

CONȘTIINȚĂ
BINEFACEREA

VULNERABILITATE

Ion BANARI

VIRTUTE

FILOSOFIE

ARISTOTEL

BIOETICĂ

CALITATE

MEDICINĂ

VIRTUTE

BOALĂ

TRATAMENT

REGULĂ

SĂNĂTATE

VIAȚĂ

RESPONSABILITATE

ÎNDRUMĂRI METODICE LA BIOETICĂ

VICIU

PLATON RAȚIUNE

DREPTATE

MORALĂ

HERMENEUTICĂ

ONEST

SOCRAT

PRINCIPIUL

ADEVĂR

DATORIE

DAUNĂ

PACIENT

TUTELĂ

DIAGNOZĂ

CURAJ

DEMNITATE

FIINȚĂ

JURIDIC DATORIE

NORMĂ

TEORIE

PERSOANĂ

BINE

RISC

ETHOS

GENETIC

ECHITATE

RELAȚIE

ÎNGRIJIRE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

Catedra de filosofie și bioetică

Centrul Național de Bioetică din Republica Moldova

Ion Banari

ÎNDRUMĂRI METODICE LA BIOETICĂ

Redactor științific:
doctor habilitat în filosofie, profesor universitar
Teodor N. Țirdea



CHIȘINĂU, 2022

CZU 17:61(075)

B 26

Aprobat de către Consiliul de Management al Calității al USMF
Nicolae Testemițanu, proces verbal nr. 05 din 08.04.2020

Coordonator:

Vitalie Ojovanu, doctor habilitat în filosofie, conferențiar universitar

Îndrumările metodice constituie o importantă sursă de abilități ce vine să întregască și să dezvolte pe cele medicale, oferind, prin aceasta, o potență contribuție la formarea profesională a viitorului specialist în sănătate. La elaborarea compartimentelor s-a ținut cont de dinamismul sistemului contemporan al predării și asimilării cunoștințelor medicale și umanistice, caracterizate prin integritatea și consecutivitatea formării respectivelor capacități. Așa cum nici o specialitate medicală nu poate fi realizată decât dacă aceasta nu s-a precedat prin asimilarea unor cunoștințe fundamentale de anatomie, fiziologie, farmacologie etc., la fel și activitatea clinică propriu-zisă nu poate fi integră și viabilă, decât cu realizarea unui set de cunoștințe oferite de bioetică. Conceptul acestui suport de curs a fost determinat atât de necesitățile medicinei contemporane, cât și de experiența tinerei cursului „Bioetică” la catedra Filosofie și Bioetică a USMF „Nicolae Testemițanu” de aproape trei decenii.

Prezentul material didactic este destinat atât mediciniștilor, medicilor rezidenți, cât și medicilor practicieni din cadrul diferitor specialități medicale.

Recenzenți:

Anatol Cazac, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

Anatolie Eșanu, doctor în filosofie, conferențiar universitar

Această elaborare metodică a fost realizată în cadrul proiectului „*Abordarea interdisciplinară bioetico-socio-medicală a contingentului vulnerabil de populație cu stare severă de sănătate și posibilitățile de reabilitare*” din cadrul Programului de Stat 2020-2023, cod 20.80009.8007.36

Redactor: *Tamara Osmochescu*

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Banari, Ion.

Îndrumări metodice la Bioetică / Ion Banari ; redactor științific: Teodor N. Țirdea ; coordonator: Vitalie Ojovanu ; Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu, Catedra de filosofie și bioetică, Centrul Național de Bioetică din Republica Moldova. – Chișinău : Print-Caro, 2022. – 286 p. : fig., tab.

Referințe bibliogr. la sfârșitul temelor. – 100 ex.

ISBN 978-9975-164-21-4.

© I. Banari, 2022

Tipar executat la tipografia ”Print-Caro”
str. Columna, 170

Cuprins

Introducere	4
Tema 1. Morala, etica și etica profesională: istorie și noțiuni generale	6
Tema 2. Bioetica drept domeniu interdisciplinar: originea, obiectul de studiu și traseele de dezvoltare	33
Tema 3. Aspecte clinice ale bioeticii	61
Tema 4. Probleme etice în reproducerea umană	87
Tema 5. Bioetica în contextul cercetărilor genetice	112
Tema 6. Subiecte bioetice în situații extreme de sănătate și pe final de viață	130
Tema 7. Aspecte bioetice ale cercetării biomedicale	156
Anexe	174

INTRODUCERE

În lucrarea „Mic tratat al marilor virtuți” Andre Comte-Sponville consemnează ideea că „etica este condamnată la actualitate perpetuă...”¹. Pare a fi că bioetica constituie unul din rezultatul acestei condamnări prin care filosofia morală lansează un „satelit” pentru a recrea „punte” dintre filosofie și știință, denaturată, în prima fază, de disputa modernă dintre raționaliști și empiriști, care ulterior a determinat „izolarea” sau dezvoltare separată. Rivalitatea acestor două tabere a făcut să apară un spațiu alb, pe care Bertrand Russell îl numea „No Mans’s Land”, între sensul existențial al lumii (sau, cum numește Heidegger, ființarea lumii) și aspirațiile științifice. Rezultatul acesteia se observă din interesele practice care predomină în societatea contemporană, unde categoriile ce reflectă ființa omului sunt interpretate și aplicate în favoarea unor interese particulare „rupte” de tiparul lor integral. Științele particulare își permit să reglementeze atitudini, să ia decizii, fără însă să țină cont de faptul că subiectul care determină atitudine nu este exclusiv o dispută ce ține de domeniul științific. Mai mult, științele ce au obiect de studiu părți ale viului întrebunțează caracteristici care vizează bio-sul cu noi perspective, având conotații resemnificate cu influențe specializate și reduționiste, în dependență de priorități, interese, fie profesionale, fie sociale sau chiar de grup, mai ales când este vorba despre o etică aplicată. Tendințele progresiste ale științei promet să soluționeze probleme majore ale umanului. Promisiunile sunt atinse, doar că survin probleme, întrebări și dileme la care practicianul sau subiectul lezat de acestea nu este în stare să răspundă, să ofere soluții, de parcă problemele vechi și noi ale omului, ale eticii nu s-au rezolvat, ci s-au mutat dintr-un loc în altul.

Mai concret, paradigma antropocentristă, progresul științific și cel tehnologic, schimbările ideologice provocate de acestea, precum și crizele la nivel global ce periclitează existența omului pe Terra a făcut să apară bioetica. Întrebările care frământă gândirea în această situație pot fi diverse și cuprinde o arie largă de domenii care impune cercetări interdisciplinare. Astfel, care ar trebui să fie configurația eticii în fața acestor schimbări? Ce se întâmplă cu analizele clasice ale eticii, când survin subiecte noi dar cu prefixul „bio”? Care este statutul bioeticii în contextul cunoașterii științifice contemporane? Este justificată poziția unilaterală (doar din perspectivă științifică, doar din perspectivă juridică, doar din perspectivă religioasă etc.) la soluționarea unor probleme bioetice? etc.

Cunoaștem sau vom cunoaște că bioetica în istoria sa are mai multe trasee conceptuale² de dezvoltare analizate și grupate în dependență de particularitățile culturale regionale, de interesul profesional și natura subiectelor ce-l cuprinde. Însă, din raționamente academice, se va sintetiza expunerea în trei sfere de studiu care să înglobeze și specificul problemelor, dilemelor medicinei.

Prima, *bioetica teoretică*, cuprinde moștenirea etică sau etica tradițională, care analizează ființarea morală a omului, reflectă teorii normative etice și oferă mecanisme de aplicare a acestora în latura practică a activității umane. Aici se poate atribui și subiecte ce țin de particularitățile eticii profesionale în contextul activităților biomedicale. Toto-

¹ Andre Comte-Sponville. Mic tratat al marilor virtuți. București: Univers, 2020. p. 5.

² Teodor N. Țirdea. Bioetica. Curs de bază. Chișinău: CEP „Medicina”, 2017. p. 64-82.

dată, această dimensiunea reflectă premisele apariției bioeticii, traseele sale de dezvoltare, principiile bioeticii, aspectele bioeticii și modelele sale socioculturale.

A doua, *bioetica practică*, implică un spațiu divers, iar conținutul lui este particularizat de specificul științei ce cercetează latura viului. În contextul activității medicale, sfera practică a bioeticii sumează o serie de subiecte ce se intersectează perpetuu între idealul medicinei (progresul științific și cel tehnologic medical), realitatea activității medicale și însușirile morale ale omului. Astfel, se conturează și tematica necesară de a fi studiată în această parte a bioeticii, respectiv evidențiem subiecte precum; probleme ce implică relațiile morale în medicație (aici putem exemplifica prin abordarea paternalistă și antipaternalistă ca tip de dialog profesional); probleme rezultate din și prin acțiunea medicului în contextul practicilor medicale ce ține de începutul și pe finalul vieții; probleme survenite în contextul investigațiilor științifice ale medicinei.

A treia, *bioetica socială*, este axată pe studiul modalităților și a instrumentariilor metodologice de promovare a cunoștințelor bioeticii în sfera socială, accentuând astfel tradiția morală a grupurilor sociale și disputele ce pot apărea, fie ele pozitive sau negative, atunci când se întâlnește noul și vechiul în comunitatea umană. Această judecată denotă o cercetare netradițională în anturajul bioeticii medicale și accentuează două procese esențiale pentru continuitatea eticii viului în sfera socială, și anume, gradul de asimilare și de conștientizare a cunoștințelor bioetice de societate, pe de o parte, iar pe de altă parte, nivelul de adaptare a bioeticii la tradițiile comunității umane³.

