

Dorota Jołkiewicz

Etyczny wymiar globalnego rozprzestrzeniania się epidemii AIDS

Annales. Etyka w życiu gospodarczym 12/2, 55-64

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Etyczny wymiar globalnego rozprzestrzeniania się epidemii AIDS/HIV na świecie – zarys problemu¹

1. Globalny wymiar rozprzestrzeniania się epidemii AIDS/HIV na świecie

Jednym z bardziej popularnych pojęć używanych od lat dziewięćdziesiątych XX w., zarówno w myśli politycznej, ekonomicznej, jak i społecznej jest pojęcie globalizacji.

Globalizacja to proces przemian we wszystkich dziedzinach życia społeczno-gospodarczego, u podstaw których leży swobodna wymiana, bez barier granicznych, ludzi, towarów, usług, kapitału, technologii, jak również informacji, wiedzy czy idei². Globalizacja jest więc procesem wielowymiarowym, a co za tym idzie niesie z sobą wiele wyzwań, zysków, ale także wiele zagrożeń. Wszystkie te pozytywne jak i negatywne skutki procesu zacieraania się granic, zmniejszania się świata i gwałtownych przemian niemal we wszystkich sferach życia nie pozostają bez wpływu na zdrowie milionów ludzi na całym świecie. Z jednej strony dynamiczny rozwój gospodarczy krajów otwartych na globalizację i korzystających z profitów jakie proces ten z sobą niesie spowodował wzrost nakładów finansowych na ochronę zdrowia; z drugiej zaś globalizacja może sprzyjać rozprzestrzenianiu się chorób.

Wśród głównych przemian globalnych, które mają bezpośredni wpływ na zachowania zdrowotne oraz rzeczywisty stan zdrowia mieszkańców świata wymienić można m.in.: przemiany demograficzne (systematyczny wzrost liczby mieszkańców świata), zmiany struktury społecznej, sytuację ekologiczną, rozwój ekonomiczny, rozwój technologiczny oraz rosnącą sferę ubóstwa³. Wszystkie te czynniki leżą u podstaw transformacji epidemiologicznej czyli rozpoczętych na przełomie XX i XXI w. i nadal trwających przemian w strukturze chorób i przyczyn zgonów.

Według prognoz epidemiologów w przyszłości zagrożeniem będą, już dziś obecne w społeczeństwach wysokorozwiniętych, choroby cywilizacyjne, nowotwory, wypadki i urazy, a także nowe choroby zakaźne.

Typowym przykładem globalnego zagrożenia, nowej, przewlekłej, wyniszczającej i ciągle nieuleczalnej choroby zakaźnej, rozprzestrzeniającej się po całym świecie jest

¹ Praca własna numer: 502-16-824, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

² J. Leowski, *Procesy globalizacji a zagadnienia zdrowia publicznego*, [w:] J. Nosko (red.), *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i Polsce*, IMP, Łódź 2004, s. 97.

³ Tamże, s. 99.

AIDS (ang. *Acquired Immune Deficiency Syndrome* – zespół nabytego upośledzenia odporności; zespół chorobowy obejmujący wiele schorzeń zakaźnych i nowotworowych, rozwijających się na skutek postępującego uszkodzenia układu immunologicznego człowieka, wywołanego wirusem HIV – *Human Immunodeficiency Virus*).

Odkrycie wirusa HIV i wzrost zachorowalności na AIDS na początku lat osiemdziesiątych XX w. uzmysłowiło ludziom smutną prawdę, że choroby zakaźne nie zostały pokonane, a ich rejestr nie jest zamknięty. *Pojawienie się tej nowej choroby stało się dla społeczeństw zachodnich zaskoczeniem i wstrząsem*⁴ – ukazało bowiem kruchość głoszonych wówczas entuzjastycznego przekonania iż choroby zakaźne zostały całkowicie wyeliminowane, a przynajmniej raz na zawsze uwolniono od nich bogate społeczeństwa wysokorozwinięte. Wywołujący AIDS wirus HIV, prawdopodobnie przeniknął do populacji ludzkiej z małą żyjących na terenie Afryki⁵, szybko z Czarnego Łądu przeniósł się na inne kontynenty, a krajem, który zanotował największą liczbę zachorowań stały się bogate Stany Zjednoczone Ameryki Północnej. Okazało się więc, że podział na kraje wysokorozwinięte i kraje rozwijające się, centralne i peryferyjne, bogate i biedne mógł mieć zastosowanie w ekonomii, polityce czy gospodarce, ale nowa choroba rozprzestrzeniła się ponad granicami stając się chorobą globalną; *AIDS stał się szybko wydarzeniem światowym, dotyczącym nie tylko czarnych Afrykanów, ale białych przedstawicieli bogatych społeczeństw wysokorozwiniętych*⁶.

