Posthumanism and the New Ethics of Medical Practice— Epidemiology as the New Deontological Paradigm

[Postumanul și noua abordare în
practica medicală—Epidemiologia
ca paradigmă deontologică]

Timea VITAN¹

¹Resident doctor, University of Medicine and
Pharmacy “Carol Davila” Bucharest,
Romania, jarcatimea@gmail.com

Abstract: *In the context of the COVID19 pandemic, during last year all public attention has been focused on Medicine. Epidemiology is no longer just one medical specialty among many others, but became the main paradigm and the unique background of medical science. The individual patient has turned into the collective patient. Medical policies are not centered on the patient anymore, but on its social group.*

In this article I will try to show how the characteristics of medical practice changed since the pandemic began and which are the deontological implications of such changes. With a short introduction on the medical policies proposed by the WHO during the last decades, I wish to underline the recent history of medical practice and its obvious turning point occasioned by the pandemic. Once the new bioethical vantage points are set, I wonder to which extent posthumanist philosophy foresaw this new deontological paradigm. Having Rosi Braidotti's “The Posthuman” as my starting point, I maintain that medical doctors no longer practice on a humanist background, but with a sort of commitment that goes beyond the individual. However, this is not an antihumanist pledge, because contemporary medical doctors still adhere to certain humanist principles.

As it so often happens, we will be left with even more questions. If the patient is no longer the individual, but the group of individuals, which is the nature of a symptom and how should we decipher its meaning? How would a new medical science look like if we are to build it not on a human but on a posthuman biology?

Keywords: *epidemiology, deontology, COVID-19, posthumanism, bioethics.*

How to cite: Vitán, T. (2021). Posthumanism and the New Ethics of Medical Practice—Epidemiology as the New Deontological Paradigm. *Journal for Social Media Inquiry*, 3(1), 106-118.

<https://doi.org/10.18662/jsmi/3.1/20>

Introducere

1.1. Clinicianul, între pacient și societate

Când pandemia de COVID-19 a izbucnit la începutul anului 2020, Planeta a intrat, în primul rând, într-o adevărată criză politică și socială. Problema inițială a fost, într-adevăr, una de ordin medical (sau, mai exact, de ordin biologic—infectarea pacientului zero cu noua formă de Coronavirus), iar efectele financiare ale pandemiei sunt încă în fața noastră. Dar dacă omenirea a mai trecut prin epidemii, și dacă crizele financiare au o oarecare ciclicitate, dimensiunile actuale ale populației umane, precum și strânsele interconexiuni existente azi între oamenii de la diferite capete ale Planetei, sunt cu siguranță aspecte despre care istoria nu a mai vorbit până acum. Dacă o epidemie este nu o boală a individului, ci a grupului de indivizi, atunci anul 2020 a obligat omenirea să se confrunte cu acest tip de boală într-un context nemaîntâlnit până acum—peste 7 milioane de indivizi care dispun de o tehnologie ce le permite să fie în permanență în contact unii cu alții. Deloc surprinzător, medicii clinicieni au fost primii care au simțit presiunea acestei crize. Un anumit aspect al experienței clinicianului pe timpul pandemiei ne va interesa în cele ce urmează: dilema de ordin moral, pe care mulți practicieni au trăit-o și, am putea spune, chiar manifestat-o, ridicată de întrebarea dacă angajamentul medicului este față de pacient, sau față de grupul social din care acesta provine? În contextul unei situații noi, despre care știința ne poate spune deocamdată prea puține, care este scopul actului medical, respectiv cum se poate rezolva scindarea lui între liberul arbitru al pacientului individual și binele comun al populației din care acesta face parte? Mergând mai departe cu interogațiile de natură bioetică, vom încerca să vedem care a fost rolul filosofiei în această discuției și, eventual, care ar putea fi liniile indicatoare sugerate de ea pe mai departe.

