

INTERPRETĂRI ETICE PRIVIND VULNERABILITATEA LUCRĂTORULUI MEDICAL

Ion BANARI, dr. în filosofie, Catedra de Filosofie și Bioetică, USMF

ETHICAL INTERPRETATIONS REGARDING THE VULNERABILITY OF THE HEALTHCARE WORKER

The approaches regarding the vulnerability of the people involved in the medical act are centered, predominantly, on the patient. The healthcare worker is usually interpreted as a powerful person who has the duty to care and treat. Of course, the patient's illness, his mental sensitivities, the information received from the doctor regarding the state of health can generate various forms of vulnerability. But we cannot overlook the fact that overcoming the vulnerable circumstances of the patient through professional, moral and communication skills of the doctor involved overwork, extended work schedule, obsession with perfection, low resistance to stress, etc., which generates the appearance of Burnout syndrome and affects the person of the doctor, becoming physically, emotionally and cognitively vulnerable. This fact cannot be admitted, because the doctor's vulnerability also influences the quality of medical services. The present communication is focused on two issues: the first involves a synthesis of typologies of human vulnerability to identify particularities in the healthcare worker; the second assumes an ethical approach to these particularities, providing moral conditions for preventing the various contexts that present the doctor as vulnerable.

Keywords: ethics, vulnerability, health worker, human condition, risk, fragile.

În literatura de specialitate, subiectul privind vulnerabilitatea persoanelor implicate în actul medical preponderent sunt centrate pe pacient. Lucrătorul medical, de obicei, este interpretat ca fiind o persoană puternică, care are datoria să îngrijească și să trateze. Desigur, boala pacientului, sensibilitățile sale psihice, informația primită de la medic cu privire la starea de sănătate pot genera diverse forme de vulnerabilitate. Însă, nu putem trece cu vederea și faptul că depășirea circumstanțelor vulnerabile ale pacientului prin abilitățile profesionale, morale și comunicative ale medicului implică suprasolicitare, program prelungit de muncă, obsesia de perfecțiune,

rezistența scăzută la stres etc., ceea ce generează apariția sindromului Burnout (al epuizării profesionale) și marchează negativ persoana medicului, acesta devenind vulnerabil sub aspect fizic, afectiv și cognitiv în interacțiunea sa cu pacientul [1, p. 14]. Acest fapt nu poate fi admis, deoarece, vulnerabilitatea medicului afectează și calitatea serviciilor medicale.

Raționamentul evidențiat înaintează expunerii cel puțin două probleme de investigat. Prima implică o sinteză a tipologiilor vulnerabilității umane pentru a identifica particularități la lucrătorul medical. A doua presupune o abordare etică a acestor particularități, oferind condiții morale pentru preîntâmpinarea diverselor contexte ce-l prezintă pe medic vulnerabil.

Astfel, la Delgado Rodriguez Janet, în lucrarea „The relevance of the ethics of vulnerability in bioethics”, putem găsi două moduri principale de a gândi despre vulnerabilitate care au fost dezvoltate în etică: *Vulnerabilitatea ontologică sau universală*. Această concepție este legată de originea latină „vulnus” și posibilitatea de a suferi care este inerentă ființei umane. Respectiva interpretare există în studiile mai multor filosofi [2; 3] și caracterizează vulnerabilitatea în raport cu a fi fragil, a fi susceptibil la daune și, de asemenea, la suferință. Într-un context mai larg și general, aceste perspective evidențiază aspectul ontologic antropologic și inerent al condiției comune. În plus, o altă caracteristică comună a acestor perspective este că leagă vulnerabilitatea umană cu sociabilitatea persoanei, adică, cu faptul inevitabil că oamenii sunt dependenți unii de alții. Această poziție accentuează ideea că ființa omului poate fi vulnerabilă sau potențial vulnerabilă. Martha Fineman constată în acest sens, că vulnerabilitatea apare în constituirea noastră, poartă în sine posibilitatea iminentă sau permanentă spre vătămare, rănire și nenorocire [2; 3]. Întrebarea pentru dezbatere ar putea fi: care este starea umană care-l face pe om vulnerabil, și invers, în ce condiție nu suntem vulnerabili? Relatarea denotă faptul că vulnerabilitatea apare la om atunci când se află în raport cu ceva sau cineva, fie o persoană, societate, mediul natural, fie cu sine însuși. Dacă ființa omului este în potență vulnerabilă, atunci aceasta trebuie să posedă conștiința vulnerabilității pentru a se proteja în acest sens. Cu alte cuvinte, să devină cine este prin spectrul abilităților sale intelectuale, afective și volitive. Aceasta aduce în arena discuțiilor termeni precum risc, patologie, calamități, vârstă, relații nocive etc., iar în cadrul acestor teme se dezvoltă și a