U progu XXI w. nadal nie udało się zahamować epidemii AIDS/HIV. Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia⁷ choroba AIDS zabiła już ponad 20 milionów osób na świecie. Szacuje się, że codziennie na świecie umiera na AIDS około 8 tysięcy osób. Jednocześnie alarmujące jest tempo przyrostu nowych zakażeń – każdego dnia wirusem HIV zakaża się około 7 tysięcy osób, statystyki podają, że co 10 sekund przybywa nowe zakażenie.

Raport Światowej Organizacji Zdrowia, dotyczący globalnego występowania HIV/AIDS, z 20 listopada 2007 szacuje, że w 2007 r. na świecie żyło 33,2 miliona osób chorych na AIDS, a 2,1 miliona osób zmarło. Najnowszy raport UNAIDS⁸ – agendy ONZ, zajmującej się AIDS, opublikowany 19 listopada 2007, potwierdził dane zebrane przez WHO. W raporcie tym dokonano również przeglądu danych epidemiologicznych dotyczących AIDS/HIV na świecie, prezentują się one następująco:

⁴ W. Magdzik, *Choroby zakaźne na przełomie wieków XX i XXI*, [w:] J. Nosko (red.), *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i Polsce*, IMP, Łódź 2004, s. 66.

⁵ V. Krawczyk-Wasilewska, *AIDS studium antropologiczne*, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2000, s. 7.

⁶ S. Sontag, *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1999, s. 170.

⁷ Dokument elektroniczny: <http://www.who.int/en/>

⁸ Dokument elektroniczny: <http://www.unaids.org/en/>

T a b e l a 1. Osoby zakażone wirusem HIV i zmarłe z powodu AIDS na świecie

Rejon Świata	Osoby zakażone wirusem HIV	Osoby zmarłe z powodu AIDS
Afryka Subsaharyjska	22,5 miliony	1,6 miliony
Azja Południowa i Południowo-Wschodnia	4 miliony	0,27 miliony
Ameryka Łacińska	1,6 miliony	58 tysięcy
Europa Wschodnia i Azja Centralna	1,6 miliony	55 tysięcy
Ameryka Północna	1,3 miliony	21 tysięcy
Azja Wschodnia	0,8 miliony	32 tysięcy
Europa Zachodnia i Środkowa	0,76 miliony	12 tysięcy
Afryka Północna i Środkowy Wschód	0,38 miliony	25 tysięcy
Karaiby	0,23 miliony	11 tysięcy
Oceania	75 tysięcy	1,2 tysięcy

Ź r ó d ł o: dokument elektroniczny: <http://www.unaids.org/en/>

Zaprezentowane statystyki jednoznacznie wskazują na to, że najwięcej osób zakażonych wirusem HIV żyje w najuboższych, zacofanych krajach afrykańskich.

2. Dylematy etyczne związane z rozprzestrzenianiem się epidemii AIDS/HIV na świecie

Każdy problem społeczny – także i ten związany z globalnym rozprzestrzenianiem się wirusa HIV i wzrostem zachowań na AIDS – można analizować w kontekście medycznym, ekonomicznym, prawnym i etyczno-moralnym. Wszystkie te aspekty są ważne i pozwalają całościowo scharakteryzować obraz epidemii AIDS/HIV na świecie. Poniżej skoncentruję się na najważniejszych dylematach etycznych związanych z „dumą XX w.”. Dylematy te opisać można w kilku podstawowych wymiarach – relacji między chorym na AIDS a społeczeństwem, ze szczególnym uwzględnieniem powinności profesjonalistów medycznych wobec osób dotkniętych AIDS i zakażonych wirusem HIV oraz nierówności w dostępie do nowoczesnych form terapii antywirusowej, mogącej zahamować rozwój epidemii AIDS/HIV na świecie.

2.1. Relacja między chorym na AIDS (zakażonym wirusem HIV) a społeczeństwem

Najważniejszy problem etyczny związany z pojawieniem się i rozprzestrzenianiem epidemii AIDS/HIV na świecie dotyczy relacji osób dotkniętych „dumą XX w.” ze społeczeństwem. Relacja ta może stwarzać tak wiele moralnych dylematów, między innymi dlatego, że opiera się na opozycji „my” (zdrowi) – „oni” (chorzy). Poza tym w relacje te wpisane są liczne sprzeczności.