Spuneam mai sus că epidemiile sunt boli ale grupului de indivizi. Medicina este însă știința care studiază omul. Pentru a rezolva problemele etice trebuie deci să ne canalizăm puțin atenția asupra celor de natură epistemologică. Un posibil punct de plecare este noua teorie a subiectivității așa cum a fost expusă de Rosi Braidotti în cartea sa *Postumanul* (Braidotti, 2016). Un lucru pe care pandemia de COVID-19 ni l-a demonstrat este că nu mai putem vorbi într-o paradigmă antropocentrică, nici măcar în medicină. Odată privit ca grup de indivizi, omul își pierde statutul special în cadrul viziunii despre lume, iar strânsa sa dependență de toți ceilalți actori sociali devine evidentă. Virusul nu mai este doar un celălalt, un obstacol pe care omenirea trebuie să îl depășească, ci este o entitate de sine stătătoare, cu

la fel de multă autoritate precum omul. Așa cum pare să indice și filosofia postumanului, dacă vrem să continuăm să înțelegem, trebuie să-l integrăm pe acest *celălalt*, să trecem dincolo de noi înșine, să privim viața—în orice formă a ei—ca pe un mare organism unic. Și totuși, care este linia de start a medicului în această discuție?

1.2. Jurământul lui Hippocrate și codurile deontologice

Împ de aproape 2300 de ani toate principiile eticii medicale au avut la bază *Jurământul lui Hippocrate*. Menționat pentru prima dată în jurul anului 275 î. Hr. de către medicul grec Hippocrates din Kos, în forma lui actuală, adoptată de Asociația Medicală Mondială în cadrul *Declarației de la Geneva* în 1975, el sună în felul următor:

„Odată admis printre membrii profesiei de medic:

Mă angajez solemn să-mi consacru viața în slujba umanității;

- Voi păstra profesorilor mei respectul și recunoștința care le sunt datorate;
- Voi exercita profesiunea cu conștiință și demnitate;
- Sănătatea pacienților va fi pentru mine obligație sacră;
- Voi păstra secretele încredințate de pacienți chiar și după decesul acestora;
- Voi menține prin toate mijloacele onoarea și nobila tradiție a profesiei de medic;
- Colegii mei vor fi frații mei;
- Nu voi îngădui să se interpună între datoria mea și pacient considerații de naționalitate, rasă, religie, partid sau stare socială;
- Voi păstra respectul deplin pentru viața umană de la începuturile sale chiar sub amenințare și nu voi utiliza cunoștințele mele medicale contrar legilor umanității.

Fac acest jurământ în mod solemn, liber, pe onoare.” (Ioniță, 2016).

Trasând câteva reguli foarte generale, și de altfel atât de cunoscute încât ne par în ziua de azi banale, jurământul are totuși două puncte ce apar problematice în contextul unei epidemii—principiul confidențialității, respectiv cel al nondiscriminării. Primul devine problematic pentru că epidemia este, prin definiție, o problemă de sănătate publică, iar principiul nondiscriminării ridică pe de o parte problema liberului arbitru al pacientului, iar pe de altă parte problema naturii cunoașterii medicale, cunoaștere care, cel puțin în primele luni ale pandemiei, s-a dovedit a fi mai degrabă una speculativă, și nu o certitudine—așa încât atitudinea față de manifestările și măsurile luate în pandemie a fost, inevitabil, dependentă de credințele și adeziunile personale ale fiecăruia, indiferent că vorbim despre medici sau

pacienți. Încă un aspect important legat de *Jurământul lui Hippocrate* și relevant pentru discuția de față este caracterul lui secular, umanist. Fără să facă trimitere la autorități metafizice și fără să considere omul ca simplu element al mediului din care provine, e lesne de înțeles de ce acest jurământ a existat și a evoluat de-a lungul timpului într-o simbioză perfectă cu principalele curente filozofice, politice și culturale ale Occidentului (Târcoveanu et al., 2013).