doua formă de interpretare a vulnerabilității, fiind centrată pe grupuri sau persoane afectate de riscuri, calamități, patologii etc. *Vulnerabilitatea contingentă sau situațională* – cuprinde un alt tip de răspuns la problema vulnerabilității, unde se pune accentul pe diferite forme de inegalitate, dependență, nevoi fundamentale, privare de libertate etc. Acestea scoate în evidență diferite forme de inechitate în aspect social, economic și politic, ceea ce îi face pe anumiți oamenii mai vulnerabili în comparație cu alții [4]. Respectiva interpretare este utilizată atunci când se elaborează politicile de protecție socială, asistență socială și servicii de sănătate, referindu-se, totodată, la dreptul persoanelor sau grupurilor vulnerabile de a primi anumite beneficii, acces la anumite servicii, tratamente.

În contextul acestor două moduri de abordare a vulnerabilității este primordial subiectul axat pe condiția umană, iar interogația vizează condiția existențială a medicului atunci când tratează și îngrijește. Mai mult, privitor la aceasta, una din sarcinile fundamentale ale condiției umane este acțiunea de îngrijire, care este consolidată de legătura dintre îngrijitor și persoana ce necesită îngrijire. Îngrijirea încorporează diverse semnificații și poate exprima compasiune, acțiune, sânguință etc. Printre acestea, grupul de cercetători Cestari V., Moreira T., et. al., în lucrarea „The essence of care in health vulnerability: a Heideggerian construction”, evidențiază reflecțiile lui Martin Heidegger asupra ființei umane și nuanțelor de îngrijire. Actul clinic comportă o dublă semnificație: îngrijire și dedicație. Heidegger oferă îngrijirii un sens ontologic, propriu naturii umane. Din noțiunea de îngrijire, reiese și principiul vulnerabilității, definit ca posibilitatea de a fi vătămat, lezat sau de a suferi din cauza stării de sănătate precare. Mai mult, în literatura academică vulnerabilitatea este utilizată deseori ca sinonim cu riscul și fragilitatea, fiind percepută și discutată ca o condiție negativă. Semnificația negativă oferită conceptului de vulnerabilitate prejudiciază capacitatea de înțelegere și face dificilă operarea în contextul serviciilor de sănătate prin promovarea stării de bunăstare individuală și colectivă. Ființa umană poate să trăiască într-un mod autentic sau neautentic. Existența neautentică se caracterizează printr-un mod impropriu de a viețui, fără o direcție certă, astfel încât persoana nu își asumă responsabilitatea pentru propria sa existență în această lume. Existența autentică semnifică faptul că omul se recunoaște pe sine ca o personalitate ce

are anumite responsabilități față de cei din jur și necesită de a construi și menține în permanență relații interpersoane [5]. Respectiv, dacă persoana medicului nu corespunde autenticității și identității profesiei va crea situații vulnerabile pentru sine, colegi și pacienți.