³ Teodor N. Țirdea. Bioetica: teorie și practică. Chișinău: CEP „Medicina”, 2016. p. 143-152

Tema 1.

MORALA, ETICA ȘI ETICA MEDICALĂ: ISTORIE ȘI NOȚIUNI GENERALE

Scopul temei: Configurarea unei imagini integrale cu privire la morală, etică și etică medicală, precum și aplicabilitate cunoștințelor morale în practica medicală.

Durata și tipul de activitate: Conținutul temei este studiat în 7 ore academice, unde 2 ore sunt rezervate cursului teoretic și 5 ore de seminar.

Obiective trasate în lucrare:

- ✓ să definească conceptele de etică, morală și etică medicală;
- ✓ să demonstreze conflictul moral;
- ✓ să dezvolte competențe de identificare și soluționare a conflictului moral;
- ✓ să știe ce înseamnă eroare medicală și care sunt recomandările morale în eventualitatea producerii ei;
- ✓ să aplice teoriile normative în luarea deciziilor morale pe marginea studiilor de caz;
- ✓ să autoevalueze competențele de aplicare a conceptelor normative;
- ✓ să integreze rolul și valoarea teoriilor normative în luarea deciziilor morale.

Metode și materiale pentru realizarea lucrării

Materialul teoretic al temei este predat în manieră clasică, prin prelegere și seminar. Seminarul presupune aplicarea a unui șir de metode după cum urmează: conversația euristică, problematizarea, brainstorming, lucrul în grup, studiul individual, dezbateră, rezolvarea situațiilor de problemă, joc de rol.

MATERIALUL TEORETIC

1.1. Semnificații și interpretări etimologice

Termenul „etică” provine de la cuvântul grecesc *ethos* (morav, obicei, caracter, fel de a fi). La început, acest termen caracteriza locul și modul obișnuit de trai (habitual) al ființelor vii. Mai târziu, etica a început să însemne natura stabilă a unei ființe, obicei, caracter, fel de a fi etc.

Mai mult, Aristotel, pornind de la cuvântul *ethos*, cu sensul de „caracter”, a creat adjectivul *etic* pentru a desemna o clasă specifică de calități umane, numite în scrierile sale „virtuți etice”. Aceste virtuți reprezintă facultăți ale caracterului omului. Ele se deosebesc, pe de o parte, de afecte (ca facultăți ale corpului), iar pe de altă parte, de virtuțile dianoetice (ca facultăți ale caracterului). Spre exemplu, frica este un afect natural, memoria – o facultate a minții, iar cumpătarea, curajul, dărnicia – facultăți ale caracterului.

Cu scopul de a reliefa totalitatea virtuților etice într-un compartiment separat al cunoașterii și de a-l delimita într-un domeniu distinct al științei, Aristotel introduce în uz noțiunea de „etică”. Filosoful privea caracterul omului ca fiind central în cercetarea și discutarea problematicii morale, deoarece pleca de la presupunerea plauzibilă conform

căreia după cum *ești*, așa și *trăiești*. Astfel, subiectul vieții morale constituie pentru Aristotel obiectul central al unei cercetări „etice”.

La rândul său, Cicero, filosof al Romei antice, urmărind scopul de a traduce exact noțiunea de „etică” din limba greacă în limba latină, a creat noțiunea de „*moralis*” (moral), de la latinescul *moris*, cuvânt similar grecescului *ethos*. După cum s-a remarcat mai sus, *ethos* înseamnă „caracter, temperament, obicei, fel de a fi” al omului. Respectiv, când scria despre filosofia morală, Cicero se referea la aceeași sferă a cunoașterii pe care Aristotel o numea „etică”. În sec. IV d. Hr., în limba latină s-a încetățenit noțiunea de „*moralitas*” (morală), care era, de fapt, o analogie directă a noțiunii grecești de „etică”. În accepția inițială, în limbile europene consolidate în Evul Mediu, termenii „etică”, „morală”, „moralitate” erau utilizați ca sinonime, având același sens.

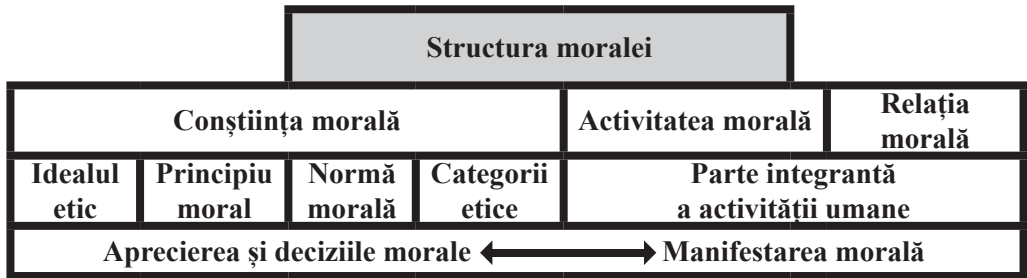
În procesul dezvoltării ulterioare a culturii, odată cu elucidarea particularităților eticii ca domeniu al gnoseologiei, fiecare noțiune capătă treptat o semnificație proprie. Prin *etică* se subînțelege o ramură a cunoașterii, o știință aparte, iar prin *morală* (moralitate) – obiectul de studiu al eticii. Mai mult, omul prin natura sa este o ființă morală, iar „etică” este domeniu care cercetează condiția morală a omului atât la nivel individual, cât și social.

1. Conceptul de morală și structura fenomenului moral

Actualmente, prin noțiunea de „morală” se subînțelege totalitatea principiilor, regulilor și normelor de conduită întemeiate pe reprezentările despre bine și rău, echitate, datorie, cinste etc., acestea pretind a fi valabile universal și necondiționat. Forma și conținutul moralei este constituit istoric din totalitatea regulilor admise într-o societate dată dintr-o anumită perioadă. Mai mult, acestea sunt strâns condiționate de aspirațiile spirituale și materiale atât ale comunității umane în ansamblu, cât și de cele individuale. Sensul moralei este de a reglementa comportamentul oamenilor în societate, raporturile lor față de sine, unul față de altul, față de comunitate, de societate în întregime, față de tot ce este viu. Buna conviețuire morală a societății depinde de interesul și capacitatea fiecărui membru de a cunoaște, conștientiza și împlini (adică să devină cine este el în ființa sa) condiția morală a ființei umane.

Cunoașterea, conștientizarea și împlinirea condiției morale a ființei umane nu poate fi realizată la întâmplare sau de la sine. Aceasta necesită să fie bine fundamentată, argumentată, justificată și antrenată. În caz contrar, în relațiile umane intervin atitudini unilaterale, extremități, interese subiective etc., iar dialogul dintre oameni este eclipsat de vicii. Aici intervine discursul etic, având misiune să fundamenteze, argumenteze și să justifice teoretic realitatea condiției morale a omului. La rândul său, rezultatul dezbaterilor etice în cursul istoriei a constituit idealul etic, prezentat fie în formă generală, adică pentru o cultură, fie particular, pentru o comunitate sau grup de oameni, fie singular, pentru o persoană. Idealul etic a determinat principii, norme și categorii etice. În temeiul acestora se conturează manifestarea și aprecierea morală – componente esențiale ale unei activități și relații morale.

În contextul celor prezentate, se poate contura structura moralei, iar pentru a organiza explicit studiul, o prezentăm manifestată în trei trepte aflate în permanentă relație, adică, se determină reciproc.



În forma cea mai generală, *conștiința morală* a fost definită ca o cunoaștere a valorilor morale, a datoriilor ce avem de împlinit și a felului în care le îndeplinim. Respectiv, într-un aspect particular, este o judecată practică a omului care reflectă fapte concrete, în rezultat, realizăm comportamente pentru că sunt morale și refuzăm un anume comportament pentru că este imoral. Mai mult, conștiința morală este o manifestare integrală a ființei omului și se constituie pe temeiul componentelor intelectuale, afective și volitive.

Elemente ale conștiinței morale		
Intelectuale	Afective	Volitive
Cuprinde <i>cunoștințele și aprecierile</i> de natură morală. Ele se pot manifesta atât sub forma unor intuiții spontane, fără o anumită experiență, cât și sub forma de gânduri discursive formulate în concepte, judecăți și raționamente. Cele din urmă sunt prezentate în dimensiunea idealului etic, principiu moral, normă morală și categorii etice, ele formează suportul moralității ale aprecierilor de către om.	Unele componente afective ale conștiinței morale pot fi: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acceptul dezinteresat al binelui și refuzul dezinteresat al răului. Împărtășim sentimente de atașament față de virtute și persoane virtuozose, la fel avem sentimente respingătoare față de vicii și vicioși; ✓ Respectul datoriilor morale, pentru o persoană morală datoria stă prioritar deasupra intereselor de moment, fiind o lege supremă a vieții; ✓ Satisfacție la realizarea binelui și remușcare pentru rău etc. 	Concepte și noțiuni cheie: voința, act volitiv, obstacol și decizie. Voința este însușirea umană complexă reglatoare a conduitei și a acțiunilor legate de înlăturarea obstacolelor în atingerea scopurilor sau împlinirea unui sens al vieții. Important în manifestarea actului voluntar este lupta dintre motive și luarea deciziilor. Deciziile se iau, având la dispoziție mai multe soluții contradictorii, iar o alegere corectă e posibilă la depunerea efortului voluntar. Virtuți volitive sunt: puterea de voință, perseverența, stăpânirea de sine, discernământul, disciplina, fermitatea, promptitudinea etc.