Datorită complexității lumii contemporane acest jurământ este insuficient pentru a asigura o practică medicală corectă. Aș îndrăzni să spun că *Jurământul lui Hippocrate* a devenit în mod definitiv lacunar pentru deontologia medicală odată cu stabilirea epidemiologiei ca domeniu clinic și de cercetare, bineînțeles în cadrul mai larg al științei medicale. Totuși, chiar și înaintea pandemiei, clinicianul avea la dispoziție coduri deontologice pentru îndreptarea și cizelarea actului medical. Dintre acestea mai reprezentative ni s-au părut *Codul Deontologic al Colegiului Medicilor din România*, respectiv *Code of Professional Conduct for Case Managers* folosit în Statele Unite ale Americii. Începând cu codul valabil în țara noastră, redăm mai jos acele articole care ni s-au părut mai relevante în acest context:

„Art. 9 Medicul are independență profesională absolută, libertatea absolută a prescripțiilor și actelor medicale pe care le consideră necesare, în limitele competenței sale, și este răspunzător pentru acestea. În cazul limitării prin constrângeri administrative și/sau economice a independenței sale, medicul nu este răspunzător.

Art. 14 Secretul profesional este obligatoriu, cu excepția situațiilor prevăzute de lege.

Art. 16.-Secretul profesional trebuie păstrat și față de aparținători, dacă pacientul nu dorește altfel.

Art. 17.-Secretul profesional trebuie păstrat față de colegi, cadre sanitare și instituțiile medicale care nu sunt implicate în actul medical al pacientului în cauză.

Art. 39.-Medicul nu poate face reclamă unor medicamente sau bunuri medicale de consum

Art. 49.-Medicul trebuie să respecte dreptul persoanei în privința opțiunii libere asupra medicului său curant și chiar să faciliteze această posibilitate.

Art. 70.-Medicul are obligația morală de a aduce la cunoștință organelor competente orice situație de care află și care reprezintă un pericol pentru sănătatea publică.

Art. 91.-În cercetarea pe subiecți umani, binele individului primează asupra binelui societății în general și al științei.”(Codul Deontologic al Colegiului Medicilor din România, 2016)

Observăm că în afara Art. 70, care se referă la sănătatea publică, toate celelalte articole de mai sus au fost, într-o mai mare sau mai mică măsură, încălcate în practica clinică din timpul pandemiei: medicul nu a putut fi independent în acțiunile sale și răspunzător pentru acestea pentru simplul fapt că pandemia este ceva atât de nou încât clinicianul nu are informația necesară; secretul profesional față de pacient nu are niciun loc în probleme de sănătate publică; vaccinul este un bun medical de consum; carantina este o măsură de limitare a libertății; rapida apariție a vaccinului împotriva COVID-19 a avut ca motivație principală efectele nefaste ale pandemiei, mai degrabă decât eficiența terapeutică a noilor tehnologii folosite. Toate aceste fapte indică nevoia acută de a reconsidera paradigmele bioeticii și în special poziția subiectivității clinicianului în ziua de azi.

În legătură cu principalele principii deontologice avute în vedere în spațiul anglo-saxon, ele sunt patru la număr și pot fi rezumate astfel:

- Principiul autonomiei – orice pacient are libertate absolută în ceea ce privește sănătatea personală, tratamentele, investigațiile și intervențiile medicale la care este supus (Drumwright, 2015, pp. 431–58).

- Principiul binefacerii – practicianul oferă îngrijire în interesul pacientului. Acest principiu ridică problema determinărilor subiective și obiective, a raportului între avantajele și dezavantajele unei intervenții. O decizie binefăcătoare este obiectivă dacă ea este aceeași indiferent cine e agentul decizional (Drumwright, 2015, pp. 431–58).

- Principiul *primum non nocere* – actul medical nu trebuie sub nicio formă să dăuneze (Drumwright, 2015, pp. 431–58).

- Principiul justiției – dacă principiile etice hippocratice erau strict legate de relația individuală dintre clinician și pacient, etica medicală în ziua de azi trebuie extinsă dincolo de individ, la nivel instituțional și social. Principiul justiției are două aspecte: cel distributiv și cel comparativ. Primul se referă la distribuirea echitabilă a resurselor, cel de-al doilea privește tratamentul individualizat în funcție de particularitățile pacientului. După cum vedem, aici este punctul principal de separare între vechile valori și realitatea actului medical contemporan (Drumwright, 2015, pp. 431–58).

