

КАКВО ИМАМЕ В КУТИЯТА ЗА ЕТИЧЕСКИ ИНСТРУМЕНТИ ЗА СПРАВЯНЕ С МОРАЛНИТЕ ПРОБЛЕМИ ВЪВ ВРЕМЕ НА КРИЗА?

АТАНАС АНОВ

Медицински Университет – Плевен

atanas.anov@gmail.com

СИЛВИЯ АЛЕКСАНДРОВА-ЯНКУЛОВСКА

Медицински Университет – Плевен

silviya_aleksandrova@hotmail.com

WHAT ETHICAL INSTRUMENTS DO WE HAVE IN THE ETHICAL TOOLBOX TO DEAL WITH MORAL PROBLEMS IN TIMES OF CRISIS?

ATANAS ANOV

Medical University - Pleven

SILVIYA ALEKSANDROVA-YANKULOVSKA

Medical University - Pleven

Abstract

This article aims to explicate the point of the discrepancy of bioethics and public health ethics. First, we present bioethics' and public health ethics' paradigms. Second, the paper analyzes the problems of confidentiality, restriction of human rights and individual autonomy, and the ethical challenges in the development of preventive and curative medicines for the control of infectious diseases. Applying the principles of public health ethics to the current COVID-19 pandemic provides argumentation of restrictive measures for control of infection spread. Among them the principle of transparency is paid special attention to stress on the importance of the scientific validity of information and the channels of its distribution.

Key words: bioethics, principlism, public health ethics, human rights, autonomy, principle of transparency.

1. Въведение

Етиката на общественото здраве е динамично поле на научно изследване, а във време на криза нейното теоретично и емпирично познание се поставя на изпитание.

Етически изследвания (ISSN 2534-8434), бр. 5, кн. 1/2020

Главната цел на **етиката на общественото здраве** е да подsigури защита на населението от различни вреди. Този тип етическа рефлексия в областта на **общественото здраве** има явна връзка с биоетиката в нейния принципалистичен вид. В същността си те се разминават, но могат и да работят заедно.

Целта на публикацията е да експлицира точката на разминаване на принципалистичната биоетиката и етиката на общественото здраве. Основният проблем, който е крайъгълния камък на разминаването на биоетиката и етиката на общественото здраве е пренебрегването на автономността на отделния индивид с цел защита на общността. Какви емпирични проблеми произтичат от това? Разграничаването от биоетиката ще превърне етиката на общественото здраве в коренно различен инструментариум за справяне с морални дилеми в медицинската и здравна практика. Двете научни полета се различават по своя мащаб (биоетиката работи предимно на индивидуално ниво, докато етиката на общественото здраве обхваща общността). Следващият важен момент, на който ще се спрем в тази публикация, е приложението на етиката на общественото здраве във време на криза. Как работи тя? Какви са последствията от приложението ѝ? Приложим ли е класическият принципализъм от биоетиката?

За да бъде по-ясна разликата между биоетиката и етиката на общественото здраве първо ще обърнем внимание на понятието „парадигма“, така както е разбирано от американския философ и историк на науката Томас Кун и книгата му „Структура на научните революции“. За Кун науката преминава през различни фази и революции. В науката всички теории, инструменти, ценности, метафизически допускания, които се съдържат в нея и са ѝ необходими за да може науката да върши своята работа, са фиксирани. Това позволява генериране на проблеми и техните решения. Основен момент във всяка наука е консенсусът на научната общност по примерни случаи на научно изследване. От друга страна, когато настъпва научна революция, настъпва ново време за науката и действащите парадигми биват преразгледани, за да може да се даде решение на нерешимите проблеми в предишния период на развитие на науката. Според Кун, парадигмата е консенсус в научната общност относно това как ще се прави наука, кои ще се основните научни принципи и понятия, по които научната общност ще се ръководи. Парадигмата дава решение на стари, настоящи проблеми, но не винаги може

да даде решение на новите проблеми. Това ни показва, че всяка парадигма има своите граници, отвъд които тя е неефективна. Това налага смяна на старата парадигма с нова. Поради това представители на различни парадигми не могат да постигнат съгласие по определени въпроси (Кун, 2016).