Dincolo de discuțiile centrate pe condiția umană, o noțiune fundamentală în abordarea vulnerabilității este termenul de *risc*. Aceasta indică o serie de probabilități, în timp ce vulnerabilitatea reprezintă un indicator al inechității și inegalității sociale. În felul acesta vulnerabilitatea precedă riscul și promovează diverse posibilități de a preveni și de a face față unei situații dificile. Astfel, vulnerabilitatea implică câteva laturi interdependente: componentul individual sau înțelegerea comportamentului său, componentul social sau contextul social și componentul instituțional. Vulnerabilitatea este descrisă ca o amenințare la autonomia umană și un proces de a fi expus, în cazul pacientului, riscului de dezvoltare a maladiilor, a multiplelor tulburări, iar în situația medicului suprasolicitare, program prelungit de muncă, obsesia de perfecțiune, rezistența scăzută la stres, conflicte profesionale, dileme morale etc., ce rezultă dintr-o totalitate de aspecte individuale, colective și contextuale. Este de menționat faptul că această interpretare a vulnerabilității poate fi considerată limitată, deoarece se axează doar pe consecințele negative, evidențiind persoana ca pasivă. Catalogarea vulnerabilității ca o condiție intrinsecă a existenței umane generează o extensie a acestui concept. Vulnerabilitatea trebuie să fie recunoscută ca o trăsătură inalienabilă a condiției umane, prin fragilitatea sa ireductibilă în expunerea sa permanentă la condiții nefavorabile ce îi pot dăuna [5].

Un răspuns la obiecțiile menționate supra găsim la Luna F., în lucrarea „Elucidating the Concept of Vulnerability: Layers not Labels”. Autorul în studiul dat este de părerea că cercetările existente formulează niște condiții pentru vulnerabilitate și utilizează definițiile propuse pentru a identifica subpopulațiile umane ca fiind vulnerabile. Ea argumentează că această abordare, pe care o denumeste concepție de etichetare a vulnerabilității, este una problematică. În primul rând, nu se ține cont de complexitatea vulnerabilității umane ca fenomen. Un individ poate fi vulnerabil din mai multe motive, și afirmarea că el este vulnerabil deoarece se atribuie la o anumită categorie de populație nu este tocmai corectă. Un alt neajuns al acestei concepții este riscul de formare a stereotipurilor, astfel încât persoanele

nevulnerabile dintr-o subpopulație pot fi considerate greșit vulnerabile. Astfel, Luna F. propune în schimb ideea de straturi ale vulnerabilității, argumentând că este o concepție relațională și dinamică. Este relațională deoarece descoperă fiecare strat al vulnerabilității unui individ printr-o examinare minuțioasă a contextului în care apare această stare. Concepția este dinamică întrucât recunoaște faptul că odată ce contextul se schimbă, straturile vulnerabilității pot apărea și dispărea. Această abordare este direcționată spre individ și cuprinde complexitatea situației în care se află o persoană, nu duce la stigmatizare și susține că una și aceeași persoană poate deține diverse combinații de vulnerabilități [6].

Conjunctura respectivă de judecăți, face să relatăm și poziția cercetătoarei Samia A. Hurst. Astfel, în lucrarea „Vulnerability in research and health care: describing the elephant in the room?” [7], evidențiază faptul că definirea vulnerabilității prin enumerarea subpopulațiilor este moral greșită, dar spre deosebire de Luna, examinează mai aprofundat unele definiții analitice alternative ale vulnerabilității. Hurst oferă cerințe pentru o îngrijire etică clinică și susține că prevenirea și protecția nu se bazează pe vulnerabilitatea în sine, ci pe o altă sursă valabilă ce cauzează vulnerabilitate. Aceasta apare ca o cerere de protecție specială la probabilitatea crescută de producere a greșelilor și a daunelor în activitatea medicală, care includ accesul la asistență medicală, acoperire financiară adecvată, autodeterminare, confidențialitate, luarea în considerare corectă a alocării resurselor și beneficierea de asistență medicală. Accesul la asistență medicală poate fi împărțit în continuare în: disponibilitatea sau gradul în care furnizorul are resursele necesare pentru a satisface nevoile pacientului; accesibilitatea sau ușurința cu care pacientul poate ajunge fizic la locația serviciilor de sănătate; acomodarea sau gradul în care serviciul de sănătate este organizat în moduri care îndeplinesc constrângerile și preferințele pacienților; facilitatea sau modul în care tarifele furnizorului se potrivesc cu capacitatea și disponibilitatea de plată a pacienților și acceptabilitatea sau măsura în care pacienții sunt compatibili cu caracteristicile serviciilor de sănătate și invers [7].