2. Schimbarea de paradigmă

2.1 Epidemiologia și tandemul său cu filosofia

Dacă umanismul, înțeles aici ca acel curent filosofic care pune în centrul său ființa umană, și-a găsit apogeul undeva pe la jumătatea secolului XIX și a început să fie contestat, așa cum arată Braidotti (2016, p. 27), în special după Cel De-al Doilea Război Mondial, ne-am întrebat când au început medicii să vadă omul nu doar ca un subiect izolat, ci ca parte dintr-un organism mai larg. La fel ca în filosofie, istoria acestei ramuri începe cu termenii din Grecia Antică—endemie (însemnând boală ce apare doar într-un anumit spațiu) și epidemie (adică boală ce apare doar într-o anumită perioadă de timp). Cum spuneam și la începutul articolului, pandemia (o boală care să fie peste tot într-o perioadă dată) cu care ne confruntăm este, fără îndoială, primul fenomen din genul său. Epidemiile de ciumă și holeră din epoca modernă au făcut deja subiectul multor cărți și tratate, unele dintre ele căutând explicații și soluții de natură teologică, altele având o viziune empirică și propunând rezolvări care încă sunt de actualitate (igiena corespunzătoare, carantinarea și izolarea, etc.). Îndrăznim să vorbim despre un tandem între epidemiologie și filosofie pentru că, încă din secolul XVI, când Quinto Tiberio Angelero propunea cele 57 de reguli de igienă și carantinare (Gorvett, 2021), a putut fi observată importanța curentului filosofic prevalent la acea dată—regulile lui Angelero au fost puternic contestate pentru că boala masei de oameni era considerată o pedeapsă venită de la Dumnezeu, astfel încât ciuma s-a extins, marcând parcursul istoric al erelor următoare. În secolul XIX, epidemia de holeră a ocazionat apariția epidemiologiei ca știință, John Snow fiind cel care a trasat principiile și metodologia acestui domeniu (Brundtland, 1998).

Dar până în acest punct vorbim doar despre corelații istorice între diverse fenomene biologice și curentele cultural-filosofice contemporane lor. Epidemiologia ca paradigmă științifică pentru o deontologie medicală își are rădăcinile în momentul înființării primelor organizații medicale internaționale, deoarece acestea au luat naștere din motive financiare și politice, adică au încercat să normeze tocmai acele aspecte ale actului medical care privesc populația și nu individul. Din acest punct de vedere, primul moment important a fost data de 23 iulie 1851, când la Paris a avut loc prima *Conferință Sanitară Internațională*, conferință ce viza în primul rând epidemia de holeră și stabilirea unor standarde internaționale pentru carantinarea navelor în principalele porturi ale Europei. Apoi, prin semnarea *Acordului de la Roma* în 1907, a fost înființat Oficiul Internațional de Igienă Publică. Conform istoriei oficiale a Organizației Mondiale a Sănătății, principalul scop al acestui oficiu era de a oferi statelor membre informații de sănătate publică, accentul fiind pus pe bolile transmisibile (holeră, ciumă, febră galbenă) și pe modalitățile de a le combate. Un fapt demn de luat în seamă este pregătirea

profesională a membrilor acestui oficiu, doar parte din ei tehnocrați, majoritatea fiind diplomați sau politicieni. Istoria Organizației Mondiale a Sănătății arată că dorința de colaborare internațională eficientă în chestiuni de sănătate publică a precedat cu mulți ani cunoașterea științifică necesară unei asemenea colaborări. Abia după sfârșitul secolului XIX, în principal prin avântul în microbiologie, știința a putut spera să furnizeze o bază cât de cât stabilă pentru aceste politici publice. Organizația Mondială a Sănătății, în forma care ne este cunoscută azi, a fost înființată în 1946, reușind în perioada de după Al Doilea Război Mondial să își asigure rolul de portavoce a politicilor și practicilor medicale din întreaga lume (World Health Organization, 1958).