Din cele prezentate se observă că, conștiința morală este o realitate complexă ce se dezvoltă în interacțiunea dintre sinele personal al omului cu climatul

social. Schimbările ce se petrec cu conștiința morală pe parcursul istoriei (atât la nivel individual, cât și social) se datorează educației, dezbaterilor morale sau noutăților etice înaintate de specialiști, progresul și climatul spiritual, material în care trăiește omul și, nu în ultimul rând, reflecției personale. Toate acestea oscilează în jurul a ceea ce s-a relatat deja: idealul etic, principiul moral, norma morală și categoriile etice. Incontestabil, dacă acestea sunt devalorizate de către om în parte sau de întreaga societate, în mod inevitabil duce la criză morală, la ruperea echilibrului moral al societății.

Structura conștiinței morale			
Idealul etic	Principiu moral	Norma morală	Categoriile etice
<p>✓ Reprezintă o sinteză a aspirațiilor supreme ale omului care atribuie finalitate și sens vieții sale.</p> <p>✓ Aceasta stă la temelia acțiunilor și relațiilor omului cu sine și cu ceilalți, constituind și <i>stilul de viață al persoanei</i>.</p> <p>✓ <i>Exemplu:</i> „Om virtuos, cumpătat, harnic și creativ”.</p> <p>„Minte sănătoasă în corp sănătos”.</p> <p>✓ Idealul etic este reflectat în principiile morale ale omului.</p>	<p>✓ Conține cerințe morale mai generale, cu referire la conduita umană, pe care trebuie să le urmeze omul în atingerea idealului său etic.</p> <p>✓ Constituie temei pentru sistemul normativ al societății, pentru formularea normelor morale și pentru aprecierea morală a faptelor.</p> <p>✓ Principiile morale nu reglementează fapte concrete, ci reprezintă repere de conduită morală în diferite situații.</p>	<p>✓ Sunt prescripții pentru o conduită morală, prin care se evidențiază ce trebuie să facă persoana pentru a face bine și ce nu trebuie să facă pentru a evita răul.</p> <p>✓ Acestea înaintează un standard moral acceptat într-un grup.</p> <p>✓ După modul de formulare, normele morale pot fi: afirmative, prohibitive și condiționale.</p> <p>- după modul de aplicare normele morale pot fi: generale, particulare și speciale.</p>	<p>✓ Constituie noțiunile cele mai generale care reflectă caracteristicile esențiale ale moralei.</p> <p>✓ Acestea formează conținutul teoretic al eticii.</p> <p>✓ Specificul acestora constă în faptul că, în afară de funcția gnoseologică ele mai conțin și elemente axiologice și normative.</p> <p>✓ Ele nu doar reflectă relațiile morale, dar și apreciază, recomandă și interzic ceva.</p> <p>✓ Principalele categorii etice sunt: binele, răul, virtutea, datoria, conștiința, cinstea, demnitatea, fericirea, sensul vieții etc.</p>

Analizați și comentați textul

„*Binele și răul* constituie categoriile fundamentale ale eticii prin care se exprimă aprecierea morală a condiției, a acțiunilor și a faptelor atât ale fiecărui om în parte, cât și a colectivelor, grupurilor, claselor precum și a diverselor evenimente sociale. Ele caracterizează activitatea umană din punctul de vedere al importanței ei morale. Noțiunile date poartă un caracter concret- istoric, conținutul lor a variat pe parcursul dezvoltării sociale. În comuna primitivă, de exemplu, binele era legat de acțiunile utile pentru colectivul primitiv, iar răul – de acțiunile dăunătoare pentru el.

Odată cu apariția diverselor pături sociale, morala a obținut un caracter de clasă, unele și aceleași fapte, evenimente se apreciau drept bine de o clasă și drept rău de către alte pături sociale. Dezvoltarea ulterioară a societății a contribuit la aprecierea morală cât mai multilaterală a valorii sociale a fenomenelor, a utilității lor. Pe parcursul istoriei, în noțiunile de „bine” și „rău” s-a cimentat ceva comun, ce permite de a deosebi moralul de amoral (imoral). Bine este ceea ce societatea, colectivul consideră acceptabil, ceea ce recomandă pentru sine și membrii săi, ceea ce aprobă din comportarea oamenilor din trecut, prezent și recomandă pentru viitor. *Moral* (bine) e ceea ce corespunde intereselor, necesităților, aspirațiilor oamenilor, iar amoral (rău) e ceea ce vine în contradicție cu ele. *Binele și răul* trebuie legate de tendințele obiective ale progresului social. *Bine* înseamnă o asemenea comportare, acțiune care corespunde progresului societății și personalității, care e orientată spre păstrarea și dezvoltarea multilaterală a omului ca valoare socială supremă. *Rău* se identifică cu acele forme de comportare și manifestări sociale ce împiedică progresul individual și social.

Virtutea – categorie etică cu conținut apreciativ și normativ ce reflectă însușirile morale pozitive ale oamenilor, obligă respectarea idealurilor etice, normelor și principiilor morale. Viciul este caracteristica trăsăturilor morale negative, indiferența și nerespectarea normelor morale. Virtuțile se formează în procesul educației și activității sociale, ca rezultat al asimilării culturii morale. În diferite epoci, virtuțile aveau diferit conținut și se schimbau concomitent cu evoluția societății și normelor morale.

Onoarea – categorie etică ce exprimă atitudinea omului față de sine și a societății față de om. Ea se bazează pe sinceritate și încredere reciprocă, pe respectarea cuvântului dat și îndeplinirea obligațiilor față de alți oameni și față de societate. Cinstea poate să degenereze în aroganță, îngâmfare, vanitate, ipocrizie, formalism, carierism, nepăsare etc.

Conștiința – categorie a eticii ce caracterizează capacitatea persoanei de a realiza autocontrolul moral, de a formula independent obligații morale, de a cere de la sine îndeplinirea lor și de a efectua o autoevaluare a acțiunilor comise. Conștiința morală este una dintre exprimările autoconștiinței morale a personalității, conștientizarea subiectivă a datoriei și reponsabilității în fața societății. Conștiința morală este una din cele mai vechi și intime regulatori ai comportamentului uman. Odată cu sentimentul de datorie, onoare, demnitate această categorie permite omului de a conștientiza responsabilitatea sa morală în fața sa ca subiect al alegerii morale și în fața altor oameni, a societății în întregime.

Datoria – categorie a eticii care reflectă îndatoririle morale ale omului, îndeplinite din îndemnul conștiinței. În datorie își găsesc amprenta cerințele societății față de personalitate și obligațiile personalității față de societate. De aceea conținutul și valoarea datoriei morale poartă un caracter concret-istoric în funcție de etapa dezvoltării sociumului. Totodată, în expresia *datorie morală* se include și necesitatea îndeplinirii unor norme morale general-umane care apar pe parcursul vieții în comun a oamenilor. Datoria morală poartă caracter imperativ, de constrângere. Din acest motiv, conștientizarea îndatoririlor morale apare ca o cerință interioară ce îi ajută omului să se orienteze mai eficient în conduita sa, să-și realizeze mai reușit obligațiile sale, să respecte cerințele morale chiar și în lipsa elementului de constrângere. În etica creștină datoria morală este determinată de forțe supranaturale. În sistemele idealiste datoria este concepută ca ceva abstract, în afara relațiilor reale, ca produs al conștiinței (de exemplu, imperativul categoric la Im. Kant). Profesia de medic presupune în mod obligatoriu *conștientizarea datoriei*, condiționată de particularitățile activității date. Datoria morală supremă a medicului constă în a sluji dezinteresat pacientul.

Demnitatea – categorie a eticii care exprimă valoarea morală a omului, atitudinea lui față de sine însuși și recunoașterea sau refuzul de către societate a valorii personalității sale. Demnitatea este o formă a autoconștiinței și autocontrolului personalității, un mijloc de înțelegere de către om a responsabilității sale față de sine însuși ca personalitate morală. Sentimentul demnității nu-i permite omului să săvârșească fapte morale care nu corespund cu ținuta și conduita ce o are și în același timp îl obligă să respecte demnitatea altor oameni. Astfel, demnitatea contribuie la perfecționarea morală a personalității. Societatea, la rândul său, e obligată să recunoască și să asigure condițiile necesare pentru manifestarea demnității tuturor membrilor ei. Demnitatea este un aspect important al libertății morale și sociale a omului. Contemplarea noțiunii de demnitate a fost diferită în funcție de nivelul de dezvoltare al societății și al doctriinelor etico-filosofice. În etica religioasă demnitatea omului și valoarea lui morală erau legate de îndeplinirea unor îndrumări religioase.

Fericirea – noțiune a conștiinței morale ce exprimă o asemenea stare a omului care corespunde unei satisfacții interne depline față de condițiile existenței sale, deplinătatea și conștientizarea vieții, realizarea destinației sale umane. În acest conținut se împletesc nu doar necesitățile sociale dominante, dar și scopul, sensul vieții, visurile și dorințele zilnice ale persoanelor. La fel ca și visul, fericirea este o formă senzorial-emoțională a idealului, însă, spre deosebire de acesta, ea înseamnă nu tendințele persoanei, dar îndeplinirea acestor tendințe. Fericirea este strâns legată de sensul vieții – noțiune caracteristică oricărui sistem conceptual despre lume, ce semnifică predestinația și scopul activității vitale ale oamenilor. Ea se determină prin conținutul reprezentărilor în masă despre căile realizării fericirii și căutării idealurilor” [10, p. 26-28].

Componentele morale, prezentate în tabelul cu referire la structura moralei, sunt axate pe persoana (subiectul) morală, care este purtătorul dimensiunii morale a activităților și relațiilor umane. Cunoștințele prezentate despre conștiința morală descrie temeiul intern al moralei, însă acestea, fiind exteriorizate prin acțiuni și fapte morale, deprinderi și moravuri de comportament, formează manifestarea sau activitatea morală. Activitatea

morală este parte integrantă a activității umane și se realizează prin moravuri, în unele lucrări de specialitate acestea se mai numesc și manifestare morală.