În sinteză, nu există un consens cu privire la definirea conceptului de vulnerabilitate în activitatea medicală, dar sunt înaintate și un șir de propuneri de nuanță etică, cum ar fi: de a atribui niveluri de vulnerabilitate persoanelor,

mai degrabă, decât de a eticheta grupuri specifice ca fiind vulnerabile [6]; de a analiza problemele clinice și experiențele de vulnerabilitate [9; 10]; de a dezvolta un concept al vulnerabilității bazat pe nevoi în locul celui bazat pe consimțământ [10; 12]; de a include noțiunile de „a fi vătămat” și de „a fi nedreptățit” în cadrul conceptului de vulnerabilitate [7]; trebuie să se stabilească o caracterizare și sistematizare mai detaliată a spectrului abilităților umane și a diferitelor moduri în care acestea conțin elemente de vulnerabilitate [8]; conceptul căutat de vulnerabilitate ar trebui să evite imaginea relației dintre beneficiarul de asistență medicală și furnizor ca relație între un individ dependent și neputincios, pe de o parte, și o altă persoană capabilă să ofere tot ajutorul necesar, pe de altă parte [8].

Recomandările semnalate înglobează problema manifestării vulnerabilității în actul medical și cerințele de îngrijire clinică unde să se regăsească și contextul vulnerabilității lucrătorului medical. În cele din urmă, considerăm valoros să reflectăm cele trei dimensiuni ale vulnerabilității dezvoltate de Meek Lange M., Rogers W. și Dodds S. Aceștia înaintează clasificarea surselor de vulnerabilitate ca fiind: *inerente*, *situaționale* și *patogenice*. Sursele inerente ale vulnerabilității sunt corpul nostru, necesitățile, dependența față de alții, latura afectivă și socială. Aceste surse constituie un element inalienabil al condiției umane. Măsura în care sursele inerente produc riscul de vătămare depinde de mai mulți factori: vârstă, starea sănătății, sex, dizabilitate, capacitatea persoanei de a face față situației dificile și suportul de care dispune din partea celor apropiați. Sursele situaționale ale vulnerabilității cuprind situația personală, socială, politică, economică și de mediu a unei persoane sau grup social. Aceste surse pot fi discontinue, de durată sau pe termen scurt. Sursele patogenice ale vulnerabilității reprezintă un subtip al surselor situaționale care apare în rezultatul relațiilor sociale sau personale defectuoase. Aceste relații sunt deseori caracterizate prin prejudiciu, abuz, neglijență, lipsa de respect, sau dacă ne referim la situațiile politice în care predomină injustiția, persecuția sau violența. Uneori vulnerabilitățile patogenice survin atunci când politicile sociale menite să protejeze împotriva vulnerabilităților situaționale au ca efect advers generarea de noi vulnerabilități [13].