2.2 Constituția OMS și evitarea antiumanismului

Doar pentru că nu implică o cauzatie, corelația nu trebuie ignorată ca posibilă sursă de informații. Așa încât trebuie să observăm înșiruirea *Jurământul lui Hippocrate* – Codurile Deontologice – Constituția Organizației Mondiale a Sănătății, ca documente ce au fost, pe rând, standardele deontologice ale clinicianului, și care își găsesc un răsunet în parcul istoric al umanismului. Dacă nu pentru altceva decât de dragul consecvenței, redăm mai jos punctele Constituției:

- „Sănătatea este definită ca starea de bine fizic, psihic și social, nu doar ca absența bolii sau infirmității.
- Accesul la cele mai înalte standarde de sănătate posibile este unul dintre drepturile fundamentale ale omului, fără distincție de rasă, religie, orientare politică, situație socială sau economică.
- Sănătatea tuturor popoarelor este fundamentală pentru pace și securitate, fiind dependentă de întreaga cooperare a indivizilor și statelor.
- Succesul fiecărui stat în promovarea și protejarea sănătății este valoroasă pentru toate celelalte.
- Dezvoltarea inegală dintre diferitele țări în promovarea sănătății și controlul bolilor, în special a celor transmisibile, este un real pericol.
- Dezvoltarea sănătoasă a copilului are o importanță capitală; abilitatea de a trăi armonios într-un mediu ce se află într-o continuă schimbare e esențială pentru o asemenea dezvoltare.
- Extinderea înspre toate popoarele a beneficiilor cunoașterii medicale, psihologice sau asociată acestora este esențială pentru obținerea sănătății.
- Opinia informată și cooperarea activă din partea publicului sunt de cea mai mare importanță pentru îmbunătățirea sănătății populației.

• Guvernele sunt responsabile de sănătatea popoarelor lor, responsabilitate ce poate fi îndeplinită doar prin măsuri de sănătate publică și sociale adecvate.” (WHO, 2020.)

Vedem că însăși paradigma în care au fost formulate valorile și principiile ce stau la baza Constituției este complet diferită de viziunea despre lume a medicului hipocratic. Ori, de la începutul pandemiei și până azi, informațiile, indicațiile și sugestiile considerate valide în practica clinică au fost cele diseminate de Organizația Mondială a Sănătății. Cadrele medicale active, din întreaga lume, au priorizat în ultimele 18 luni directivele venite din partea acestei organizații. Considerăm, deci, că nu e deplasat să spunem că o nouă deontologie trebuie să pornească de la această Constituție.

Din textul redat mai sus reiese că aceste noi premise nu s-ar încadra la ceea ce Braidotti ar numi ‘antiumanism’ (Braidotti, 2016). Ele nu propun găsirea *Supraomului*, și nici nu contestă, de exemplu, validitatea drepturilor omului (cum ar face Nietzsche sau Marx), respectă în circumstanțele relevante principiul autonomiei (chestionat de Heidegger) și evită un determinism absolut. Prin această atitudine deschisă, noua deontologie medicală ar trebui să integreze și să depășească atât valorile umanist antropocentrice cât și contravalorile propuse de antiumaniști, dezvoltându-se într-un cadru mai larg, mai atotcuprinzător—cel al postumanismului. Care este procesul subiectiv și noul angajament filosofic ce trebuie făcut pentru a dispune de instrumentele conceptuale necesare unei noi deontologii?

2.3 Noile probleme etice—insuficiența utilitarismului

E posibil ca la prima vedere problemele deontologice apărute odată cu trecerea de la pacientul individual la grupul de indivizi, să pară rezolvabile prin simplul apel la o etică utilitaristă. Dar utilitarismul presupune cunoașterea unui *bine comun* (Mill, 2014). Ori, așa cum menționam mai sus, pandemia este un fenomen social și politic complet nou, care aruncă ființa umană în mijlocul unei realități biologice ce nu mai permite o viziune antropocentrică. Omul este, în anul 2021, în mod evident subjugat celorlalți actori sociali, de așa natură încât *cel mai mare bine*—subînțeles într-o etică utilitaristă—rămâne, deocamdată, de descoperit. Astăzi, nu putem spune doar că sănătatea grupului e mai presus decât sănătatea individului, trebuie luate în considerare și aspectele non-medicale ale actului medical—ne putem gândi la partea financiară, materială sau chiar de opinie publică. Mai mult, ne putem întreba, *cel mai mare bine, este cel mai mare bine pentru cine?*

În plus, clinicianul care își ridică probleme etice trebuie, în ziua de azi, să treacă printr-un proces de *defamiliarizare*, sau mai exact, cum ar spune