Z jednej strony, na człowieku zakażonym wirusem HIV czy chorym na AIDS ciąży moralny obowiązek podejmowania wszelkich możliwych wysiłków w celu uniknięcia zarażenia innych. Troska osoby zakażonej wirusem HIV o bezpieczeństwo innych ludzi winna sprowadzać się m.in. do konieczności informowania o chorobie wszystkich tych, z którymi osoba ta przebywa i wystrzeganiu się takich zachowań, które mogą narażać osoby zdrowe na zakażenie się wirusem. *Ludzie świadomi swej zakaźności dla otoczenia nie powinni: uprawiać tzw. niebezpiecznego seksu, eksponować nieosłoniętych zranień i urazów skóry; zatajać swego zakażenia w kontaktach z służbą zdrowia; używać swych szczoteczek do zębów, maszynek do golenia, igieł i strzykawek; lekceważyć konieczności badań serologicznych we wczesnym okresie ciąży. W żadnym zaś wypadku nie powinni być dawcami krwi, tkanek i narządów*⁹.

Z drugiej strony, istnieją osoby dotknięte „dżumą XX w.”, które w sposób świadomy i celowy stwarzają zagrożenie dla społeczeństwa, podejmując takie zachowania, które przyczynią się do rozprzestrzeniania się epidemii (przypadek Simona Mola – Kameruńczyka, aresztowanego na początku 2007 r. w Warszawie pod zarzutem świadomego zarażenia licznych partnerek seksualnych wirusem HIV). Działania takie są oczywiście całkowicie nieetyczne, niemoralne, godne potępienia i ukarania, ale należy pamiętać również o tym, że człowiek zakażony wirusem HIV może nie zdawać sobie sprawy z własnego nosicielstwa i w ten sposób stać się zagrożeniem dla innych, zdrowych ludzi.

Jeszcze jeden etyczny wymiar funkcjonowania osób chorych na AIDS i zakażonych wirusem HIV w społeczeństwie wiąże się z faktem, iż ludzie ci nie wywiązują się z moralnego obowiązku informowania o swojej chorobie ponieważ boją się odrzucenia, nieakceptacji, a nawet skierowanej wobec nich agresji. Stają przed dramatycznym wyborem – chronić innych przed samym sobą i swoją chorobą czy chronić samego siebie przed nietolerancją i wrogością postawą innych ludzi.

Oczywiście nie tylko osoby dotknięte „dżumą XX w.” mają do spełnienia pewne powinności moralno-etyczne względem osób zdrowych. *W przypadku zetknięcia się z osobą chorą także na ludziach zdrowych ciąży moralny obowiązek, wynikający z przykazania miłości bliźniego, udzielenia choremu pomocy. Chorych na AIDS należy traktować w taki sam sposób, jak każdego człowieka cierpiącego na nieuleczalną chorobę. Nie do przyjęcia jest, by zarażeni wirusem HIV byli skazywani na izolację*¹⁰. Widoczna w społeczeństwie dyskryminacja osób dotkniętych „dżumą XX w.” stoi więc w wyraźnej opozycji wobec moralnego nakazu etyki chrześcijańskiej, która każe okazywać im szacunek, akceptację i pomoc. Jan Paweł II w swoim przemówieniu do uczestników międzynarodowej konferencji na temat AIDS, w listopadzie 1989 r., powiedział, że bez względu na specyfikę swojej choroby chorzy na AIDS mają, jak wszyscy inni chorzy, prawo do właściwej opieki, szacunku, zrozumienia i pełnej solidarności ze strony całej wspólnoty¹¹. Właściwym wydaje się postawienie pytania o przyczyny owej rozbieżności między tym co jest moralnym obowiązkiem ludzi zdrowych wobec ludzi chorych a obserwowanym stosunkiem przedstawicieli współczesnych społeczeństw do ludzi zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS.

Jednym z podstawowych powodów, dla których ludzie nie akceptują chorych na AIDS jest ich stereotypowe postrzeganie jako tych, którzy w swoim życiu podejmowali działania mogące wywołać chorobę. *Wiele osób traktuje chorobę AIDS jako konsekwencję niemoral-*

⁹ V. Krawczyk-Wasilewska, *op.cit.* s. 12.

¹⁰ A. Muszala (red.), *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007, s. 32.

¹¹ Tamże, s.33.

nego trybu życia i swoistą karę Bożą za grzechy rozwiązłości¹². W społeczeństwach kultury euro-amerykańskiej zachorować na AIDS oznaczało, i dla wielu nadal oznacza, zostać zdemaskowanym jako członek jednej z tzw. grup wysokiego ryzyka¹³ – homoseksualistów, narkomanów czy osób prostytuujących się.

Ponad to etyczny problem związany z odmawianiem osobom chorym na AIDS i zakażonych wirusem HIV praw należnych innym chorym – prawa do szacunku, pomocy, współczucia – wynikać może z lęku przed zakażeniem się wirusem HIV, a tym samym z nieznajomości dróg rozprzestrzeniania się choroby. Niewiedza i lęk przed zarażeniem, połączone z silną potrzebą izolacji – zdaniem Violetty Krawczyk-Wasilewskiej¹⁴, leżą u podstaw dyskryminującej postawy współczesnego społeczeństwa wobec osób dotkniętych „dżumą XX w.”, a jednocześnie odzwierciedlają historyczną ciągłość w traktowaniu trędowatych, zadżumionych i chorych wenerycznie.