Fundalul celor relatate determină a evidenția o serie de surse situaționale de natură etică întâlnite în experiența medicală, care îl poate face pe lucrătorul medical vulnerabil. Dacă există surse ce-l prezintă pe medic în potență vulnerabil, atunci acesta (medicul) trebuie să posede conștiința vulnerabilității pentru a se proteja în acest sens. Respectiv, o sursă ar fi situațiile când medicul se confruntă cu probleme, dileme, dificultăți și/sau conflicte de natură etică în luarea unor decizii cu privire la metodele de diagnostic și tratament; decizii legate de insuficiența resurselor medicale; decizii cu privire la asigurarea accesului echitabil la investigații și diagnostic; decizii cu privire la o serie de tratamente costisitoare de care pacientul nu-și poate permite; decizii cu privire la distribuirea sarcinilor în cadrul instituțional; decizii cu privire la distribuirea resurselor medicale în cadrul instituțional, *exemplu*, lipsa resurselor sau alocarea limitată a resurselor medicale în instituție etc. O altă sursă ar fi diverse probleme morale în relație cu colegii, *exemplu*, indiferență sau nu oferă ajutor când se cere o decizie comună, în echipă; conflicte morale în relație cu superiorii instituției medicale, *exemplu*, atribuirea unor sarcini care nu țin de atribuția și competența medicului sau supra sarcină; conflicte morale în relație cu alți reprezentanți ai altor instituții, *exemplu*, asistența socială; conflicte morale în relație cu rudele pacientului și/sau a reprezentanților legali; probleme morale în relație cu pacienții; probleme legate de îngrijirea pacienților la final de viață, *exemplu*, pacientul are nevoie de îngrijire paliativă, dar nu sunt paturi în secția paliativă sau pacientul refuză, iar familia nu-l poate îngriji; dificultăți cu privire la informarea diagnosticul grav sau comunicarea unei vești rele; probleme legate în realizarea acordului informat; probleme legate de conlucrarea și decizia pacientului; probleme legate de necompliancea pacientului etc. Altă sursă se referă la situațiile de conflict dintre valorile religioase, valorile morale, normele juridice și valorile culturale în activitatea medicală etc. Următoarea sursă poate fi situațiile când lucrătorul medical trebuie să aleagă dintre interesele unui coleg și interesele unui pacient sau rudă a pacientului; dintre binele pacientului și avantajele economice ale instituției medicale, *exemplu*, conducerea cere economia resurselor medicale în detrimentul metodelor de diagnosticare și tratament

necesar pacientului; dintre ofertele atractive unor companii farmaceutice și posibilitățile financiare ale pacientului; dintre interesul companiei de asigurări în medicină și beneficiul pacientului; dintre o instituție medicală publică și privată, mai ales când instituția privată motivează medicul financiar etc.

Contextul acestor surse de vulnerabilitate face întâi de toate referire la abilitățile medicului în luarea deciziilor morale în situații dificile (problematică, de dilemă sau conflictuale). Apoi, în al doilea rând, implică a face legătura dintre caracterul medicului cu problema etică. Respectiv, la primul subiect, un rol important îl joacă gândirea critică, imaginația morală și cadrul normativ etic (etica virtuții, deontologia, etica consecinționistă, principismul bioetic). Mai mult la acest subiect, cunoaștem că lucrătorul medical în exercitarea profesiei se confruntă des cu diverse situații lipsite de claritate și precizie, în care de obicei oscilează între ce este bine și ce este rău, ce este corect și ce nu este corect, între ce este adevărat și ce este fals, între ce este normal și ce este anormal. Ritmul intens care i se impune în practică face ca specialistul să nu realizeze că se confruntă cu multiple dificultăți ce implică abilități de luare a deciziilor morale. Un lucru este cert, că hotărârea luată va determina satisfacția pacientului și nu în ultimul rând calitatea actului medical. Acțiunea medicului ca urmare a unei împrejurări profesionale este dependentă de gândirea sa. Ansamblul de idei ce survin în minte, care de obicei caracterizează situația existentă, servește temei în adoptarea soluției în vederea viitoarei atitudini sau acțiuni. Luarea unor decizii adecvate, conforme cerințelor profesionale, morale și sociale cere cultivarea și posedarea unei gândiri analitice or critice. Respectiv, apare întrebarea, de ce este necesar o gândire critică în activitatea medicală? Drept răspuns poate fi: 1. pentru a ține sub control o situație cu un grad sporit de dificultate sau emotiv; 2. pentru a înțelege valoarea practică a unui gând sau idei; 3. pentru a identifica consecințele sau impactul unei judecăți; 4. pentru a percepe justificările ascunse a unor opinii, credințe și argumentări; 5. pentru a construi judecăți noi întemeiate pe cunoștințele și experiența acumulată; 6. pentru a distinge între fapte, credințe și judecăți morale or pentru a observa un bine aparent sau bine real etc. cu alte cuvinte, scopul gândirii critice este de a forma o imagine clară în contextul unei împrejurări profesionale. Printre acestea, survine o altă interogație, ce este imaginația morală? Abilitatea de a vedea or percepe

lucrurile integral, adică a ține cont de consecințele ce pot surveni dacă iau o anumită decizie și răspunde la întrebarea: ce se va întâmpla dacă...? Mai mult, este o formă de reflecție, care implică "proiecție empatică" și abordare creativă a multiplelor posibilități ale unei situații concrete. Prin urmare imaginația este un instrument de luare a deciziilor morale [14, p. 82-83].