Braidotti, de *dez-identificare* (Braidotti, 2016, p. 75) cu angajamentul hipocratic. De fapt, în ochii clinicianului, pacientul nu mai este un individ uman tratat în limitele propriei sale bunăstări, ci e evaluat ca un element dintr-o mulțime de pacienți, binele acestora fiind de fapt scopul final al clinicianului. Ori, pentru a face asta, o discuție doar în cadrul unei etici utilitariste nu mai este suficientă, tocmai pentru că etica utilitaristă nu vorbește despre acest proces de *defamiliarizare*—nu cercetează schimbarea în percepția asupra lumii pe care clinicianului, ca subiect, trebuie să o suporte.

2.4 Epidemiologia și filosofia postumanului

Se spune că nu există boli, există doar pacienți. Dacă această afirmație e una adevărată, putem spune că nu există epidemii, există doar țări în stare de criză. Așa cum doi oameni diferiți vor reacționa diferit la un anume medicament, sau la un anume agent patogen, fiecare în funcție de statusul său fiziologic, de vârstă, sex, ș.a.m.d., două țări diferite vor reacționa diferit la aceeași epidemie, în funcție de caracteristicile fiecăreia—media de vârstă, disciplina culturală, nivelul economic etc. Dar atunci când trecem de studiul unei specii la studiul unui gen, caracteristicile obiectului își schimbă natura—vârsta unui individ și media de vârstă a unei populații nu sunt două proprietăți la fel de ușor măsurabile și obiectivabile, statistica nu e algebră. Dacă în evaluarea și tratarea unui subiect uman relațiile de cauzalitate între parametrii săi hemodinamici și simptom este una destul de clară și liniară, lucrurile nu sunt la fel de simple atunci când pacientul este o întreagă populație. Să luăm un exemplu concret din pandemia de COVID-19—nu putem stabili cu exactitate dacă media de vârstă a populației sau nivelul de încredere pe care cetățenii îl acordă guvernului este mai relevant pentru depășirea unei crize medicale. Epifenomenele culturale se întrepătrund cu fenomenele biologice, schimbând nivelul de analiză pe care trebuie să ne situăm. Aici, filosofia postumanului ne-ar putea oferi un instrument conceptual folositor: ștergerea, sau cel puțin estomparea, diferenței natură-cultură. În epidemiologie subiectivitatea trece de limitele sale biologice și ajunge pe un tărâm în care expertiza tehnic-medicală a vindecătorului nu mai este suficientă. Epidemiologul se uită la oameni din aceeași perspectivă din care microbiologul se uită la bacterii, și nu din perspectiva hipocratică a clinicianului ce are în față un pacient, motiv pentru care el trebuie să își cizeleze și alte abilități de relaționare cu obiectul de tratat pe lângă cele necesare tratării unui subiect uman. Când privim umanitatea ca grup de indivizi, comportamentul și fenomenele biologice ne amintesc de un grup de indivizi din orice altă specie, așa încât valorile promovate de postumanism—

precum empatia, toleranța, poziția nonprivilegiată a omului—devin abilități indispensabile clinicianului.