Това разбиране и обяснение е много подходящо за теоретичните науки. За емпиричните науки, обаче, е необходимо да се засили социалният елемент. Ако социалният елемент при Кун е консенсусът на научната общност, то в биоетиката и етиката на общественото здраве социалният елемент е тяхното емпирично приложение в реалната практика на медицински, здравни специалисти и обществото. Там ще е мястото, където ще се тества дали парадигмите на двете научни полета ще работят въобще и до каква степен те работят.

2. Парадигми в историята на медицинската етика.

„Биоетика“ се появява като научно поле благодарение на смяната на една доста дълга, в историческо отношение, парадигма в областта на медицинската етика. Първата промяна на парадигмата, засягаща етическото разсъждение, е превеждането на етиката от нейното философско измерение и теоретизиране в нейното практическо приложение. Ще наречем това в един широк смисъл парадигмата на Хипократ. Тази парадигма заема най-дълъг период в историята на медицинската професия. Акцентът пада главно върху фигурата и задълженията на лекаря. Можем да намерим нейните принципи и правила в Хипократовата клета. Тя съдържа три от основните принципи от съвременната биоетика: благодеяние, ненанасяне на вреда, справедливост. Хипократовата парадигма чрез своето патерналистично отношение към пациента създава един деонтологичен начин на мислене в медицинската професия през Античността (Jonsen, 2000). Влиянието на Клетвата се запазва и през Средновековието като отправна точка за християнската традиция. Анри де Мондевил (Henri de Mondeville) работи с двете крайности на патернализма: винаги да се обещава на пациента лек, пациентът винаги трябва да се подчинява на лекаря, но и лекарят трябва да съобщава на близките и приятелите, ако съществува някаква заплаха за пациента. Мотивът тук е да се запази надеждата на пациента. С това де Мондевил оправдава измамата на пациент (Jonsen, 2000).

Хипократовата парадигма е възприета и от ислямската средновековна медицина (Александрова-Янкуловска, 2016).

През Ренесанса Хипократовата парадигма претърпява изменение главно поради бурното развитие на природните науки и скъсване с теолого-философската традиция наследена от Средновековието. Патернализмът на Хипократовата парадигма продължава да доминира. „Новото“ в този исторически период е формирането на зародиша на моралните проблеми при научни експерименти с участието на човешки същества. През Ренесанса парадигмата е силно ориентирана към развитието на медицина като наука, която да служи на обществото. Тази смяна на погледа ще покаже своите последствия през XX в.

Новото време е основата, върху която е изградена съвременната медицинска етика, като научна теория. Тук се създава основата, която ще предизвика края на парадигмата на Хипократ.

Сблъсъкът с нови етични проблеми в медицинската практика кара английският лекар и пионер в регулаторните програми за обществено здраве, Томас Пърсивал, да създаде първият *Кодекс по медицинска етика*. В него акцентът пада силно върху двупосочните взаимоотношения лекар – пациент; взаимоотношенията лекар – лекар; задълженията на медицината към обществото и на обществото към медицината (Percival, 1803). Парадигмата на Новото време придобива своя цялостен вид в рамките на медицината със създаването на сестринството от Флоранс Найтингел. Благодарение на нейната работа и нейните идеи медицинската етика през 19 в. придобива своята модерна и актуална дори днес форма като включва в себе си: задължението за информиране на пациента; абсолютната лекарска тайна; забрана на евтаназията; ангажираността на медицината към обществото; дистанциране от религия и метафизика (Александрова-Янкуловска, 2016). Джон Грегъри и Бенджамин Ръш (John Gregory, Benjamin Rush) са специалистите от Новото време, които създават примитивна форма на информираното съгласие и успяват да омекотят патерналистичното отношение към пациента. Те силно акцентират върху предоставянето на информация в достъпна форма, но също така и на образоването на общността с цел отделния пациент да може да разбере лекаря и да му съдейства. Измамата на пациента, т.е. да не се предостави точна информация на пациента, е оправдана най-вече при необразовани пациенти, а когато пациентът е

образован, скриването на информацията предоставя възможност за по-нататъшна подкрепа (Faden и Beauchamp, 1986).

Научният подем през Новото време помага на развитието на медицинската етика с някои фундаментални философски идеи, които ще се превърнат в основа за парадигмалния обрат през XX в.

На първо място тук попада политическата философия на Томас Хобс, Джон Лок и Жан Жак Русо. „Социален договор“ въвежда идеята за права на човека, но също така показва как би следвало да бъде организирано едно модерно общество.

На второ място попада Имануел Кант и въвеждането в етическия дискурс на идеята за автономност. Този последен философски елемент позволява реализацията на идеята за информирано съгласие, разбрана като изразяване на доброволно информирано решение. Благодарение на тези философски фундаменти през втората половина на XX в. ще настъпи парадигмален обрат, в следствие на който медицинската етика ще се превърне в *Биоетика*. Този парадигмален обрат се нарича *принципализъм*, доминиращата теория в съвременната *биоетика*. Четирите основни принципа на Бийчъм и Чилдрес (*уважение на автономността, благодаяние, ненанасяне на вреда, справедливост*) фокусират принципализма върху конкретни морални проблеми в клиничната практика за разлика от етиката на общественото здраве, която е всеобхватна. (Александрова-Янкуловска, 2016). Принципализмът успешно се справя с моралните проблеми, породени от технологичния напредък и особеностите в законовите положения. Неговото главно предимство е в това, че той успява да сведе абстрактни концепции като например *автономност* и *справедливост* до тяхното практическо проявление и да разшири обхвата на обмисляне на идеите за „добро“ и „вред“ за пациента. Медицинските и здравни специалисти лесно могат да усвоят механизма на *принципализма* за решаване на морални дилеми във всекидневната им практика.

Недостатък на теорията е равенството между принципите. Често в хода на етическото разсъждение принципите дават противоречиви едно на друго решения, от което излиза, че е напълно възможно в определена ситуация X някой от принципите да оправдае иначе погрешно действие. Не трябва да забравяме, че тези принципи дават посоката на мислене, а не крайното решение на моралната дилема. Поради това, създаването се противоречие не е проблем за биоетиката или за етическото разсъждение.

Напротив, то помага за цялостното обхващане на проблема. Въпреки това, то създава неудобство на медицинските и здравни специалисти при работа с тази теория. Втори недостатък е „привидната универсалност“ на принципите. В ситуации на етическо разсъждение ние се стремим да се ръководим от някакъв принцип, който да е приложим за всяка възможна ситуация. Независимо от привлекателността на принципализма, неговите принципи не са универсални. Социалните, културните или религиозните особености, макар и част от цялостното осмисляне на моралния проблем, често пъти създават непреодолимо препятствие за приложението на принципите. Третата основателна критика към принципализма е насочена към пренебрегването на личния опит на всички въвлечени лица (Александрова-Янкуловска, 2016). Това е следствие от стремежа на теорията за универсалност. Принципализмът се стреми да разглежда случаите като универсални, което е в разрез с предишната парадигма, която разглежда всеки случай като уникален. Като четвърта критика към етичната теория можем да посочим нейната привидна механистичност. Прилагането на четирите основни принципа често пъти изглежда шаблонно, особено за неопитните лица и биоетиците, които не познават в детайли теорията. Това създава опасност за недостатъчно вникване в моралния проблем и незабелязване на особеностите и подробностите появили се в хода на етическото разсъждение.

До този момент парадигмите в *медицинската етика* и *биоетиката* са били силно доминирани от патерналистичното отношение към пациента. Новото, което се появява в парадигмата на принципализма, е фокусирането върху пациента чрез поставянето му в активна роля и приписването му на морална отговорност в клиничната практика. Тази активност приема формата на вземане на отговорни решения касаещи възстановяване на здравето на пациента.

Практическата реализация на идеята за „автономност на индивида“ се вижда доста добре благодарение на документи като Всеобща декларация за правата на човека, Декларацията на световната медицинска асоциация за правата на пациентите, Конвенцията за защита на правата на човека и основните свободи. Това прави парадигмата на принципализма либерално и егалитарно ориентирана. Това ни отвежда към идеята за справедливост разбрана като да не се дискриминира пациента (либерализъм), еднакво отношение към всички и предоставянето на равен достъп до

лечение и ресурсите на здравната система (егалитаризъм). Когато става дума за обществено здраве, двете идеи трудно се реализират, но това не е напълно невъзможно. *Принципът за нанасяне на вреда*, ще ограничи свободата и правата на определена група хора. Правилността на такова решение не винаги е лесна за разбиране. От друга страна, ако в принципалистичната биоетика се извърши „промяна на настройките“, двете полета ще работят заедно по-добре. Това може да стане като сменим акцента на принципализма. Ако преместим акцента от уважение на автономността на пациента към принципа за справедливост, без да променяме разбирането на последния принцип, принципализмът и етиката на общественото здраве ще могат да работят заедно.

3. Разминаването на биоетиката и етика на общественото здраве

Знаменосецът на съвременната биоетика е принципа за уважение на автономността на пациента. Заедно със споменатото по-горе разбиране за справедливост, тези два принципа създават един интересен облик на идеята за конфиденциалност. Идеята търпи промени предимно в през XX век. В Женевската декларация ще видим, че конфиденциалността (лекарската тайна) се пази дори след смъртта на пациента [1]. В Международен кодекс по медицинска етика конфиденциалността е представена като основно право на пациента, но в този документ се посочват изключения кога е етически оправдано да се разкрие конфиденциална информация: когато пациентът е съгласен на това; когато има реална и близка опасност за пациента или някой друг и тази опасност може да бъде избегната само чрез нарушаване на конфиденциалността [2]. Запазването на лекарската тайна, както и положенията, в които лекарят е длъжен да разкрие информацията, показват моралната грижа към пациента, която изразява принципализмът в клиничната практика. За сравнение, при епидемиологични проучвания, които са в обсега на етика на общественото здраве, идеята за конфиденциалност и предоставяне на информация имат различно проявление. Конфиденциалността влияе на взаимоотношенията лекар-пациент, но когато е засегнато здравето на друго лице или здравето на обществото, специалистите са изправени пред трудното решение за разкриването на конфиденциална информация. Тук започва разминаването на биоетиката и етика на общественото здраве. Чрез проблема за конфиденциалността ще илюстрираме същностната разлика между двете полета.

В рамките на биоетиката попада конфликта между уважението на автономността на пациента, чиято информация не трябва да бъде разкривана въобще или може да бъде разкривана само при точно определени от закона обстоятелства, и защитата на трето лице (напр. при заплахата от остро заразно заболяване). Дилемата тук се решава чрез националното законодателство, което ясно трябва да дефинира кога може да се разкрие конфиденциална информация, пред кого да се разкрие и какво количество информация да се разкрие. В рамките на етиката на общественото здраве имаме един по общ конфликт между етиката и правото. Етиката, която ни казва да внимаваме при разкриването на информация, за да не се дискриминира или стигматизира пациента и правото, което задължава специалистите да разкриват определена информация пред съответните общественоздравни институции или други власти в интерес на обществото като цяло.

Етиката на общественото здраве се занимава с идентифициране, анализ и разрешаване на етични проблеми, възникващи в общественото здраве. В нейният обхват попадат етични и социални въпроси от областта на промоцията на здравето, профилактиката, епидемиологичните проучвания, общественоздравни практики (Александрова-Янкуловска, 2016).

Действащата парадигма в областта на *етика на общественото здраве* е утилитарната (за разлика от деонтологично ориентираната медицинска етика): максимално много здраве и щастие за максимално много хора. Централен момент в нея е принципът на Джон Ст. Мил за *нанасяне на вреда* в името на благо на обществото: „единствената цел, която оправда упражняването на сила върху член на цивилизованото общество въпреки волята му, е предотвратяване на вреда за останалите“ (Mill, 2003). Тук биоетиката и етиката на общественото здраве отново се разминават.

За да изясним утилитарната парадигма на етика на общественото здраве и разминаването ѝ с принципалистичната парадигма на биоетиката трябва да разгърнем принципа за нанасяне на вреда в неговите две форми (Brink, 2016):

1. Да не се вреди на някой друг;
2. Превенция на вреда.

И двете положения са тясно обвързани с ограничаване на личната свобода и основни граждански свободи, за да може общността да се облагодетелства. Това в сферата на биоетиката е немислимо. Делото *Джейкърсън срещу щата Масачузетс*

(Mariner, 2005) е подходящ пример за илюстриране на утилитарната парадигма на етика на общественото здраве. В него г-н Джейкърсът отказва да се отзове на здравната наредба за ваксина срещу вариола и отива на съд. Джейкърсът губи делото в съда и обжалва на ниво Върховен съд на основание, че общественоздравната политика за задължително ваксиниране нарушава неговото право на свобода и равна защита пред закона, като се позовава на 14-тата поправка. Върховният съд отхвърля молбата на Джейкърсът и изисква от него или да се ваксинира, или да заплати глоба.

Посоченият пример е изцяло в духа на утилитаризма: решението на съда е провокирано от природата и последствията от заболяването вариола и това, че необходимият минимален праг на опасност е преминат. Това показва, че етиката на общественото здраве се занимава както с „големи опасности“, но и с „разумни регулации“. Разумността в случая трябва да вземе предвид от една страна доколко са *ефективни* общественоздравните политики и дали ваксинацията е единствената алтернатива или поне *най-малко ограничаващо* личните права и свободи средство. Нещо повече, случаят показва, че съдът в посоченото дело приема страната на защита на здравето на населението, поради политиката на промоция на здравето, и не се интересува, както от личното здраве на отделния гражданин, така и от проблема с ограничаването на неговите свободи. Целта остава една: защита на популацията.

4. Етика на общественото здраве

Вече бе посочено, че принципа за *нанасяне на вреда* е основен повод на разминаване между **принципалистичната биоетика** и **етиката на общественото здраве**. Също така, беше споменато за още два принципа на **етиката на общественото здраве**: *ефикасност* и *приложение на най-малко ограничаващи средства най-напред*. Заедно с принципите за *пропорционалност*, *необходимост*, *прозрачност* и *реципрочност* (Faust, Upshur, 2008) можем да коментираме етическите предизвикателства в сферата на общественото здраве, като например в пандемична обстановка [3]. Подходяща тема за коментар е COVID-19 и предприетите международни и национални мерки за овладяването на вируса. Как биха се приложили принципите на **етиката на общественото здраве** в тази ситуация? Към какво действие ни насочват те?

Интерпретацията и приложението на *принципа за прозрачност* разкрива много нерешени въпроси. Този принцип насочва към това, че всички замесени страни трябва да участват в процеса на публично обсъждане и взимане на решение за мерките за ограничаване на заразата. Предоставената информация трябва да е точна и ясна. Аргументацията за мерките също. Тук се включва и откритостта, която следва да гарантира, че мнозинството няма насилствено да наложи своето предпочитание над малцинството. Нещо повече, принципът ни насочва към публично аргументиране на това кои права на човека и пациента ще бъдат ограничени и защо личната свобода ще бъде ограничена. Случващото се с COVID-19 има интересна интерпретация в рамките на този принцип. Общественоздравните власти полагат усилия обществото да е максимално информирано за случващото се. Информационният поток започва от разяснения относно какъв е вируса, какви методи за превенция на заразяване са налични и стигат до това колко време вирусът „живее“ по различните повърхности. Като основен аргумент за ограничителните мерки и наложената социална изолация се изтъкна необходимостта от намаляване на натиска върху здравната система, за да може тя да издържи в условията на липса на специфична профилактика (ваксинация) и лечение. Информационният поток, обаче, както никога до момента се разпиля като освен официалната, научно-обоснована информация, се активизираха неимоверно и медиите и социалните мрежи. Нормално това би било положителен ефект, позволяващ важна информация да достигне бързо до повече хора, но в случая многото недоказани хипотези, спекулации, дори теории на конспирацията от непроверени източници допринесоха за все по-слабата убеденост на населението в правилността на общественоздравните мерки срещу заболяването.

Социалните мрежи дават възможност на всеки свободно да изрази мнението си. На пръв поглед виждаме спазването на правото на свободно слово, а от гледна точка на **принципалистичната биоетика** това е израз на уважението на автономността на индивида, който изказва мнение. Парадоксално обаче това може да е нарушение на автономността на този, който чете или слуша това мнение да може свободно да го прецени и да реши дали да го вземе под внимание. За да се уважи автономността на потребителя на информация, той би трябвало да има адекватен достъп до факти в подкрепа на изказани мнения. Следователно, до какви негативни етически последствия

за обществото води свободното изразяване на мнението в пандемичната ситуация с COVID-19? Свободното изразяване на мнение през неконтролирани и анонимни канали, като тези на социалните мрежи, води до разпокъсване на общественото мнение във време, когато постигането на единство е от жизненоважно значение. Всеки, утвърждавайки своята автономност, излезе с претенции за компетентност по въпросите на епидемията независимо от квалификацията си и допринесе за засилване на раздора. Така например у нас и в световен мащаб в началото на епидемията се повдигна въпроса за ефективността на предпазните маски. Категоричните научни данни за размера на вируса, който е много по-малък от способността за филтриране на маските, доведе до либерално отношение към използването на маски, т.е. решението беше оставено на отделния индивид. Емпиричните данни, обаче, че все пак маските забавят разпространението на вируса, а с това и постигането на желания ефект за по-бавно обременяване на здравната система с болни, доведе до приемане в много държави на задължително носене на маски на обществени места. По-строгата мярка предизвика по-голям обществен отпор, а най-трудно се възприе ограничението на свободата на пътуване. Един от неговите аспекти у нас беше (и все още е) регулирането на излизането от големите градове по време на националните празници (които предполагат по-голямо движение на населението). Въпреки фокусирането на медиите върху инструкциите на общественоздравните власти („Стойте си вкъщи“, „Не пътувайте, ако не е наложително“), за да се ограничи разпространението на вируса, онази част от обществото, за която семейните и културални ценности имат приоритет (и която може би не вярва в ефективността на наложените ограничения), реши, че ограничаване на правото на свободно движение не е морално оправдано и съзнателно наруши поставените етически и законови забрани. Идеята за ограничаване на правото на свободно движение, въпреки публичното ѝ аргументиране, срещна повече противници и бунтуващи се отколкото неразбиране защо се налага свободното движение да бъде ограничено. Ограничаването на правото на свободно движение има един аспект, който някак си остава в страни в обсъждането на цялостната тема за ограничаването на правата. Кои права ще бъдат ограничени и защо точно тези въпросни права, е само част от цялостното обсъждане. Степента на ограничение на правата е следващият важен момент. Правото на свободно движение бе ограничено, но *в някаква степен*. Доколко един такъв

израз е възможен в дискурса на правата на човека ще оставим юристите да изяснят. Това, което бе наблюдавано е, че хората можеха да пътуват, дори между общинските центрове, спазвайки *определени условия* (попълване на декларация къде ще се пътува и по какъв повод е пътуването). Излиза, че разглеждането на ограничаване на правото на свободно движение, като ограничение *в някаква степен*, има някакъв епистемологичен статут, но какъв е той ще оставим на юристите и философите на правото да коментират. Етическата страна на въпроса е, че това ограничение на правото на свободно движение *в някаква степен*, остана някак си незабелязана и неразбрана от медиите и обществото. Неразбирането на това доведе до съответните последствия: недоволство в обществото; търсене на методи за заобикалянето на ограниченията; злоупотреба с поставените условия за свободно движение [4]. Къде, обаче, остана грижата за благо на обществото? Разбраха ли тези, според които малкият брой заразени, заради които те сметнаха ограниченията за нерационални, всъщност се дължат точно на факта, че други хора спазват ограниченията и така защитават тяхното здраве? Осъзна ли се тази взаимна отговорност за другия? Да, маските не са ефективни да те предпазят от вируса и той ще мине през тях, но комбинирани със социалната дистанция вече имат смисъл, а и ако ти си болен без реално още да го знаеш, с маската предпазваш другия. И този „другия“ не винаги е някой безименен член на обществото, а най-често всъщност е член на най-близкото ти обкръжение от хора, които обичаш.

Да се върнем на идеята за конфиденциалност. В рамките на **етиката на общественото здраве** тя влиза в пряко взаимодействие с правото на достъп до информация. Това взаимодействие е причина за различната ѝ интерпретация в **принципалистичната биоетика** и **етиката на общественото здраве**. Правото на достъп до информация казва, че всеки човек има правото на достъп до информация относно него самия; възможността да не бъде информиран, ако информацията ще му навреди; възможността (правото) да не бъде информиран по негово желание. В ситуация на епидемиологична криза, правото на достъп до информация изисква пълно информиране на цялото общество относно методите за защита. Трудността в интерпретацията на правото на достъп до информация, в рамките на етическия дискурс, се появява в онази част на разглежданото право, която дава възможността информация за здравния статус на един пациент да засяга здравословното състояние на някой друг.

Именно такава е ситуацията на COVID-19. За разпространението на информацията към официални източници служат етически и законови регулации, които контролират каква информация и какво количество от нея да бъде достъпна. Например, да се даде информация относно колко болни има от дадено заболяване и къде се намират на територията на страната. Това дава възможност на популацията, обитаваща засегнатата област, да вземе необходимите предпазни мерки. Информацията е в такъв оскъден за обществото вид, за да е невъзможно да се идентифицира конкретен пациент или лице. По този начин тези, които страдат от заболяването, ще бъдат защитени от немедицински вреди като дискриминация поради диагноза им, стигматизация. Изискването на по-подробна информация от обществото относно идентификацията на болния е грешна употреба и интерпретация на правото на достъп до информация. Такава идентификационна информация имат право да придобият само здравните власти с оглед на провеждане на епидемиологична анкета, проследяване на контактните лица и налагане на мерки за ограничаване на разпространението на заболяването.

5. Етически предизвикателства в разработването на превантивни и лечебни медикаментозни средства за контрола на инфекциозните заболявания.

За да е пълна картината на **етиката на общественото здраве** в контекста на пандемия, не можем да подминем етичните предизвикателства на разработването на превантивни и лечебни медикаментозни средства.

Новите вирусни инфекции поставят нови дилеми пред **етиката на общественото здраве**. Появата на сериозна вирусна инфекция, обхващаща бързо големи групи от населението, каквато е инфекцията с COVID-19, води до необходимост от разработване на съответна ваксина във възможно най-кратки срокове. Етично приемливо ли е занижаването на етично-правните изисквания за независим контрол върху разработването на ваксините в ситуация на епидемия? В по-общ план, възникването на епидемия достатъчно условие ли е за промяна в етичните ни позиции? Не бива да се забравят и рисковете, свързани с ваксинирането. Страничните ефекти на различните ваксини са известни и по принцип са незначителни в сравнение с ползата за обществото, но за отделния индивид, при който могат да се проявят, щетите може да са големи. Задължение на медицинските професионалисти и специалистите по общественото здраве

е да информират лицата за рисковете и ползите от ваксинирането. Ако обаче ваксинацията е задължителна, има ли практическо значение информирането и как се реализира концепцията за информираното съгласие? (Александрова-Янкуловска, 2016). Що се отнася до вероятната поява на ваксина за COVID-19, медиите вече започнаха с публикациите относно това, кой ще има достъп до тази ваксинация и опасенията, че само богатите държави, които могат да платят високата цена на този нов продукт, ще могат да подсигурят населението си и то може би не цялото си население. Някак встрани остана опасението от анти-ваксинационните движения. Натискът върху учените и фармацевтичните компании за бързо разработване на ефективен препарат (както за превенция, така и за лечение) е неимоверен. А няма ли да е парадоксално впоследствие, когато вече имаме този препарат, да откажем да го ползваме? Рискът това да се случи, не е малък. В момента има ваксина срещу сезонен грип, но колко хора я ползват? И тук не коментираме основателността на аргументите за изменчивост на вируса и неефективност на ваксината. Ще има ли механизми за подсигуриране на задължителната имунизация с новата ваксина срещу коронавируса на необходимата част от населението за изграждане на груповия имунитет? А ще намерим ли достатъчно аргументи в принципите *на етиката на общественото здраве* да въведем задължителна ваксинация срещу коронавируса?

Общественото здраве има зад гърба си достатъчно опит, който може да ползва. Това обаче не лишава решенията за справяне с вируса от морална чувствителност. Желанието за ваксина срещу COVID-19 е състезание с тежък залог и морални дилеми зад всеки завой на състезателната писта. Зрителите на тази надпревара (политици, обществото, собствениците на фармацевтични компании, медицинските и здравни специалисти, които се грижат за пациентите) оказват по един или друг начин натиск върху специалистите, включени в процеса на разработване на ваксината. Всяка от замесените страни има своите ползи от по-бързото откриване на такава ваксина (здравни ползи, финансови ползи, позитивен политически PR). Един от залозите в тази надпревара е научният интегритет: ще се спазят ли етичните принципи за медицински експерименти както за експериментите върху хора, така и за тези с участието на животни?

Спазването на етичните принципи на изследователската етика е само част от проблема. Другата част засяга онзи етап на проучването, който ще е фокусиран върху

обществото след края на експерименталната фаза. Възможна е съпротива срещу ваксината на база на начина, чрез който е открита. Какъв материал сме ползвали, за да открием ваксината? Върху какви групи хора сме експериментирали? Така например, в свое изказване етикът Хелън Уат (Helen, 2020) коментира дали е етично да се използват ваксини, получени от абортирани фетуси. Тя посочва, че някои хора знаят историята на ваксинирането и са наясно, че имат опцията за ваксина, която е извлечена от не-фетални клетки. Ако обаче ваксината, която ще се бори с COVID-19 е извлечена от фетални клетки, нейното включване в имунизационен календар би срещнала съпротива в лицето на всички хора, които са против абортите. На нивото на общественото здраве отново се връщаме към проблема за информиране на обществото относно ползите и рисковете от ваксинирането за отделния индивид (достъп до ваксина, как да процедираме с тези пациенти, които искат да се ваксинират, но по медицински причини не могат да се възползват от ваксината) и за обществото.

Заклучение

Принципализмът и етиката на общественото здраве са два от инструментите, с които разполагаме за справяне с моралните проблеми във време на криза. Макар и различни помежду си, те се допълват, за да допринесат за моралната аргументация на общественоздравните мерки. Пандемията от COVID-19 е предизвикателство за всички, включително и за науката. След нейният край ще можем да си направим равностойна доколко *принципализмът и етиката на общественото здраве* са достатъчни за справянето с моралните проблеми във време на криза. Засега те са единственото средство, с което можем да подходим към моралните проблеми, пред които сме изправени и да обясним, разберем и оценим рестриктивните общественоздравни интервенции в защита на нашето здраве.

БЕЛЕЖКИ

[1] Вж. *World Medical Association Declaration of Geneva*. Adopted by the 2nd General assembly of the World Medical Association, Geneva, Switzerland, September 1948 and amended by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968 and the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and the 46th WMA General Assembly, Stockholm, Sweden, September 1994 and editorially revised by the 170th WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005 and the 173rd WMA Council Session, Divonne-

Етически изследвания (ISSN 2534-8434), бр. 5, кн. 1/2020

les-Bains, France, May 2006 and amended by the 68th WMA General Assembly, Chicago, United States, October 2017. Достъпно на следния адрес: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/> [Посетен 27.04.2020]

[2] Вж. *World Medical Association International Code of Medical Ethics*. Adopted by the 3rd General Assembly of the World Medical Association, London, England, October 1949 and amended by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968 and the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and the 57th WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006. Достъпно на следния адрес: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/> [Посетен 27.04.2020]

[3] Терминът не е употребен в никакъв строг смисъл. Има се предвид епидемия от определено заболяване или вирус.

[4] Много хора при желанието да пътуват извън населеното място (общински център) попълваха неверни декларации. При завръщането си, тези декларации бяха проверявани и където имаше несъответствия, лицето биваше санкционирано по законов начин.

ЛИТЕРАТУРА

Кун, Т. (2016). *Структура на научните революции*. Превод: Томова, И., С., Издателство „Изток-Запад“.

Jonsen, A. (2000). *A Short History of Medical Ethics*. Oxford University Press. New York Oxford,. pp. 1 – 12.

Александрова-Янкуловска, С. (2016) *Биоетика*. Плевен, Издателски Център МУ – Плевен. стр. 33, 35, 226.

Percival, T. (1803). *Medical Ethics: Or, a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*. Published by S. Russell, London.

Достъпно на адрес:

<https://books.google.bg/books?id=tVsUAAAAQAAJ&dq=thomas%20percival&hl=bg&pg=PR3#v=onepage&q&f=false>

Faden, R., T.L.R. Beauchamp (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press. pp. 63.

Mill, J. S. (2003). *On Liberty*. Edited by David Bromwich, George Kateb. Publisher: Yale University Press. pp. 73 – 85.

Brink, D. (2016). Mill's Moral and Political Philosophy, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2016 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/mill-moral-political/>>. [Посетен 24.04.2020]

Mariner, W. K., G. J. Annas, & L.H. Glantz (2005). Jacobson v Massachusetts: It's Not Your Great-Great-Grandfather's Public Health Law. *American Journal of Public Health*, 95(4), 581–590. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2004.055160>

Faust, H.S., R. Upshur (2008). Public Health Ethics. In: P. Singer and A.M. Viens (Eds.) *The Cambridge Textbook of Bioethics*. UK: Cambridge University Press, 274 – 280.

Watt, H. (2020). COVID-19 and vaccine ethics: pre-empting conscientious objection. B: *Journal of Medical Ethics Blog*, or <https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2020/04/09/covid-19-and-vaccine-ethics-pre-empting-conscientious-objection/>., [посетен 29.04.2020].