Jak zostało to już wcześniej powiedziane, nietolerancja i stygmatyzacja chorych na AIDS bierze się przede wszystkim z niewiedzy. Wydaje się więc, że jedynym sposobem rozwiązania etycznego problemu, związanego z negatywnym stosunkiem ludzi zdrowych do osób chorych na AIDS i zakażonych wirusem HIV jest edukowanie społeczeństwa w kwestiach dotyczących dróg rozprzestrzeniania się wirusa oraz prowadzenie akcji profilaktycznych, mających na celu eliminowanie takich zachowań, które mogą sprzyjać zakażeniu się – np. ryzykownych zachowań seksualnych. *W odniesieniu do etycznych problemów związanych z rozprzestrzenianiem się epidemii AIDS istnieją dwa stanowiska: tzw. bezpiecznego seksu oraz absolutnej etyki seksualnej*¹⁵. Pierwszy z wymienionych modeli prewencji, polega na popularyzowaniu powszechnego stosowania prezerwatyw w kontaktach seksualnych oraz używania przez narkomanów sterylnych strzykawek. Model ten uważany jest przez przedstawicieli etyki chrześcijańskiej za niewystarczający, ponieważ może on jedynie zmniejszać zagrożenie zakażeniem się wirusem HIV, a nie go eliminować. Według nauki Kościoła katolickiego profilaktyka, prowadząca do zahamowania epidemii AIDS/HIV powinna propagować odrodzenie moralne i prowadzić do zmiany zachowań; *jedyną metodą zapewniającą pełną skuteczność w zapobieganiu zakażeniom wirusem HIV drogą kontaktów seksualnych jest wstrzemięźliwość płciowa młodzieży przed małżeństwem oraz czystość i wierność życia małżeńskiego*¹⁶.

Kolejny, bardzo ważny wymiar etycznych problemów związanych z funkcjonowaniem chorych na AIDS i nosicieli wirusa HIV we współczesnym społeczeństwie dotyczy relacji takich osób z przedstawicielami służby zdrowia.

Współczesna medycyna i jej przedstawiciele na co dzień stają przed etycznym dylematem wynikającym z nieustannego konfrontowania własnych lęków przed zakażeniem z obowiązkiem udzielenia każdemu pacjentowi wymaganej opieki medycznej. Badania pokazują, że nie wszyscy lekarze potrafili sprostać wyzwaniu, jakim było podjęcie interwencji medycznej u osoby dotkniętej „dżumą XX w.” *W pierwszej dekadzie epidemii miały miejsce skandaliczne i dobitne przykłady dyskryminacji ludzi z HIV/AIDS w ośrodkach*

¹² Tamże, s. 31.

¹³ L. Ratkowska, *Wszędzie, ale nie tu...czyli kulturowe oblicze AIDS*, [w:] B. Płonka-Syroka, T. Srogosz (red.), *Zdrowie i choroba jako problem polityczny i społeczny. Medycyna w kontekście działań państwa*, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2005, s. 189.

¹⁴ V. Krawczyk-Wasilewska, *op.cit.*, s. 56.

¹⁵ A. Muszala (red.), *op.cit.*, s. 31.

¹⁶ Tamże, s. 32.

zdrowia. Składały się na nie odmowa świadczenia medycznego, unikanie bądź ignorowanie pacjentów i czynienie nieprzychylnych uwag. Liczba tych incydentów malała w miarę jak personel medyczny powiększał swoją wiedzę i doświadczenia w sprawowaniu opieki nad chorymi a HIV/AIDS. Jednakże nadal zdarzają się przypadki niewłaściwego traktowania ludzi z HIV/AIDS¹⁷.

Osoby zakażone wirusem HIV, do których dotarła J. Wojciechowska, podkreślały, że niemal każdemu z nich zdarzyło się doświadczyć odmowy udzielenia pomocy medycznej – zwłaszcza w gabinetach stomatologicznych. Dla większości takich osób nieuzyskanie pomocy medycznej było zdarzeniem upokarzającym, a jednocześnie utwierdzającym je w przekonaniu, że w kontaktach z służbą zdrowia nie zawsze warto być uczciwym i rzetelnie informować o własnej chorobie. Nosiciele wirusa HIV i chorzy na AIDS nie chcą ujawniać prawdy o stanie własnego zdrowia w placówkach służby zdrowia nie tylko dlatego, że boją się dyskryminacji i tego, że nie otrzymają potrzebnej pomocy. Ich obawy koncentrują się także wokół problemu zachowywania tajemnicy lekarskiej. *Ujawnienie statusu HIV ma ciągle wiele konsekwencji dla ludzi z HIV/AIDS i ich rodzin. Dla bezpieczeństwa i spokoju ludzi żyjących z HIV/AIDS zasadniczą sprawą jest to, że muszą się oni mieć stale na baczności przed ujawnieniem ich statusu – muszą zatem być pewni poufności swoich danych chorobowych w ośrodkach zdrowia*¹⁸.