Vorbind despre noua perspectivă impusă de discursul privitor la schimbările climatice, Braidotti îl citează pe Chakrabarty și spune: „aceste schimbări ale reperelor de bază afectează conținutul cercetării istorice prin distrugerea distincției artificiale, dar lăudate de-a lungul timpului, între istoriile naturale și cele umane” (Chakrabarty, 2009, cit. in Braidotti, 2016). ”Deși Chakrabarty nu ia calea postantropocentrismului, ajunge la aceeași concluzie ca și mine: problema perspectivelor centrate pe planetă și pe schimbarea poziției oamenilor de la simpli agenți biologici la agenți geologici solicită reconfigurări atât ale subiectivității, cât și ale comunității” (Braidotti, 2016, p. 113). Aș îndrăzni să o parafralez puțin la rândul-mi pe Braidotti, spunând că problema perspectivelor medicale centrate pe populație și pe schimbarea poziției pacientului, de la individ la vector de transmitere a bolii, solicită același tip de reconfigurări ale subiectivității, cât și ale comunității, în cazul explicit al discuției mele fiind, bineînțeles, vorba despre angajamentul personal al clinicianului, respectiv despre codurile deontologice acceptate pe scară largă. Ori, realitatea medicală din ultimele decade ne-a demonstrat că această reconfigurare trebuie să țină seama de preceptele epidemiologice, să stabilească norme și coduri deontologice adaptate globalizării și nivelului de dezvoltare tehnologică pe care ne situăm. Probabil din acest motiv este atât de controversată problema pandemiei. În 2021 un medic adaptat actualelor curente bioetice (ne referim aici la această nouă deontologie care se conturează prin directivele Organizației Mondiale a Sănătății și prin politicile de sănătate publică a diferitelor state) are un angajament cu valențe postumaniste față de pacient, căci pacientul său nu mai este subiectul uman, ci grupul și mediul din care acesta face parte. Așa ajungem la ceea ce Braidotti numește *affirmative ethics* (Braidotti, 2017). Depășind dialectica hegeliană, cu toate opozițiile și clarele ei delimitări, Braidotti propune o viziune spinozist monistă. Ce se înseamnă asta? Înseamnă în primul rând o deschidere pentru depășirea sinelui, a individualității, și o aruncare în lume, dincolo de individ—adică, dincolo de subiectul antropologic, dincolo de Om ca centru al gândirii. Ori, așa cum am arătat mai sus, epidemiologia cere de la medicul clinician tocmai acest tip de angajament.

Există totuși și un punct de divergență între epidemiologie, în calitate de demers medical, și filosofia postumanistă: viața în totalitatea sa privită ca *zoē*. În timp ce Braidotti propune o înglobare a tuturor formelor de viață, ca elemente echivalente, în acest concept de *zoē* (Braidotti, 2011), medicina mai presupune încă o opoziție și o luptă între macroorganisme și microorganisme. Chiar și aici discuția poate fi nuanțată dacă ne gândim la

atitudinea clinicienilor față de bacterii—considerate pentru mult timp doar ca agenți patogeni, știința medicală a înțeles în ziua de azi importanța lor pentru sănătatea individului și are în vedere simbioza existentă, de exemplu, între *Homo sapiens* și *Bifidobacterium animalis*. Totuși, să nu uităm că eforturile medicilor în timpul pandemiei au fost direcționate spre a învinge un virus—considerat și el, o formă de viață, deci medicina continuă să fie un domeniu în care diferențele dintre noi și ceilalți sunt indispensabile, oricât de mult am lărgi conceptual câmpul termenilor. Dacă va veni un moment în care filosofia postumanistă să constituie principalul fundament filosofic al actului medical, drumul până acolo este unul lung și anevoios, în primul rând pentru că postumanismul însuși mai are de clarificat unele aspecte proprii.

3. Concluzii

Nu este exclus ca starea de excepție pe care am experimentat-o în pandemie să devină o caracteristică permanentă a unei lumi noi. Țări precum Thailanda, Singapore sau Japonia, care au fost puternic afectate de alte epidemii, precum cea de SARS-Cov-1 sau de H5N1 (gripa aviară), au integrat unele practici de igienă, considerate până atunci excepții (ca de exemplu purtarea măștii la metrou), în normalitatea vieții cotidiene. Dependența de tehnologie, socializarea în mediul digital, contopirea locului de muncă cu locul de acasă, sunt doar câteva dintre aspectele ce probabil nu au să dispară după sfârșitul pandemiei. Lumea post-pandemie e o lume nouă, o lume care avea să vină. Această venire fiind ocazionată de un eveniment medical, domeniul sănătății este printre primele care trebuie să își reconsidere și să își reconstruiască paradigmele, să stabilească noi norme și să seteze un alt cadru conceptual prin care să poată da randament în această lume nouă. Vechile principii bioetice și codurile deontologice încetățenite până acum se dovedesc inutile clinicianului pentru că au la bază informații științifice și angajamente filosofice care au fost depășite de realitatea acestei noi lumi. Dacă știința încearcă să se adapteze acestor noi condiții, la fel trebuie să facă și filosofia. De această dată nu virtutea concurenței dintre ele, ci pentru că doar împreună mai pot spera să ne ofere instrumentele de care avem nevoie pentru a merge mai departe.