Dintr-o altă perspectivă, situațiile enumerate mai sus îl plasează pe medic în fața întrebării „ce trebuie să facă”. Această interogație valorează ca problemă etică fundamentală. O analiză profundă la această dificultate etică o realizează Nicolai Hartmann. Întâi de toate filosoful prezintă riscurile în a lua sau a nu lua în serios această întrebare. Tangențial putem compara discursul cu realitatea din activitatea medicală punând accent pe condiția morală a lucrătorului medical. „Fiecare situație nouă ne-o prezintă drept nouă; pas cu pas în viață noi trebuie să-i răspundem din nou, inevitabil și fără ca vreo putere să ne împiedice de la aceasta, adică să putem trece dincolo de necesitate. Iar la întrebări tot mai noi, acțiunea noastră, atitudinea noastră reală, răspunsurile sunt tot mai noi. Căci de fiecare dată acțiunea conține chiar hotărârea convenabilă. Iar acolo unde nu ne-a fost conștientă, totuși, o putem recunoaște ulterior, eventual pentru a o regreta. Dacă găsim dreptate în acel pro și contra aceasta nu se află în întrebare și nici în situație, pentru aceasta nu există nici o necesitate, nici o călăuzire prin altul. În acest caz fiecare se raportează la sine însuși, ia hotărârea singur de la sine. Și el singur poartă, dacă a greșit, răspunderea și vina” [15, p. 114-115]. Apoi oferă alte interogații călăuzitoare, care cheamă la contemplarea problemei. „Dar cine întrevește însemnătatea acțiunii sale? Cine cunoaște lanțul de consecințe, cine își dă seama de proporția responsabilității? [15, p. 115].

Însă, elementul cheie al expunerii lui Hartmann este legătura dintre planul faptei conceput în minte și efectul acesteia o dată consumată. „Faptul o dată consumat aparține realității, și nu mai poate fi făcut din nou neconsumat. Ceea ce a lipsit din el este irevocabil ratat, ireparabil în sensul strict al cuvântului. Situația este unică, nu se mai întoarce, este individuală ca tot ce este realitate. Dar ea este prezentă în mod irevocabil, este strâns împletită ca o verigă în corelația fenomenelor lumii. Același lucru este valabil pentru faptă, când aceasta are loc. Efectele ei atrag tot mai multe cercuri, modul ei de existență este o continua producere. O dată împletită în existența

umană, ea continua să trăiască, nu mai moare; chiar dacă valurile care pornesc din ea și se sparg în mod felurit, slăbesc, se restabilesc în curenți mai mari ale cursului vieții, ea este nemuritoare, ca tot ce este realitate. Oricât de nereală și de necauzală ar putea fi originea ei, o dată fixată în existența umană ea urmează o altă lege, legea realității și eficienței. Această lege îi conferă o viață proprie, o putere de a da forme sau a distruge viața și ființa, față de care regretul și disperarea sunt neputincioase. Fapta crește dincolo de făptaș, îl marchează, îl pune la punct fara mila” [15, p. 115]. Mai mult, filosoful accentuează pericolul consecințelor neobservate pentru persoană în actualitate și efectul lor în viitor asupra noilor generații. „Nu în orice comportare umană vedem însă lanțul de consecințe. Dar orice are urmări, iar posibilitatea constă întotdeauna în faptul că ele atârna greu, adesea cel mai mult acolo unde noi ne gândim cel mai puțin la aceasta. Și ceea ce în mic este valabil pentru atitudinea particularului, valorează sporit și pentru atitudinea unei comunități, a unei generații, a unei epoci. De ceea ce astăzi percepem, înțelegem, hotărâm, acționăm, depinde, poate, viitorul generațiilor. Viitorul culege întotdeauna ceea ce a semănat prezentul, după cum acesta culege ceea ce a semănat trecutul. În sens determinat, aceasta valorează și acolo unde ceea ce este vechi s-a perimat, iar ceea ce este nou, neexperimentat urmează să se formeze, acolo unde pătrund la suprafața forțe tinere, se agita forțe întunecate necunoscute. Aici se vede că până și modesta contribuție a particularului la inițiativa întregului se poate afla pentru secole sub povara unei nebaneuite responsabilități” [15, p. 116].