Aby rozwiązać dylematy etyczne widoczne w relacji chory na AIDS, zakażony wirusem HIV – służba zdrowia, konieczne jest więc obustronne zaufanie i przestrzeganie zasad. Chory nie może zatajać swego zakażenia przed lekarzami i pielęgniarkami; zaś od profesjonalistów medycznych należy oczekiwać, że udzielą oni takiemu pacjentowi wszelkiej możliwej pomocy, z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności (używanie rękawiczek, jednorazowych strzykawek, sterylizacja sprzętu medycznego) oraz przestrzeganiem praw i interesów pacjenta (prawo do intymności, godności, szacunku, zachowania tajemnicy lekarskiej).

Przestrzeganie elementarnych zasad higieny przez przedstawicieli służby zdrowia jest nie tylko ich moralnym obowiązkiem wobec samych siebie i chorych na AIDS, ale również – a może nawet przede wszystkim – wobec całego społeczeństwa. Zawsze w sytuacji gdy profesjonalście medyczni będą nieść pomoc swoim pacjentom, zapominając o podstawowych zasadach higieny, dezynfekcji czy sterylizacji, może dojść do zakażenia wirusem. Stosowanie jednorazowych igieł i strzykawek, każdorazowa sterylizacja używanych narzędzi medycznych, dokładne badanie krwi przeznaczonej do transfuzji i produkcji preparatów krwiopochodnych jest jednym z podstawowych i najważniejszych czynników zmniejszających ryzyko jatrogennego rozprzestrzeniania się wirusa HIV.

Mówiąc o dylematach etyczno-moralnych, związanych z funkcjonowaniem chorych na AIDS i zakażonych wirusem HIV w społeczeństwie należy także zwrócić uwagę na problem sytuacji ekonomicznej takich osób, która bardzo często ulega pogorszeniu. Z jednej strony pozytywny wynik testu na obecność wirusa HIV zmusza jednostkę na wydatkowanie coraz większych funduszy na terapię opóźniającą przejście zakażenia HIV w śmiertelną fazę AIDS. Z drugiej strony jednostka taka staje przed dylematem ujawnienia bądź nie prawdy o stanie zdrowia przed pracodawcą i zmierzeniem się ze zjawiskiem dyskryminacji w miejscu pracy. *Pracodawca często ma za złe pracownikowi żyjącemu z HIV liczne absencje chorobowe albo też okresy obniżonej wydajności pracy. Reakcją pracodawcy jest naj-*

¹⁷ J. Wojciechowska, *Stygmat i dyskryminacja jako trzecia faza epidemii HIV/AIDS*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2005, s. 108.

¹⁸ Tamże, s. 111.

częściej zwolnienie pracownika lub przesunięcie go na gorsze stanowisko [...]. Często stan zdrowia chorego na HIV/AIDS zmusza go do porzucenia pracy. W sondażu przeprowadzonym w latach 1996/1997 ponad połowa badanych żyjących z HIV (56,2%) musiała porzucić pracę lub naukę. Utrata źródła zarobkowania pogarsza w zdecydowany sposób możliwość dbania o swoje zdrowie¹⁹.

2.2. Globalny wymiar rozprzestrzeniania się AIDS/HIV na świecie a nierówności w sferze zdrowia i choroby

Jak zostało to już wcześniej powiedziane globalizacja przyniosła z sobą wiele wyzwań i zagrożeń, które nie pozostały bez wpływu na zdrowie członków współczesnych społeczeństw. Z jednej strony pojawiły się nowe choroby, które szybko przybrały zasięg globalnych epidemii (np. AIDS); z drugiej zaś globalny wymiar rozprzestrzeniania się chorób cywilizacyjnych i zakaźnych oraz próby ich wyeliminowania odśloniły olbrzymią skalę nierówności w sferze zdrowia.

Najistotniejszy problem dotyczący nierówności związanych z globalnym wymiarem rozprzestrzeniania się epidemii AIDS/HIV na świecie dotyczy kwestii walki z chorobą i badań nad skuteczną terapią.