Ramura medicală care s-a făcut cea mai remarcată și s-a dovedit cea mai relevantă în ultimul an și jumătate a fost epidemiologia. Din acest motiv, regândirea normelor deontologice pornind de la perspectiva acestei științe, ni s-a părut un demers firesc. O deontologie epidemiologică ar trebui să fie adaptată populației actuale și condițiilor de viață existente: să aibă în vedere faptul că medicul nu mai are o datorie doar față de pacient, ci și față de restul societății; să țină cont nu doar de parametrii hemodinamici ai unui organism,

ci și de caracteristicile culturale ale acestuia; să accepte faptul că biologia nu pune omul pe un pedestal, ci mai degrabă îl coboară de acolo, și să se raporteze la ființa umană ca element egal cu oricare alt element viu. Toate acestea presupun în primul rând un travaliu deconstructiv, o contestare radicală și o nouă încercare de gândire a lumii.

Născută în urma eforturilor antiumaniste și deconstructiviste de la începutul secolului trecut, filosofia postumanului, care a luat amploare odată cu noul mileniu, ne-a atras atenția ca posibilă sursă de indicații și repere pentru reorientare. Unele dintre temele și motivele propuse de aceasta, precum anularea barierelor dintre natură și cultură, dezidentificarea cu subiectul sau ieșirea din paradigma antropocentrică, se dovedesc utile în procesul de reconstrucție al viitoarei deontologii medicale. Dilema formulată la început și-a găsit o posibilă rezolvare în anularea dihotomiei prin intermediul monismului spinozist propus de Rosi Braidotti. Etica fiind locul în care practica și teoria se întâlnesc pentru a rezolva problemele comune, acest articol poate fi considerat invitația venită din partea practicii către teorie—practica ridică întrebări, teoria e datoare ca măcar să le discute.

References

- Braidotti, R. (2011). *Nomadic Theory. The Portable Rosi Braidotti*. Columbia University Press.
- Braidotti, R. (2016). Postumanul (O. Anemțoaicei, Trans.). Hecate. (Original work published 2013)
- Braidotti, R. (2017, January 20). *On Affirmative Ethics* [Video].
<https://rosibraidotti.com/2019/11/21/on-affirmative-ethics/>
- Brundtland, G. H. (1998, October 28). Importance of Snow. *UCLA Department of Epidemiology*.
<http://www.ph.ucla.edu/epi/snow/importance.html>
- Colegiul Medicilor din România, (2016). *Codul de deontologie medicală, publicat în 7 decembrie 2016, Monitorul Oficial 981*.
https://www.smlugoj.ro/data_files/content/personal-drepturi-obligatii/files/cod-deontologie-medicala.pdf
- Drumwright, M. (2015). Behavioral ethics and teaching ethical decision making. *Decision Sciences Journal of Innovative Education*, 13(3), 431–58.
<https://doi.org/10.1111/dsji.12071>
- Gorvett, Z. (2021, January 8). The 432-year-old manual on social distancing. *BBC Future*.
<https://www.bbc.com/future/article/20210107-the-432-year-old-manual-on-social-distancing>

- Ioniță, B. (2016, January 5). Jurământul lui Hippocrate și lumea modernă. *Radio România. Agenția de presă*. <https://www.rador.ro/2016/01/05/juramantul-lui-hippocrate-si-lumea-moderna/>
- Mill, J. S., (2014). *Utilitarismul* (V. Mureșan, Trans.) ALL. (Original work published 1863)
- Târcoveanu, E., Vasilescu, A., Epure, O., & Dorobăț, D. (2013). Mai este actual jurământul lui Hippocrat?. *Jurnalul de chirurgie*, 9(3), 205-207.
<http://www.jurnaluldechirurgie.ro/jurnal/docs/jurnal313/art%201%202013%20nr%203.pdf>
- World Health Organization. (1958). *The First Ten Years of the World Health Organization*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37089/a38153_eng_LR_part1.pdf?sequence=14
- World Health Organization. (2020). *Constitution*.
https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf