terapii pewną grupę pacjentów. Rozumowanie to opiera się na nieporozumieniu, wychodzi ono bowiem nie tyle z założenia, że możliwości współczesnej medycyny są niedostateczne w porównaniu do potrzeb, lecz przeciwnie – wydaje się zakładać, że możliwości te są wystarczające, a nadmierne są jedynie potrzeby. Mówiąc inaczej, przyjmuje się tutaj, iż winę za ograniczoność dostępnych środków możliwych do wykorzystania ponoszą sami pacjenci z tej prostej racji, iż jest ich zbyt wielu. K. Szewczyk dokonuje zatem nie tyle rozwiązania problemu, co jego przeformułowania w taki sposób, iż właściwie przestaje on być problemem. Szewczyk ma nadzieję na zwiększenie możliwości leczenia pacjentów poprzez zmniejszenie ich liczby. Przeformułowanie ulega w tym przypadku pojęcie pacjenta.

Z podobną argumentacją spotykamy się w przypadku tzw. eugeniki negatywnej. Jej zwolennicy uważają, iż mamy moralny obowiązek zapobiegać cierpieniu – także cierpieniu ludzi, którzy jeszcze się nie narodzili. „Stanowisko to zakłada – pisze A. Przyłuska-Fiszler – że ludzie mają zobowiązania moralne wobec ludzi, którzy będą istnieli w przyszłości, a zagwarantowanie przyszłym członkom gatunku ludzkiego dobrego wyposażenia genetycznego powinno się traktować jako jeden z tych obowiązków”¹². Powinniśmy zatem wprowadzić jakąś formę kontroli eliminującej z puli genowej geny warunkujące pewne choroby. Wprawdzie zwolennicy eugeniki negatywnej nie precyzują na ogół, w jaki sposób chcieliby rozwiązać techniczne problemy związane z zaprowadzeniem takiej kontroli, nie to jednak wydaje się być najważniejsze. Istota ich argumentacji sprowadza się do twierdzenia, że mamy moralne prawo (a wręcz moralny obowiązek) podjęcia działań uniemożliwiających pewnej grupie osób przekazanie następnym pokoleniom szkodliwych genów. Odtąd mamy już do czynienia z prokreacją moralnie dobrą i z prokreacją moralnie złą.

Niektórzy autorzy proponują, by podobnymi regułami objąć także sam proces umierania. Nie chodzi tu jedynie o prawo do eutanazji, lecz także o prawo do opieki paliatywnej, które w przypadku pewnych chorób lub

¹² A. PRZYŁUSKA-FISZLER, *Etyczne podstawy kontroli genetycznej*, „Etyka” 1988, nr 23, s. 111.

pacjentów w określonym wieku przysługiwałoby w zamian za zrzeczenie się roszczeń do „czynnej” opieki medycznej¹³.

B. Wolniewicz zauważa, że w niektórych kwestiach stanowiących przedmiot zainteresowania bioetyki, takich jak eutanazja, rola lekarza jest ograniczona, a jego ingerencja sprowadza się do podania potrzebnych środków farmakologicznych¹⁴. Czy jednak powinniśmy z tego wnioskować, że osobą władną podejmować decyzje przestaje być lekarz czy pacjent, a staje się nią bioetyk? Nie ulega wątpliwości, iż jednym z podstawowych postulatów bioetyki (a właściwie metabioetyki) powinno być precyzyjne wyznaczenie zakresu własnych kompetencji. Nie wszyscy muszą przy tym zgodzić się z opinią K. Szawarskiego, zgodnie z którą, „etycy nie mogą i nie powinni pretendować do roli ekspertów moralnych. [...] Filozof nie jest żadnym ekspertem w sensie normatywnym. Wcale nie wie on lepiej niż inni, jak się powinno żyć i jakie decyzje są moralnie słuszne”¹⁵. Być może filozof powinien stać na straży akceptowanych powszechnie wartości moralnych i uświadamiać (sobie i innym), jakie skutki dla moralności i społeczeństwa przynieść może rosnąca tendencja do zawierania moralnych kompromisów z wymogami wydajności i skuteczności. Moralnym nakazem obowiązującym jego samego powinno być natomiast wystrzeżenie się tego rodzaju kompromisów.

Wielu autorów podkreśla, że współczesna medycyna stała się zbiurokratyzowaną instytucją, w której pojedynczy ludzie pełnią wąskie, wyspecjalizowane funkcje, często tracąc z pola widzenia cele tej instytucji jako całości. Odnieść można jednak wrażenie, że także bioetyka nie dostrzega owych ostatecznych celów i mechanizmów, skupiając uwagę na postępowaniu i odpowiedzialności moralnej jednostki, tracąc natomiast z pola widzenia szersze struktury społeczne i kulturowe¹⁶. Aby te cele dostrzec i właściwie ocenić, bioetyka nie może ani sama stać się częścią tej instytucji, ani też pozostać ściśle filozoficzną, akademicką spekulacją. Interdyscyplinarność jawi się w tym kontekście jako wymóg, któremu bioetyka prędzej czy później będzie musiała sprostać.

¹³ „Ze względu na konieczność nieprzerwanego dialogu – pisze K. Szewczyk – rozmowy pomiędzy Ja i Ty oraz lekarzem i pielęgniarzką jako troskliwymi doradcami, omawiany styl umierania nazwę *śmiercią negocjacyjną*”; K. SZEWCZYK, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficznej podstawy bioetyki kulturowej*, Warszawa 2001, s. 311.

¹⁴ Por. B. WOLNIEWICZ, *Eutanazja i biolatria*, „Znak” 2001, nr (7) 554, s. 105.

¹⁵ Por. Z. SZAWARSKI, *Wprowadzenie...*, s. 18.

¹⁶ Pogląd taki A. MACINTYRE formułuje w odniesieniu do etyki biznesu, jednak wydaje się on dotyczyć większość współczesnych sporów etycznych. Por. A. MACINTYRE, *Dlaczego problemy etyki biznesu są nierozwiązywalne*, (w:) *Etyka biznesu*, Poznań 1997, s. 231.