Światowa Organizacja Zdrowia informuje, iż w ciągu ostatnich lat naukowcy wynaleźli ponad 35 leków antywirusowych, które są w stanie znacznie opóźnić rozwój choroby²⁰. Jest to bez wątpienia informacja dająca nadzieję na uporanie się z „dumą XX w.”, należy jednak pamiętać, że właśnie kwestia stosowania leków mogących zahamować rozwój wirusa HIV jest obecnie jednym z najważniejszych dylematów etyczno-moralnych – o tym kto może się leczyć decydują dziś bowiem przede wszystkim czynniki ekonomiczne. Odkrycia naukowców i nowe metody leczenia dały szansę zahamowania epidemii AIDS i przedłużenia życia osobom zakażonym wirusem HIV, ale tylko bogatym mieszkańcom krajów wysokorozwiniętych. Pierwsza terapia powstrzymująca rozwój wirusa HIV (AZT) kosztowała rocznie, dla jednej zakażonej osoby, 15 tys. dolarów. Koniec lat dziewięćdziesiątych przyniósł falę protestów, nacisków i apeli światowej prasy oraz organizacji pozarządowych (m.in. *Lekarze bez Granic*), mających na celu obniżenie kosztów produkcji leków antywirusowych, skierowanych przeciwko koncernom farmaceutycznym. Działania te, a także opublikowany w 1999 r. raport CIA, w którym po raz pierwszy wprost pojawiło się ostrzeżenie, że wirus HIV może zagrażać bezpieczeństwu Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej okazały się skuteczne. W 2001 r. firmy farmaceutyczne obniżyły ceny leków zatrzymujących rozwój wirusa HIV dla biednych krajów o 80%. Według danych WHO roczny koszt leczenia jednej osoby chorej na AIDS wynosi obecnie – minimum – 304 dolary. Niestety cena ta ciągle jest zbyt wysoka. Specjaliści szacują, że aby biedne kraje było stać na skuteczną walkę z epidemią cena musi spaść do 200 dolarów rocznie za kurację²¹. Producenci leków nie mogą jednak jeszcze bardziej obniżyć kosztów, jedną szansą jest więc finansowa pomoc dla krajów rozwijających się, obejmująca nie tylko dofinansowanie tera-

¹⁹ Tamże, s. 17, 104.

²⁰ A. Leszczyński, *AIDS. Epidemia w RPA i wojna o tanie leki*, „Gazeta Wyborcza” 2001, 13.04.

²¹ Tamże, s. 5.

pii antywirusowej, ale również działania profilaktyczne. Bez takiej pomocy AIDS – mimo dokonań naukowców – jest nadal epidemią, która może zagrażać światu!

Kraje wysokorozwinięte pomimo znacznych nakładów przeznaczonych na profilaktykę AIDS i dużych, przynoszących pierwsze sukcesy, inwestycji badawczych mających na celu zahamowanie rozprzestrzeniania się wirusa HIV dotyczą jedynie przysłowiowego „czubka góry lodowej” i oddalają się od znalezienia skutecznego antidotum przeciwko tej chorobie.

Ponad 5 milionów osób dotkniętych wirusem HIV i chorych na AIDS, wymagających natychmiastowej pomocy medycznej, żyje w najbiedniejszych krajach świata – w Afryce, w Azji, w krajach Ameryki Łacińskiej i na Karaibach. Gospodarka i służba zdrowia takich państw nie udźwignie kosztów związanych z leczeniem i zapobieganiem AIDS na swoim terytorium. Także kraje Europy Wschodniej – Rosja, Ukraina, Białoruś, Estonia, w których obecnie odnotowuje się ponad 90% nowych przypadków zakażeń wirusem HIV, nie mają funduszy na walkę z epidemią i finansowanie terapii antywirusowej dla osób jej potrzebujących (na Ukrainie na kilkuset zakażonych leki zażywa tylko 16 osób, w Estonii i na Białorusi nie dostaje ich nikt)²².

Przedstawiony obraz prezentuje mało optymistyczną wizję przyszłości i wskazuje na konieczność globalnej walki z AIDS. Warto zauważyć, że postulat zjednoczenia wysiłków całego świata w walce z AIDS został po raz pierwszy ogłoszony dwadzieścia lat temu, na Czwartej Międzynarodowej Konferencji w sprawie AIDS, której głównym tematem był globalny charakter kryzysu (Sztokholm, czerwiec 1988). Mottem tego postulatu mogą stać się słowa wypowiedziane podczas tej konferencji przez dr Williego Rozenbauma, francuskiego specjalistę ds. AIDS: *AIDS to epidemia o zasięgu światowym i nie oszczędzi żadnego kontynentu, nie można jej opanować na Zachodzie, jeżeli nie uda się jej opanować wszędzie*. Na tej samej konferencji dr Halfdan Mahler, były szef Światowej Organizacji Zdrowia AIDS dodał: *nie sposób powstrzymać w jakimkolwiek kraju, nie powstrzymując go we wszystkich krajach*²³.