Apel la sursă: Ioan Zanc, Istin Lupu. Bioetica medicală – principii, dileme, soluții.

„Manifestarea morală reprezintă obiectivarea sau exteriorizarea subiectului prin fapte sau comportamente, în conformitate cu valorile și normele morale produse sau apreciate de colectivitate sau de opinia publică.

La nivelul manifestării morale trebuie să distingem între intenție, scop și mijloace.

Intenția, sau voința de a face ceva, de a realiza un anumit scop, își are sursa în conștiința subiectului. Ea se realizează în relația dintre subiecți prin actul (manifestarea) moral. Dacă se rămâne doar la stadiul de intenție, oricât de nobilă ar fi, încă nu se poate vorbi de realitate morală. La rândul ei, fapta nu dezvăluie întotdeauna intenția care a generat-o.

Intenția e morală dacă scopul care o animă e moral.

Scopul este prefigurarea mentală a rezultatului final al acțiunii pe care individul o proiectează ca soluție practică a nevoilor și aspirațiilor sale, sau în alte cuvinte, țință pe care ne propunem să o atingem în viață. El este rezultatul dorit al acțiunii umane spre care se focalizează efortul persoanelor colectivităților umane. Scopul este moral dacă realizarea lui nu cauzează rău altora; e moral în limita evitării răului sau frustrării semenului, sau cel puțin în limita producerii celui mai mic rău semenilor atunci când evitarea totală a răului nu e posibilă.

Scopul – ca obiectiv de atins – presupune întotdeauna mijloace. Mijlocul trebuie să fie adecvat, să corespundă rațiunii pentru care e utilizat.

Pentru a fi morală fapta, trebuie ca atât mijloacele, cât și scopul să fie morale.

Există posibilitatea ca, urmărind scopuri necinstite (imorale) și mijloace imorale sau mai puțin corecte, datorită unor împrejurări, să obținem o faptă (rezultat) pozitivă (moral), sau cel puțin aparent morală. (de exemplu, un spărgător intră în casă și salvează o victimă din mâinile unui violator (criminal) care fuge. Victima apreciază fapta ca profund morală și rămâne îndatorată).

Pot fi situații în care un neadevăr (mijloc slujește scopuri bune. De exemplu minciuna care acoperă infidelitatea cuiva poate salva o căsnicie; adevărul unui diagnostic infaust necomunicat bolnavului îi poate crea o stare de confort psihic etc.” [11, p. 9-10].

În raport cu manifestarea morală (fapta) apare și aprecierea morală – reacția de evaluare, judecare și sancționare corespunzătoare a faptei. În practica nemijlocită, aprecierea se produce spontan, ca reacție pozitivă sau negativă, prin gesturi de aprobare-dezaprobar, laudă-blam, admirație-dispreț față de conduita unei persoane.

Seria aprecierilor faptelor sau manifestărilor conduce la evaluarea moralității subiectului.

Moralitatea definește modul în care se reflectă în conduita subiectului (individual sau colectiv) sistemul de comandamente morale specifice unei societăți.

**În dependență de modul de înțelegere, împlinire și devenire a persoanei în ceea
cine este el ca ființă morală în raport cu sine, societatea și natura,
evidențiem trei tipuri de persoane:**

Persoană morală	Persoană imorală	Persoană amorală
Cunoaște valorile morale și le aplică în relațiile sale cotidiene. Manifestarea morală a omului poate fi creatoare sau una conformistă. Conformistul respectă normele morale dar nu aderă afectiv la ele. Tipul autentic moral este cel ce interiorizează activ, creator sistemul de valori, în sensul maximizării binelui, încercând depășirea pozitivă a normei obișnuite.	Imoral și amoral sunt doi termeni diferiți care au semnificații variate. Dar, în limbajul uzual sunt interpretate cu una și aceeași semnificație. Imoral e persoana care face lucruri contrar moralei. Folosind "im" ca prefix pentru cuvântul "moral", imoralul este literalmente tradus ca nu moral sau nemoral. Astfel, această persoană continuă să facă lucruri chiar dacă știe că este greșit.	Amoral este persoană care nu știe cum să facă diferența dintre bine și rău. În mod literal, prefixul "a" înseamnă absența moralității. Unei persoane amorale nu-i pasă de moralitate (ce este bine sau ce este rău), pentru că nu înțelege sau nu știe ce este moralitatea (de la început).

2. Conceptul de etică și teoriile normative etice

Etica este un domeniu filosofic ce studiază sistematic moralitatea. Apare întrebarea: Ce se subînțelege prin studiul moralității? Un răspuns ar fi faptul (deja menționat anterior) că discursul etic are misiunea să fundamenteze, să argumenteze și să justifice teoretic realitatea condiției morale a omului. Respectiv, într-o manieră tehnică, cercetarea moralei este axată pe distincția dintre bine și rău, cinstit și necinstit, virtuos și vicios. Sensul acestor distincții marchează evaluarea consecințelor morale ale acțiunilor umane. Totodată, preocupându-se teoretic de studiul principiilor și al conceptelor moralității, etica devine și un reper practic pentru activitatea umană. Mai mult, eticianul român Valentin Mureșan constată că etica trebuie să fie o cercetare critică, rațională, argumentativă a *presupozițiilor morale*, care subdetermină varii experiențe umane, de la experiența nașterii (problema morală a avortului) la cea a tranzacțiilor comerciale (etica afacerilor), de la relațiile familiare la viața politică etc. Iar prin *presupoziții morale* filosoful concepe acele presupoziii care fac posibilă înțelegerea și căutarea unui răspuns la întrebări de tipul:

- Cum se cuvine să trăim? (Socrate);
- Ce caracter ar trebui să avem (pentru a trăi fericiți)? (Aristotel);
- Ce datorii avem și trebuie să respectăm? (Kant);
- Ce acțiuni e moralmente să facem? (Mill).

Apel la sursă: Valentin Mureșan. Comentariu la Republica lui Platon.

Experiența morală a umanității pare să fie, prin urmare, diversă. Ea include strădania de a trăi fericit; formarea unui caracter virtuos; respectarea unor reguli consimțite de comunitate și care sunt considerate a fi bune prin tradiție, ori pentru că sunt date de Dumnezeu, ori pentru că sunt, pur și simplu, socialmente utile; în fine, efortul de spoire a bunăstării unui cât mai mare număr de oameni. Această "experiență morală" poate fi abordată, și a fost abordată, cu mijloacele științei (e.g. cercetările sociologice, psihologice, antropologice etc.). Abordarea filosofică e deosebită: ea constă nu în investigații de teren asupra mentalităților morale și valorilor locale ale unor comunități, ci în evidențierea și critica rațională a supozițiilor ontologice, gnoseologice, metodologice și axiologice ale acestei "experiențe morale". O asemenea abordare a luat forme diverse: fie forma teoriilor etice (etica de ordinul I), care articulează rațional o viziune morală; fie forma cercetărilor meta-etice (etica de ordinul II), care cercetează limbajul moralei în supozițiile sale semantice, sintactice, epistemologice etc.; fie forma eticii aplicate, care aplică teoriile la cazuri paradigmatică.

Totuși, trebuie să observăm varietatea descurajantă de păreri ale filosofilor ajunși să delimiteze sfera eticului. Voi enumera câteva:

a) Autori contemporani influenți consideră că domeniul eticului e delimitat de întrebarea socratică, și anume "Cum s-ar cuveni să trăim?". Eticele de acest tip par a fi centrate pe problema fericirii (vieții fericite), predeterminată de tema lor centrală, aceea a perfecțiunilor caracterului (virtuților etice): cum trebuie să fim pentru a trăi fericiți. Eticele de acest tip, centrate pe persoane (caractere) și vieți, intră în categoria mai largă a eticilor virtuții și au partizani contemporani notorii: P. Foot, B. Williams, A. MacIntyre, A. Comte-Sponville etc.

b) La alți autori, conceptul esențial al moralității e cel de datorie (sau de obligație) morală obiectivă, transsubiectivă, valabilă pentru orice ființă umană, chiar pentru orice ființă rațională. A fi moral, în această accepție, înseamnă a acționa din datorie, ignorând propriile înclinații, dorințe etc. Iar această datorie morală își are originea într-o voință morală bună, rațională, ce face parte din natura oricărei ființe raționale. De exemplu, a ajuta un om aflat la ananghie e un act moral numai dacă e făcut din datorie (din principiul rațional: "Trebuie să ajuți pe cei nevoiași"), adică din pura voință bună a omului; el nu e moral dacă e făcut pentru că ți-e rudă sau pentru că vrei să atragi acea persoană de partea ta (dintr-un interes egoist, de pildă, pentru a te alege în viitoarea campanie electorală). Un asemenea act e bun indiferent de consecințele sale: de pildă, el rămâne bun chiar dacă nu l-ai scos pe respectivul om din dificultate sau l-ai introdus în alta mai mare, sau l-ai jignit etc. Ceea ce contează aici e intenția bună. Morala aceasta e o morală a intenției.

Teoriile etice de acest tip poartă numele generic de deontologism: o acțiunea e relevantă etic dacă respectă o obligație. Există multe varietăți de teorii deontologice asupra cărora nu mă voi opri aici. Voi aminti doar patriarhul modern al acestui curent: Im. Kant. Dintre contemporani, J. Rawls e, poate, cel mai cunoscut.

c) După alți filosofi, o acțiune e moralmente corectă dacă ea are consecințe bune, i.e. dacă maximizează plăcerea pentru un număr cât mai mare de oameni. Aici nu contează intenția bună, nici regula, ci doar consecințele acțiunilor. Asemenea teorii formează clasa doctrinelor etice consecinționiste, una din speciile căreia e utilitarismul. J.S. Mill e unul dintre părinții utilitarismului modern, filosofia morală anglo-saxonă a acestui secol e preponderent utilitaristă” [6, p. 24-26].