Discursul lui Hartmann și realitatea actuală face să concluzionăm că specialistul de azi preferă judecăți cu privire la o serie de situații profesionale gata făcute, iar această deprindere îl face vulnerabil, mai ales, când nu este cine săi ofere judecăți. De altfel, cum se explică lipsa de interes pentru etică, spiritualitate și orientarea spre bunuri materiale. „Etica nu ne învață direct ceea ce urmează să se petreacă aici și acum, în situația dată, ci, în general arată cum este alcătuit ceea ce urmează în genere să se întâmple. Sunt posibile multe și diferite, care ar putea, în genere, să se petreacă. Nu se poate petrece însă în orice situație dată tot ce ar trebui în genere să aibă loc. Aici momentul, cu cerințele sale, menține spațiul de acțiune în cadrul a ceea ce ne învață conștiința etică. Etica creează o bază generală, pornind de la care actualul se

vede în mod obiectiv, ca din perspectivă. Sarcinile individului și sarcinile epocii sunt față de ea cu totul particulare. Față de amândouă, ea păstrează aceeași distanță, pentru ambele ea înseamnă ridicarea deasupra cazului, eliberarea de influența din afară, de sugestie, de falsificare, de fanatism. Etica... nu ne învață judecări gata făcute, ci însăși "judecarea". Tocmai în acest sens, etica își asumă întrebarea „ce trebuie să facem”. Ea nu determină, nu descrie, nu definește „ce” -ul propriu-zis al imperativului, însă dă criteriile după care acesta poate fi recunoscut” [15, p. 117].

În acest context, caracterul eticii practice pierde orice îndrăzneală. Ea nu se amestecă în conflictele vieții și în cele profesionale, nu dă nici un fel de prescripții, care să facă aluzie la aceasta, nu este un codex de dispoziții și interdicții, ca dreptul. Ea se orientează direct spre ceea ce este creator în om, spre ceea cum este condiția existențială a omului, care să se vadă în orice nou caz nou. Etica aplicată nu trebuie limitată doar la cazuistică, pentru că cu aceasta ar putea săucidă în om ceea ce trebuie să trezească și să devină: *creativitatea, spontaneitatea, contactul intern viu* al omului cu ceea ce trebuie să fie, cu ceea ce este valoros în sine. Aceasta nu este o renunțare la înalta sarcină a "practicului". Numai astfel ea poate să fie practică: în măsura în care arată, întreține și maturizează tot ce este practic în om, respectiv ceea ce este activ și apt pentru creație spirituală în el. Țelul eticii nu-l constituie punerea sub interdicție și închistarea omului într-o schemă, ci ridicarea lui la deplina maturitate și capacitate de răspundere [15, p. 117].

În concluzie, găsirea unui consens conceptual cu privire la vulnerabilitatea în activitatea medicală este puțin probabil, dar se cere o antrenare investițională continuă, deoarece survin noi forme și exteriorizări ale vulnerabilității, cu noi forme de îngrijire și protecție a subiecților implicați în actul terapeutic. Vulnerabilitatea poate fi interpretată ca o caracteristică a condiției umane, dar totodată și criteriu de evaluare morală a modalităților de respectare a cadrului normativ etic (etica virtuții, deontologia, etica consecinționistă, principismul bioetic) în îngrijirea clinică. Acestea marchează perspectivele bioeticii de a interveni în disputele actuale cu privire la multiplele manifestări ale vulnerabilității. Interpretarea etică a situațiilor vulnerabile privind lucrătorul medical va contribui la actualizarea conceptului vizat pentru activitatea medicală în ansamblu. Analiza tipurilor și gradului de vulnerabilitate

înaintea sarcina identificării nivelului vulnerabilității persoanei, precum și procesul atenuării acesteia. Discursul etic cu referire la relațiile terapeutice nu se bazează pe vulnerabilitatea în sine, ci pe sursa care cauzează vulnerabilitate.