Postulat globalnej walki z AIDS – związany z koniecznością wyrównywania poziomu cywilizacyjnego i ekonomicznego wszystkich rejonów świata, z pomocą dla państw rozwijających się, o niskich dochodach narodowych, wyrażonych w produkcie krajowym brutto – pozostał w dużej mierze poglądem teoretycznym, pozostającym w sprzeczności z założeniami globalizacji wykluczającej.

Globalizacja, wyrastająca z teorii rozwoju zależnego, opiera się na asymetrii zależności między krajami bogatymi a biednymi. Skutki tej asymetrycznej zależności pogłębiają przepaść pomiędzy krajami rozwiniętymi i rozwijającymi się. Kraje rozwinięte po zaniżonych cenach skupują od krajów peryferyjnych surowce naturalne, lokują swój przemysł w krajach peryferyjnych, szukając tam taniej siły roboczej i miejsca na składowanie odpadów technologicznych. Przeciwnicy globalizacji gospodarki zauważają, że taka strategia tylko teoretycznie likwiduje ubóstwo w tzw. Krajach Trzeciego Świata. W rzeczywistości nie prowadzi do wyrównywania się dystansów między krajami, ale raczej pogłębia nierówności w każdej sferze życia. Z tego punktu widzenia poglądy antyglobalistów, krytykujących globalizację jako proces wywołujący *pogłębiające się rozwarstwienie pomiędzy bogatymi i biednymi, zarówno wewnątrz poszczególnych krajów, jak i pomiędzy nimi*²⁴, są słuszne. Antyglobaliści przypominają, że utrzymywanie takich asymetrii jest dla bogatych krajów Zachodu korzystne – oznacza bowiem tanią siłę roboczą, tanie surowce materialne,

²² R. Ciemięga, E. Stasiuk, *AIDS nie daje o sobie zapomnieć*, „Samo Zdrowie” 2005, 01.02.

²³ S. Sontag, *op.cit.*, s. 178.

²⁴ J. Leowski, *op.cit.*, s. 99.

a także rynki zbytu. Stawiają również ważne pytania, dotyczące kwestii etycznych – czy utrzymywanie takich dysproporcji jest korzystne dla zdrowia obywateli społeczeństw wysokorozwiniętych? Czy to, co dziś niesie z sobą profity materialne będzie korzystne w dłuższej perspektywie? Czy utrzymywanie ekonomiczno-społecznej asymetrii, wywołującej m.in. nierówności w sferze zdrowia nie zaowocuje w przyszłości wzrostem wydatków na zdrowie także w krajach wysokorozwiniętych?

Skala obserwowanej obecnie polaryzacji świata w sferze zdrowia jest ogromna. Światowa Organizacja Zdrowia alarmuje, że obecna sytuacja, w której 16% ludności globu konsumuje blisko 90% ogółu funduszy wydatkowanych na zdrowie²⁵ jest niebezpieczna i z pewnością nie doprowadzi do spadku zachorowalności i umieralności na AIDS. Tym bardziej, że w kwestii stosowania leków hamujących rozwój wirusa HIV widoczny jest ten sam paradoks – dostępna terapia antywirusowa ratuje życie mieszkańcom bogatej północy, a 95% chorych na AIDS żyje w krajach biednego południa.

Orędzie papieża Jana Pawła II na XIII Światowy Dzień Chorego w 2005 r., wyraźnie wskazywało na to, że problem epidemii AIDS i nierówności w sferze zdrowia jest ciągle aktualny i ma znaczenie dla przyszłości losów świata. Ojciec Święty poświęcił swoje orędzie jednej chorobie i jednemu kontynentowi – tą chorobą jest AIDS, a kontynentem Afryka. Zwrócił się w nim do rządzących, do organizacji międzynarodowych, firm farmaceutycznych, naukowców, pracowników służby zdrowi, duszpasterzy, zwłaszcza do biskupów, wskazując im, jakie działania mogą i powinni podjąć w ogólnoswiatowej kampanii przeciw AIDS.²⁶ Tylko taka międzynarodowa współpraca może przynieść zwycięstwo w walce z ciągle nieuleczalną chorobą. Bogate kraje dążąc do uwolnienia się od zagrożenia jakim jest AIDS muszą myśleć o powstrzymaniu rozprzestrzeniania się epidemii AIDS/HIV nie tylko na swoich terytoriach, ale także w krajach biedniejszych, rozwijających się.

Postulat z przeszłości, ogłoszony w 1988, jest więc również postulatem na przyszłość. Konieczność globalnej walki z AIDS, zwiększenie nakładów na profilaktykę i terapię antywirusową w krajach najbiedniejszych jest ciągle aktualnym wyzwaniem dla krajów najbogatszych.

3. Podsumowanie

Mówiąc o globalnym rozprzestrzenianiu się AIDS/HIV używa się dwóch terminów – epidemia i pandemia; *Zjawisko epidemii dotyczy chorób przebiegających w sposób gwałtowny i rozprzestrzeniających się wśród znacznej części populacji. Z kolei pandemią określa się te epidemie, które swym zasięgiem obejmują wielkie obszary, regiony, a nawet kontynenty*²⁷. Zdefiniowanie tych terminów jest zasadne, ponieważ właśnie owa powszechność choroby AIDS, fakt iż dotyka ona dużej liczby osób i występuje w różnych rejonach świat łączy u podstaw wyróżnionych przeze mnie dylematów etyczno-moralnych.

W swoim wystąpieniu starałam się opisać, najważniejsze według mnie, etyczne problemy związane z globalnym rozprzestrzenianiu się AIDS/HIV na świecie. Podjęłam również próbę przybliżenia ewentualnych rozwiązań tych problemów – znalezienia sposobów na poprawienie

²⁵ Tamże, s. 102.

²⁶ Orędzie Jana Pawła II, *Chrystus nadzieją dla Afryki*, „Nasz Dziennik” 2005, 12.02.

²⁷ V. Krawczyk-Wasilewska, *op.cit.*, s. 44.

relacji osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS ze społeczeństwem oraz zacierania widocznych dysproporcji w sferze zdrowia, przejawiających się m.in. w nierównym dostępie do terapii opóźniającej przekształcenia się wirusa HIV w śmiertelną chorobę.

Podsumowując moje rozważania mogę powiedzieć, iż zdecydowanie łatwiej jest znaleźć propozycje działań mających poprawić jakość kontaktów osób dotkniętych AIDS/HIV ze zdrowymi ludźmi. Działania te powinny skupiać się wokół edukacji i profilaktyki; *Przybliżenie społeczeństwu dróg możliwego zakażenia się wirusem HIV jest niezwykle ważne. Z jednej strony, znajomość dróg zakażenia się wirusem jest podstawą wszelkich działań prewencyjnych. Z drugiej strony, rozwiewa wszelkie mity, co do możliwości zakażenia się wirusem w typowych sytuacjach dnia codziennego: w domu, w pracy, w miejscach publicznych. Nieznajomość dróg zakażenia jest przyczyną wielu praktyk stygmatyzujących i dyskryminujących osoby żyjące z HIV/AIDS*²⁸. Im większa wiedza społeczeństwa w kwestiach dotyczących rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem HIV, im większa świadomość społeczna, że ludzie chorzy na AIDS to nie tylko narkomani, homoseksualiści i osobyprostituujące się – tym większa są szanse na rozwiązanie palącej kwestii lęku, braku zaufania i nietolerancji w relacjach ludzi dotkniętych „dżumą XX w.” ze społeczeństwem.

Dużo trudniej jest wyróżnić efektywne sposoby rozwiązania dylematów etycznych dotyczących nierówności w dostępie do nowoczesnych form terapii antywirusowej. Jasne jest, że kres epidemii może przynieść tylko współdziałanie wszystkich krajów świata i finansowa pomoc dla krajów najbardziej potrzebujących. Od wielu lat wiadomo, iż pogłębianie się nierówności w dostępie do nowoczesnych form leczenia i profilaktyki antywirusowej oddala współczesne społeczeństwa od ostatecznego pokonania choroby AIDS. Niestety jednak ciągle trudno jest zrealizować w praktyce postulat konieczności globalnej walki z epidemią HIV/AIDS.

The Ethical Dimension of AIDS/HIV Outspreading in the World – Problem's Outline

Summary

AIDS is an example of the global threat. In my article I would like to present the most important ethical dilemmas related to global outspreading of AIDS/HIV epidemic in the world and also make an attempt of finding a possible solution.

I assume that the dilemmas could be described in three basic dimensions:

The first discussed ethical problem is related to treating sick people by the healthy people. We observe the discrimination of people suffering from AIDS/HIV and it stands in opposition to Christianity and Church which commands to accept sick people, to respect and help them.

The second discussed aspect concerns ethical challenges that modern medicine must face regarding the outspread of AIDS and HIV. On one hand, medical staff who have contact with blood must incessantly confront their fear of infection with duty of helping people and providing medical care. On the other hand, medical professionals may encounter the moral dilemma how to keep medical records in secret and protect interests of people who are exposed to infection.

The last important ethical dimension of global AIDS epidemic and other civilisation illnesses, which has been recently observed, is the polarization of the world in the field of health.

Key words: *AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), HIV infection, globalization, ethical dilemma*

²⁸ J. Wojciechowska, *op.cit.*, s. 18.