Caracteristicile succinte atribuite eticii evidențiază două mari direcții în dezvoltarea eticii, numite în unele lucrări de specialitate și ramuri ale eticii: *etica teoretică și etica aplicată*.

Direcțiile de dezvoltare ale eticii		
Etica teoretică		Etica aplicată
Metaetica	Etica normativă	
<p>Această parte a eticii teoretice cercetează probleme morale cum ar fi: natura moralității; dimensiunea ontologică a moralității; justificarea rațională a presupuzițiilor etice; substratul psihologic al deciziilor morale, capacitatea judecăților etice de a schimba opiniile și atitudinile oamenilor etc.</p> <p>Problemele enumerate caută să clarifice întrebări precum:</p> <p>I. Sunt valorile morale fenomene obiective, adică, independente de om ca origine sau entități subiective, produs al conștiinței, convenții sociale?</p> <p>II. Ce stă la originea judecăților noastre morale, egoismul sau altruismul, rațiunea sau senzația, sentimentul, emoția?</p>	<p>Studiază conținutul normelor, principiilor și valorilor morale. Mai mult, evaluează acțiunile și comportamentele morale, precum și elaborează standarde morale menite să ghideze comportamentul uman. Teoriile normative încearcă să formuleze răspunsuri sistematice la întrebări de genul:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓Ce este corect moral? ✓Când este o acțiune bună sau rea? ✓Ce valori sau principii ar trebui să adopt? ✓Care ar trebui să fie consecințele acțiunilor noastre? <p>Etica normativă cuprinde trei tipuri mari de teorii etice:</p> <p>I. Teoria virtuții. II. Deontologia. III. Consecințialismul.</p>	<p>Abordează subiecte etice specifice, probleme și dileme morale în situații concrete (în viața de familie, profesie, societate) și le raportează la o anumită teorie etică sau la un set de principii morale. În alt sens, aceasta accentuează necesitatea și utilitatea raportării a unui context din activitatea umană la un standard moral de referință (profesional).</p> <p>Cercetările de etică aplicată ia amploare în a doua jumătate a secolului XX, unde s-au cristalizat dezbateri vii, prin care au fost înaintate noi probleme cu privire la limitele eticii tradiționale, la necesitatea reformulării unor principii morale clasice pentru a le putea aplica la situații noi.</p> <p>Cele mai răspândite ramuri ale eticii aplicate sunt: bioetica, etica medicală, etica cercetării științifice, etica clinică, etica ambientală, etica afacerilor, etica juridică etc. Fiecare dintre acestea preocupându-se de situații particulare și dileme specific domeniului.</p>

TEORII ETICE NORMATIVE

Etica virtuții

Teoriile virtuții accentuează dimensiunea morală a persoanei și o prezintă ca purtător al moralei, adică este un agent al moralității, iar acțiunile sunt rezultatul „cum ești așa trăiești”. În etica virtuții totul se raportează la devenirea morală a persoanei. În alt sens, dacă omul posedă virtuți, trăsături de caracter bune, atunci el va acționa moral (bine), având deprinderea faptei morale. De exemplu, dacă omul posedă așa virtute ca dreptatea, el va și acționa aproape constant în mod drept, adică cântărind propriul interes în raport cu interesele altora. Dacă omul are așa virtute ca bunăvoința, el va avea tendința perenă de a face bine altora, de a promova starea de bine a semenilor. Și invers, dacă omul este vicios, adică posedă trăsături de caracter rele persistente, ele se vor manifesta cu certitudine în acțiunile acestuia. Astfel, la întrebarea “care este omul bun/moral?”, teoriile virtuții răspund: omul virtuos.

Apel la sursă: Valentin Mureșan. Comentariu la Etica Nicomahică.

„Teza inițială: Întrebarea fundamentală a eticii, ca parte a politicii, este: Cum s-ar cuveni să trăiască o persoană bună și cum ar trebui organizată societatea pentru a permite oamenilor o viață înfloritoare sau fericită?”

Pentru a răspunde la această “întrebare socratică”, Aristotel își ancorează etica în metafizică. Din punct de vedere metafizic, fiecare lucru - deci și fiecare artă ori activitate - e caracterizat printr-un “bine” propriu, i.e. printr-un scop definitoriu pe care doar acel lucru îl poate servi. Și omul are un asemenea “bine” sau scop esențial, legat de existența unei funcții (*ergon*) caracteristice omului (1,1). Să ne imaginăm acum un șir de întrebări și de posibile răspunsuri aristotelice, plecând de la ideea că omul are un “bine”:

1. Care este “binele omului”? (I, 4).

- Binele omului este fericirea (*eudaimonia*).

2. Ce este fericirea? (I,5).

- Fericirea este un anumit mod de viață (I, 7).

3. Ce înseamnă viață? (IX, 9).

- Viața pentru om înseamnă ansamblul activităților sufletului (activități de simțire și gândire) care se exteriorizează în acțiuni. Dar specifică omului e viața *rațională*.

4. Și ce înseamnă viața *fericită*? ... Înseamnă o viață în care activitățile sufletului sunt conforme cu perfecțiunile sufletului sau cu “virtutea” (*arete*) (I, 7).

5. Conforme cu o anumită virtute sau cu mai multe?

- Conforme cu virtutea cea mai înaltă, cu intelectul intuitiv (*nous*), dar și cu virtuțile etice (I, 10).

6. Dar ce e virtutea (etică)? (I, 13; II).

- E o dispoziție (stare) a caracterului (adică a părții apetitive a sufletului) ce e capabilă de alegerea măsurii juste (mediei) în ce privește manifestarea afectelor noastre care se exteriorizează sub formă de acțiuni.

7. Dar oare toate afectele și acțiunile sunt virtuozose/viciozose sau numai unele?

- Numai cele voluntare (III, 1).

8. Dar oare toate acțiunile voluntare sunt virtuose/vicioase sau numai unele?

- Nu toate, ci numai cele ce presupun *alegerea deliberată* (III, 2).

9. Ce e alegerea deliberată (*prohairesis*)? (III, 2-5).

- Alegerea deliberată este dorința deliberată a unor lucruri sau acțiuni ce stau în puterea noastră.

10. Virtutea etică e o formă de “alegere deliberată”?

- Nu, dar acțiunea virtuoasă presupune alegerea deliberată, i.e. o cooperare între dorința rațională (*boulesis*) ce determină scopul (1145a) și înțelepciunea practică (*phronesis*) ce determină mijloacele pentru a atinge scopul.

11. Ce este *phronesis*, tot o virtute?

- E o virtute, dar una intelectuală, dianoetică, alături de artă (*techne*), știință (*episteme*), înțelepciune speculativă (*sophia*) și intelect intuitiv (*nous*) (VI).

12. Ce este o virtute dianoetică? (VI)

- E o dispoziție a părții pur raționale a sufletului ce vizează (nu media, ci) adevărul (VI, 2).

13. Există vreo legătură între cele două categorii de virtuți? (VI, 12-13)

- Da, virtutea etică *presupune în mod necesar* înțelepciunea practică (și reciproc) (1144b, 31-33). Viața *fericită* presupune exercitarea tuturor acestor virtuți, etice și dianoetice.

14. De ce abordează Aristotel tema *plăcerii*? (VII, 11-14; X, 1-5).

- Pentru că: (a) plăcerea e legată de virtutea etică (e obiect al ei; acțiunile morale sunt însoțite de plăcere/ durere; scopurile sunt plăcute/neplăcute); (b) plăcerea e legată și de fericire (căci fiecărei activități îi corespunde o plăcere; există o ierarhie a activităților și, deci, a plăcerilor; prin urmare, există o plăcere supremă, cea resimțită de omul virtuos [fericit], ce corespunde activității celei mai înalte: contemplarea).

15. De ce abordează Aristotel tema *prieteniei*? (VIII; IX).

- Pentru că și prietenia e o virtute etică (sau ceva foarte asemănător ei - 1155a). În plus, fericirea *presupune* prietenii ca o condiție exterioară a ei (1169b, 23).

16. Ce este, în sfârșit, fericirea? (X, 6-9).

- Fericirea (*eudaimonia*) este activitatea (sau ansamblul de activități) ce tinde să fie conformă cu virtutea cea mai înaltă (*nous* sau *sophia*?), dar presupune și celelalte virtuți (etice), inclusiv unele “bunuri exterioare”, fiind însoțită și potențată de plăcerile cele mai înalte și toate acestea de-a lungul întregii vieți. Așa s-ar cuveni să trăim!” [7, p. 23-25].

Printre virtuți sunt enumerate: înțelepciunea, curajul, cumpătarea și dreptatea, bunăvoința, onestitatea etc., iar printre vicii: prostia, lașitatea, nerăbdarea, insensibilitatea, nedreptatea, nesinceritatea etc.

Apel la sursă: Ioan Zanc, Iustin Lupu. Bioetica medicală – principii, dileme, soluții.

„Etica virtuții se prezintă sub două forme:

a) sub forma unui cod de virtuți (și vicii) morale ce fixează valorile etice și oferă un centru de referință vieții morale a individului și colectivității, cod ce poate suferi corective în funcție de modificările sociale, culturale sau religioase; și

b) sub forma unor tipologii sau caracterologii care descriu scheme tipice de comportament, de atitudini, calități sau defecte morale, reprezentative pentru atitudinea și profilul moral al unor subiecți morali dintr-o colectivitate dată” [11, p. 16].

Etica deontologică

Noțiunea „deontologie” își are originea în termenii grecești *deontos* – un prim sens este – *ceea ce se cade sau ceea ce este necesar* – alt sens e – *obligație, datorie* și respectiv, *logos* – teorie, cunoaștere, știință. Deontologia studiază originea, natura și formele datorii morale. Mai mult, când aceasta se referă la o profesie, dobândește caracteristici specifice domeniului de activitate.

Exemplu: Deontologia medicală cuprinde ansamblul normelor cu referire la conduita, drepturile și obligațiile medicului în relație cu colegii, pacienții, familia pacientului etc. Deontologia își întemeiază moralitatea pe obligație, datorie, iar un criteriu esențial al unei acțiuni morale este dacă a fost sau nu făcută în conformitate cu datoria, rezultată din conținutul și maniera relațiilor sociale. Respectiv, persoana este morală dacă își realizează obligațiile.

Apel la sursă: Gavrilovici C. Introducere în bioetică.

*„Cea mai cunoscută teorie deontologică a fost avansată de Immanuel Kant, care consideră că o acțiune este greșită moral dacă ea nu corespunde cu statutul persoanei de **ființă liberă și rațională**. Dimpotrivă, o acțiune care întărește caracterul **liber și rațional** al ființei umane este corectă moral. Kant pledează pentru faptul că moralitatea derivă din rațiune și nu din tradiție, intuiție, conștiință, emoții sau compasiune. Pentru a avea un merit moral, motivația acțiunii unei anumite persoane trebuie să vină din recunoașterea faptului că acea persoană intenționează să facă ceea ce trebuie din punct de vedere moral. Pentru a afla ceea ce trebuie făcut, din punct de vedere moral, înseamnă a ne baza judecata morală pe argumente care s-ar aplica la orice persoană într-o situație similară. Kantianismul apreciază așadar valorile care pot fi generalizate (ex: adevărul este universal valabil, în viziunea lui Kant).*

Kant a trasat o distincție clară între datorii neesențiale, care trebuie îndeplinite doar în anumite circumstanțe, și cele categorice, sau absolute, care se bazează pe o argumentare solidă asupra naturii lucrurilor, și astfel se pot aplica în orice circumstanță. În acest sens el consideră ca datoria de a promova libertatea umană și rațiunea este singura datorie adevărată. Din imperativele absolute kantiene, două au rămas extrem de importante și astăzi: acționează după acel precept pe care l-ai dori să devină lege universală, și niciodată să nu tratezi umanitatea (fie în persoana ta, sau a altuia) ca un mijloc, ci ca un final în sine ” [4, p. 27-28].

După cum se observă din sursa citată Immanuel Kant susține că legile morale ale omului au forma *imperativului categoric* și se află în noi, manifestându-se mai ușor sau mai greu odată cu maturizarea rațională a persoanei.

Apel la sursă: **Valentin Mureșan. Trei teorii etice. Kant, Mill, Hare.**

„Ce este un **imperativ categoric**? Imperativele sunt propoziții prescriptive; semnul lor distinctiv e cuvântul „trebuie”. Ele nu sunt, aici, propoziții la modul (gramatical) imperativ. Kant divide imperativele în două clase: imperative ipotetice și imperative categorice. Imperativele ipotetice au o formă condițională: „Trebuie să vrei (să faci) X dacă vrei să realizeze scopul Y”. De exemplu, „Trebuie să fii cinstit cu clienții dacă vrei să nu dai faliment”. „Trebuie să vrei (să faci) acțiunea X” se numește „forma” imperativului; partea care se referă la scop se numește „materia” imperativului. De aici terminologia conform căreia imperativele ipotetice sunt materiale, pe când cele etice sunt formale. Căci imperativele etice sunt categorice, necondiționate, absolute; ele rețin numai „forma” imperativului. Un imperativ categoric e așadar o propoziție de tipul: „Trebuie să vrei (să faci) X” (punct). Scopul subiectiv („materia”) lipsește din structura sa. De exemplu, „Trebuie să fii cinstit” [8, p. 34].

Etica consecinționistă

Teoria consecinționistă deduce moralitatea conduitei umane din analiza cost-eficiență a consecințelor acestei conduite. Această teorie etică are promotori pe reprezentanții utilitarismului. Astfel, în sens utilitarist, o faptă este considerată morală dacă consecințele acesteia sunt mai mult favorabile/utile/plăcute decât nefavorabile/neutile/neplăcute pentru persoanele implicate și avizate într-o relație sau activitate.

Apel la sursă: **Ioan Zanc, Iustin Lupu. Bioetica medicală – principii, dileme, soluții.**

„**Utilitarismul** este o doctrină etică ce privește moralitatea acțiunilor ca fiind total dependentă de consecințele sau rezultatele lor benefice (binele obținut). Faptele oamenilor nu sunt corecte sau obligatorii datorită caracterului lor intrinsec valoros, relațiilor lor cu normele sociale sau divine (religioase), ci datorită binelui pe care-l produc. Utilitarismul își are originile în Anglia secolului XVII, dar și-a primit formularea clasică în operele lui J. Bentham (1748-1832), John Stuart Mill (1806-1873) și Henry Sidgwich (1838-1900) și continuă să exercite o mare influență și azi, mai ales în filosofia (teoriile etice) anglofonă.

J. Bentham susține că o acțiune este justă sau nejustă după utilitatea ei. În lucrarea „An Introduction to the Principles of Morality and Legislation” – opera sa principală (1789), el definește principiul utilității drept „proprietatea prezentă în orice obiect de a tinde să producă plăcere, bine sau fericire, sau să preîntâmpine apariția durerii, răului sau nefericirea, persoanelor implicate”

Obiectivul oricărei legislații trebuie să fie atingerea „cele mai mari fericiri pentru cel mai mare număr de persoane posibile”. Orice pedeapsă implică durerea/suferința, și este de aceea rea; ea trebuie să fie folosită doar atunci când „poate evita producerea unui rău mai mare”...

J. Bentham susține că toate ființele umane sunt în general și exclusiv motivate de dorința de a câștiga plăcerea și a evita durerea. Acțiunile trebuie judecate drept juste

doar după faptul că tind sau să maximizeze plăcerea și să minimizeze durerea la cei afectați de ele. Acțiunea și actele sunt determinate în mod egoist, numai de interesul personal. Un act e just dacă produce mai multă plăcere decât durere. Teza de bază (fundamentală) a utilitarismului, formulată de Bentham, este **Principiul Maximei Fericiri**, potrivit căreia binele suprem îl reprezintă „Asigurarea celei mai mari fericiri posibile pentru un număr mai mare de oameni”.

Fericirea este concepută drept maximizarea plăcerii și minimizarea durerii. Scopul este o cât mai mare fericire pentru cât mai mulți oameni. Utilitarismul clasic a fost unul de factură hedonistă. Hedonismul este o doctrină etică potrivit căreia fericirea (definită prin prisma plăcerii) este socotită scopul unic și potrivit al acțiunii umane.

Prima versiune a hedonismului etic a fost susținută de cirenaici (sec.4 î.Hr.), care afirmă că arta de a trăi constă în a te bucura cât mai mult de fiecare clipă prin plăceri ale simțului și ale intelectului. Prim contrast, epicurienii puneau accentul pe dobândirea de plăceri durabile și pe evitarea durerii, subliniind rolul prudenței și al disciplinei în atingerea binelui suprem: calmul sufletesc (ataraxia).

Identificarea fericirii cu plăcerea a fost respinsă încă de pe vremea lui Socrate de către filosofi și teologi. Iar Epicur atrăgea atenția că nu trebuie să ne lăsăm dominați de plăceri, căci acestea se pot transforma în neplăceri mai mari (de exemplu, consumul de alcool sau tutun), ne pot duce în situația de a fi robi ai plăcerii. Ne domină ele pe noi și nu invers. Mai mult, uneori e de preferat o durere mică unei plăceri, pentru a ne procura mai târziu o plăcere mai mare. Ca de exemplu, e de preferat o doctorie amară când ești bolnav, pentru a te bucura mai târziu de sănătate.

Susținători ai diferitelor forme de utilitarism au încercat să distingă între acte despre care credem că duc la fericire și acte care duc în fapt la ea.

J.S. Mill a introdus o distincție calitativă între plăceri „superioare” și plăceri „inferioare”, acordând prioritate satisfacțiilor superioare, intelectuale față de cele inferioare, senzoriale. De asemenea, a completat principiul fericirii personale cu cerința solidarității umane, deosebind între acte săvârșite în folosul propriu și acele acțiuni laudabile din punct de vedere moral care permit cel mai mare consum de plăcere pentru toți” [11, p. 16].

În contextul celor prezentate cu privire la teoria consecințialistă, apr trei întrebări la care e bine să gândim atunci când le aplicăm în activitate:

I. În ce fel am putea observa cu acuratețe fericirea pe care e probabil s-o producă o acțiune individuală ori o regulă generală? Această întrebare atrage atenția la o dificultate practică, mai mult, e greu să cunoști anticipat impactul real al acțiunii.

II. Cum evaluăm contextul, s-ar putea întâmpla ca fericirea majorității să poată fi obținută cel mai eficace prin sacrificarea unei minorități sau ființe vulnerabile (statutul moral al embrionului). Punctul dat evidențiază riscul lipsei unei echități.

III. Nu apare o formă unilaterală în faptul că moralitatea este analizată preponderent prin prisma acțiunilor și a consecințelor și mai diminuat prin cea a motivelor sau a intențiilor?

4. Caracteristica, nivelurile și categoriile eticii medicale

Etica medicală reprezintă o componentă a eticii aplicate. Aceasta analizează și sistematizează principiile, normele și valorile morale care reglementează relațiile umane în activitatea medicală. Obiectul eticii medicale este morala medicală, condiția relațiilor morale în activitatea medicală.

Putem distinge trei înțelesuri diferite ale eticii medicale:

„a) Etica medicală este un studiu asupra responsabilității morale a medicilor. În această variantă ar fi vorba de punerea în evidență a relației dintre problemele morale particulare care apar în relația dintre pacient și medic și principiul responsabilității (Clouser D. 1974, p 658) Personalul medical ar trebui interesat în cunoașterea acestor reflecții, fie ele rodul studiilor personale sau de grup ale unor specialiști, fie ca atitudini exprimate în cadrul dezbaterilor publice.

b) Etica medicală este analiza cazurilor concrete, particulare în care luarea unei decizii este foarte dilematică. În această accepțiune se are în vedere colaborarea dintre medic, etician și jurist tocmai pentru a repera valorile relevante, principiile morale pertinente și eventualul lor conflict, pentru a analiza argumentele, presupuzițiile și posibilele implicații ale anumitor decizii (Arras J., Murray T, 1982).

c) Cea mai frecventă înțelegere a eticii medicale este în varianta unui ansamblu de reguli morale pe care profesioniștii trebuie să le respecte tocmai ca o condiție a statutului lor de profesioniști” [3].

Mai mult, grupul de principii, norme și prescripții morale care reglementează comportamentul medicului reflectă valoarea socială a medicinei, importanța ambianței morale în relațiile dintre medic–pacient, medic–medic și medic–societate. Etica medicală, ca parte componentă, include și teoria despre datoria morală a medicului – deontologia medicală. Normele deontologiei medicale sunt predestinate de a reglementa doar relațiile dintre medic și pacient, pe când normele eticii medicale reglementează și relațiile dintre medic și colectiv, societate, relațiile dintre lucrătorii medicali. Morala medicală este determinată nu numai de calitățile personale ale medicului, dar și de modelul cultural al societății, de politica sănătății publice, de prestigiul social al statutului medicului și de condițiile de activitate. Particularitățile concret-istorice ale moralei medicale de asemenea sunt determinate și de totalitatea elementelor suprastructurii, de nivelul dezvoltării științei și tehnicii în genere, de nivelul științei și tehnicii medicale în special.

Analizați textul și îl interpretați în raport cu cunoștințele studiate mai sus cu privire la etica aplicată.

„Prin noțiunea de “etică profesională” se subînțelege o totalitate de legi, norme, prescripții, porunci, aprecieri, teorii științifice istoricește constituie despre comportamentul corect al reprezentantului unei anumite profesii, despre calitățile lui morale, care reies din funcția socială a profesiei, determinată de specificul datoriilor profesionale. Etica profesională constituie teoria privind moralitatea profesională ce reprezintă concretizarea principiilor și normelor morale generale referitor la diferite activități umane. Normele eticii pedagogice, medicale, juridice etc. reflectă într-o formă spe-

cifică și concretă principiile generale ale moralei privind activitatea reprezentanților acestor profesii. De aceea rezolvarea corectă a problemelor morale ale activității profesionale este posibilă doar pe baza cerințelor generale ale moralei dominante în societate. Deci, etica profesională ține de viziunea muncii, de exercitarea funcțiilor sociale și de serviciu.

Conceperea contemporană a eticii profesionale s-a lărgit considerabil. Ea reglementează și acele feluri de activitate care propriu-zis nu sunt profesionale și nu-s legate de viziunea muncii, dar depind de funcțiile sociale. În prezent tot mai des se vorbește despre etica sportivului, etica militară, etica conducătorului, etica pedagogului etc. Totodată e necesar să menționăm că etica profesională nu e obligată să fixeze toate nuanțele fiecărei profesii. Ea poate să exprime cerințele morale referitoare nu doar la o singură profesiune, ci la o grupă întreagă de profesii, ale căror funcții obiective și predestinații sociale coincid. Așa, de exemplu, cerințele eticii medicale în genere sunt comune pentru reprezentanții tuturor specialiștilor din sfera ocrotirii sănătății, deși ca rezultat al specializării în etica medicală a apărut categoria de deontologie în chirurgie, neurologie, psihiatrie etc., care reflectă cerințele morale suplimentare referitoare la fiecare specialitate. De asemenea nu sunt deosebiri esențiale între cerințele eticii pedagogice prevăzute pentru matematicieni, filologi etc. Această situație se referă și la alte etici profesionale ce unesc un șir de profesii înrudite.

Pentru unele feluri de activități profesionale se avansează cerințe sporite. De exemplu, activitatea profesională în domeniul ocrotirii sănătății, culturii, învățămîntului, administrării publice, care după conținutul său constituie o muncă nemijlocită cu oamenii, are o importanță socială majoră, însă rezultatul acestei activități nu poate fi controlat direct. Prestigiul moral și social al acestor profesii întotdeauna a fost destul de înalt ca rezultat al încrederii mari a societății față de ele. Însă, oferind împuterniciri depline, societatea aplică acestor profesii cerințe morale sporite.

Fiecare principiu al eticii profesionale se manifestă ca o integrare a cerințelor etice ale societății în cauză plus cerințele morale specifice ce țin de particularitățile, predestinația și rolul fiecărei profesii. De exemplu, umanismul ca principiu moral în activitatea profesională se concretizează în corespundere cu scopurile sociale ale fiecărei profesii. În etica pedagogică avem de-a face cu stima pentru personalitatea copilului, cu tendința de a evidenția și dezvolta toate capacitățile lui. În etica medicală acest principiu se exprimă prin acordarea ajutorului medical fiecăruia care are nevoie, iar în etica conducătorului – stima demnității personale a subalternului etc. În sfera activității profesionale datorită, idealul, aprecierea morală, cinstea, conștiința de asemenea au un conținut concret specific, sunt determinate de caracterul activității și se manifestă drept criteriu al acestei activități profesionale.

Etica profesională este menită să stimuleze conștientizarea, conceperea de către reprezentanții anumitor profesii a locului, rolului și destinației sale sociale, a obligațiilor și datoriei sale, să învețe a aprecia critic faptele și acțiunile sale, compartându-le cu cerințele morale profesionale. Ea este predestinată să formeze calități morale necesare, să îndemne la autoperfecționarea morală și sporirea culturii sentimentelor.

Etica profesională are anumite particularități. Principalul pentru fiecare profesie și grupuri de profesii similare este: **a) importanța socială a moralei** pentru exercitarea datoriei profesionale, aprecierea categoriei de bază a moralei profesionale concrete (conținutul ei lasă o amprentă asupra sistemului de norme și reguli morale ale acestei profesii); **b) rolul specific al unor cerințe morale**, care au o semnificație deosebită pentru profesia în cauză; **c) executarea cerințelor morale** concrete și existența anumitor reguli, obiceiuri, deprinderi, aptitudini în conștiința reprezentanților unor sau altor profesii. Deci etica profesională trebuie să fundamenteze teoretic esența și semnificația anumitor profesioniști.

La baza obligațiilor concrete ale reprezentanților unei sau altei profesii se situează în principiu aceleași cerințe morale, care nu exclud și cerințe specifice ale moralei profesionale. De exemplu, pentru medic cerința morală principală o constituie atitudinea delicată, atentă, grijulie față de bolnav; pentru pedagog datoria moralei profesionale devine dragostea față de copii și conștientizarea responsabilității față de societate pentru educația generației noi; pentru savant datoria profesională constă în căutarea conștiințioasă a adevărului științific în scopuri mărețe pentru binele poporului. Pentru reprezentanții sferei juridice profesionalismul constă în realizarea maximală a echității și justiției.

Bineînțeles că poate să apară obiecții, precum că cerințele nominalizate nu s'îndeajuns de specifice, precum că oamenii trebuie să aibă o atitudine grijulie unul față de altul, să fie onești, sinceri, echitabili. Fără îndoială – că așa e, însă pronunțarea delicateții, umanității, responsabilității tuturor profesiilor nu este identică, ea are specificul și nuanțele sale. De exemplu, în profesia medicului delicatețea, umanitatea capătă în cea mai mare măsură caracterul cuvenit și au o scară de apreciere morală strictă, cu alte cuvinte, anume aceste calități trebuie îndeosebi să-i caracterizeze pe medici” [10, p. 26-28].

Problematica și conținutul eticii medicale poate fi studiat prin prisma a trei componente esențiale:

I. Nivelurile eticii medicale

Primul nivel etica medicinei

Conține subiecte și problemele etice constituite în interacțiunea medicinei și societății, când analiza și sinteza anumitor probleme morale și categorii etice depind nemijlocit de medicină. În acest caz e vorba de așa probleme ca locul medicinei în progresul sociomoral al omenirii, importanța și scopul medicinei, viitorul ei etc.

Al doilea nivel etica medicului

Acesta se fundamentează pe faptul că în activitatea medicală activează diferiți oameni. Respectiv, contradicțiile social-politice, idealurile umane și principiile morale ale societății în conștiința acestora se reflectă în mod diferit, care condiționează diferite decizii. În acest context apare necesitatea de a determina științific trăsăturile morale

ale medicului, atitudinea medicului în diferite situații morale, caracterul interacțiunilor părților subiective ale datoriei morale, responsabilității, cinstei etc.

Al treilea nivel deontologia medicală

Conține probleme specifice ale lucrătorului medical, cum ar fi: interacțiunile dintre medic și pacient, medic și rudele pacientului, medic și colegii de lucru, problema tainei medicale, greșelilor medicale etc. Aici avem de-a face cu problematica deontologiei, adică cu problemele datoriei profesionale, riscului etc.