Referințe bibliografice:

1. BANARI I., FEDERIUC V., ȘARGU E. Conceptul de vulnerabilitate în activitatea medicală. Sinteze bioetice. În: Sănătate publică, economie și management în medicină. Chișinău: 2020, vol. 5(87)/2020, p. 13-18. ISSN 2587-3873.
2. FINEMAN M.A. The vulnerable subject: anchoring equality in the human condition. În: Yale journal of law and feminism. 2008, vol. 20 (1), pp. 8–40. Disponibil pe: https://www.researchgate.net/publication/228137515_The_Vulnerable_Subject_Anchoring_Equality_in_the_Human_Condition (accesat februarie 2023).
3. FINEMAN M. A. Vulnerability in Law and Bioethics. În: Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 2019, vol. 30 (4), pp. 52-61. DOI: 10.1353/hpu.2019.0115 (accesat februarie 2023).
4. DELGADO R. The relevance of the ethics of vulnerability in bioethics. În: Les ateliers de l'éthique / The Ethics Forum. 2017, 12 (2-3), 154–179. <https://doi.org/10.7202/1051280ar>. (accesat februarie 2023).
5. CESTARI, VRF., MOREIRA, TMM., PESSOA VLMP., FLORENCIO, RS., SILVA, MRF., TORRES, RAM. The essence of care in health vulnerability: a Heideggerian construction. In: Revista Brasileira de Enfermagem REBEn. 2017, nr. 70 (5), pp. 1112-1116. [Thematic Edition “Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society”]. ISSN 1984-0446.
6. LUNA, F. Elucidating the Concept of Vulnerability: Layers not Labels. In: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics. 2009, nr. 2, pp. 121–139. ISSN 1937-4577.
7. HURST S. A. Vulnerability in research and health care; describing the elephant in the room? În: Bioethics. 2003, vol. 22 (4), pp. 191-202. (accesat februarie 2023).

8. BOLDT J. The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. În: Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine. 2019, vol. 14(6). Disponibil pe: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13010-019-0075-6#Bib1> (accesat iunie 2022).
9. HENK TEN HAVE. Vulnerability. Challenging bioethics. London and New York: Routledge is an imprint of the Taylor & Francis Group. 2016. 220 p. doi.org/10.4324/9781315624068 (accesat februarie 2023).
10. HOFFMASTER B. What Does Vulnerability Mean? În: The Hastings Center Report. 2006, vol. 36 (2), pp. 38-45. DOI: 10.1353/hcr.2006.0024 (accesat ianuarie 2023).
11. HURST S. A. Vulnerability in research and health care; describing the elephant in the room? În: Bioethics. 2003, vol. 22 (4), pp. 191-202. DOI: 10.1111/j.1467-8519.2008.00631.x (accesat februarie 2023).
12. MACKLIN R. Bioethics, Vulnerability and Protection. În: Bioethics, 2003, vol. 17 (5-6), pp. 472-486. DOI: 10.1111/1467-8519.00362. (accesat ianuarie 2023).
13. MEEK LANGE, M., ROGERS, W., DODDS, S. Vulnerability in research ethics: a way forward. In: Bioethics. 2013, Volume 27, nr. 6, pp 333–340. ISSN 1467-8519.
14. BANARI I. Îndrumări metodice la Bioetică. Chișinău: Print-Caro, 2022. 286 p. ISBN 978-9975-164-21-4.
15. Hartmann N. Vechea și noua ontologie și alte scrieri filosofice. București: Paideia, 1997. 205p. ISBN 973-9131-70-0.

Lucrarea a fost efectuată în cadrul proiectului:
 20.80009.8007.37 „Bolile cronice hepatice și pancreatice:
 aspecte nutriționale și chirurgicale”.