Apel la sursă: Teodor N.Țirdea. Bioetică: curs de bază.

„În etica medicală se disting trei niveluri: “Etica medicinei”, “Etica medicului” și “Deontologia medicală”, ce ne oferă posibilitatea de a determina structura conținutului acestei discipline științifice. Denumirea “Etica medicală” ne accentuează faptul că ea ocupă tot ansamblul problemelor etice ale medicinei, dar nu se limitează la un nivel sau altul.

În literatura medicală, o mare atenție se acordă problemelor deontologice ale eticii medicului. Aceste probleme se studiază prin prisma activității practice a medicului din diverse domenii ale medicinei: pediatrie, dermatovenerologie, oncologie etc. Mai mult decât altele este neglijat primul nivel, legat de rolul medicinei în viață și progresul societății. Etica medicală va putea obține statut de disciplină științifică doar în cazul în care toate nivelurile problemelor etice medicale vor fi studiate cu aceeași eficiență și insistență” [10, p. 310].

II. Categoriile eticii medicale

Dialogul dintre medic și pacient reprezintă relația cu o mare încărcătură morală, având în vedere profunzimea și complexitatea valorilor implicate, cum ar fi: *autoritatea medicului* în societatea respectivă și *încrederea pacientului* în procesul decizional. Particularitățile întâlnirii medicului cu pacientul poate fi sursă a unor multiple controverse, probleme, dileme, interogații. Omul bolnav și lucrătorul medical sunt membri ai aceleași societăți. Pacientul, o persoană care într-un anumit timp al vieții a cunoscut o dereglare a stării de sănătate, fapt care îi motivează întâlnirea cu medicul. Oricare ar fi starea clinică, gravitatea bolii, competența sau incompetența mentală, pacientul este o persoană care trebuie tratată cu respect, onestitate, profesionalism, loialitate. În cele ce urmează sunt relatate unele din principalele elemente ale relației medic-pacient. Mai mult, în activitatea medicală cunoștințele, normele și principiile morale refectionate în conținutul subiectelor supra sunt importante când analizăm caracterul moral al medicului, dar pe lângă acestea, pentru etica medicală sunt importante și așa categorii sau valori cum ar fi:

Autoritatea medicului și încrederea pacientului. Acestea sunt determinate reciproc (Figura 2) și în contextul devenirii profesionale a medicului acestea sunt înaintate prin natura lor drept idealuri și repere profesionale (Figura 1).

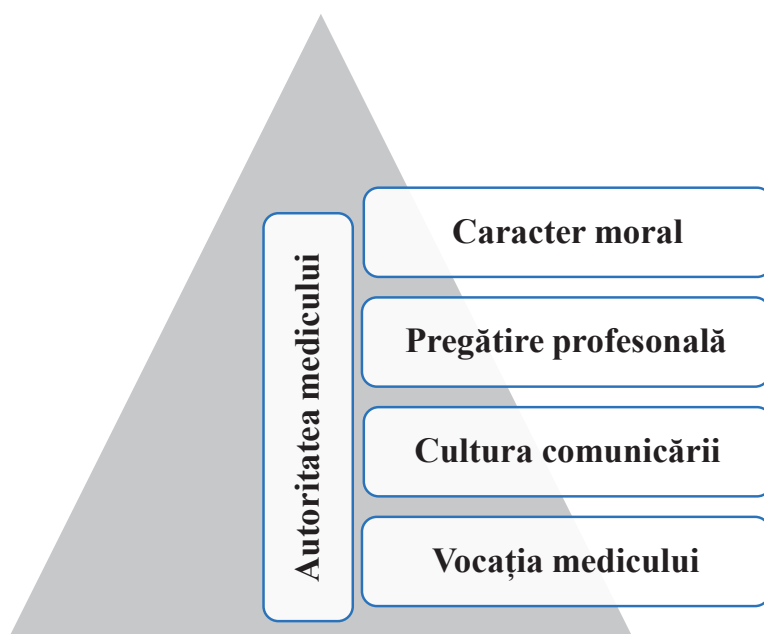


Figura 1. Componente definitorii cu privire la autoritatea medicului

Apel la sursă: CODUL CADRU DE ETICĂ (DEONTOLOGIC) al lucrătorului medical și farmaceutic / CAPITOLUL III. Autoritatea lucrătorului medical și farmaceutic și încrederea pacientului.

22. Autoritatea lucrătorului medical și farmaceutic depinde de pregătirea profesională și presupune un anumit prestigiu, reputație și faimă a acestuia.

23. Autoritatea profesională este un capital moral personal, dar în același timp este și o parte a tezaurului moral al tuturor persoanelor implicate în serviciul de asistență medicală.

24. Încrederea pacientului constituie reflectarea poziției lui morale privind relația sa cu medicul și este susținută de calitățile morale înalte, de abilitățile profesionale ale lucrătorului medical, manifestându-se prin convingerea personală de a respecta recomandările și prescripțiile medicale. Încrederea pacientului prezintă un indiciu al calității serviciului medical și este influențată direct de autoritatea profesională.

25. Fiecare membru al comunității medicale are obligația morală de a susține autoritatea profesională prin respectarea unor categorii etice comune generale, precum cinstea, demnitatea, disciplina, bunăvoința, politețea, respectul dezinteresat față de oameni.

26. Profesia medicală este incompatibilă cu duritatea, apatia, ignoranța, indiferența, aroganța, nerăbdarea etc., care afectează și discreditează atât autoritatea unui membru în parte, cât și a colectivului profesional, a medicinei în ansamblu.

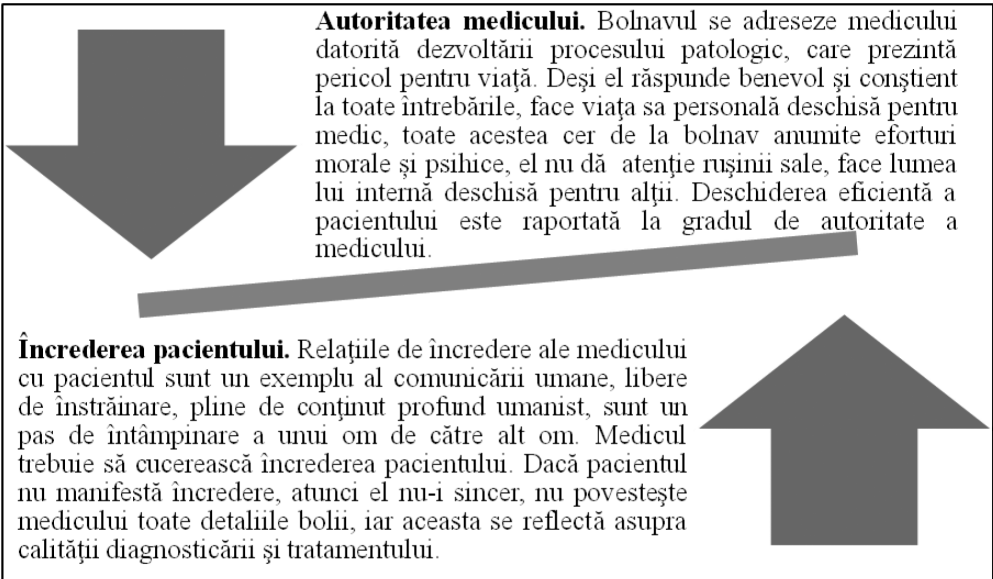


Figura 2. Determinarea reciprocă între autoritatea medicului și încrederea pacientului

Greșeala și eroarea medicală. În unele surse de specialitate acest subiect este interpretat confuz sau chiar superficial. Fie sunt redade ca sinonime, fie primesc conotații inversate. Astfel, un apel la dicționar ar clarifica cel puțin semantic în primă fază problema.

EROĂRE – 1. Cunoștință, idee, părere, opinie greșită. 2. Falsă reprezentare asupra unei situații de fapt ori asupra existenței unui act normativ [2].

EROARE – 1. Idee sau concepție falsă (generalizată) Si: iluzie, rătăcire. 2 Act al inteligenței care consideră adevărat ceea ce este fals... [5].

GREȘĂLĂ – Faptă, acțiune etc. care constituie o abatere (conștientă sau involuntară) de la adevăr, de la ceea ce este real, drept, normal, bun (și care poate atrage după sine un rău, o neplăcere)... [2].

Cele relatate accentuează judecata, precum că *eroarea* există la nivel de înțelegere, ține de domeniul cunoașterii și de interpretare, pe când *greșeala* este consecința erorii materializată în decizia persoanei, faptă, atitudine și acțiune. Astfel, într-o formă generalizată, putem susține că în activitatea medicală sursa majorității erorilor este cunoașterea netematică și parțială a bolnavului, iar aceasta (adică cunoașterea netematică și parțială a bolnavului) generează greșeli. Iar, în particular, greșala medicală este rezultatul erorilor apărute în procesul exercitării îndatoririlor de serviciu ale lucrătorilor medicali. Expresia *greșeală medicală*, în mare măsură, se folosește la analiza activității de diagnosticare, tratament și profilaxie, în procesul evidențierii cauzelor nefavorabile, rezultatelor apropiate și îndepărtate ale intervențiilor medicale, care în unele cazuri pot constitui obiectul cercetărilor medico-judiciare.

Apel la sursă: **CODUL CADRU DE ETICĂ (DEONTOLOGIC) al lucrătorului medical și farmaceutic / CAPITOLUL IV. Greșelile medicale și riscul profesional.**

27. Poziția pe care o adoptă lucrătorii medicali și farmaceutici față de greșelile profesionale trebuie să aibă drept criteriu esențial binele pacientului.

28. Fiecare lucrător medical și farmaceutic este obligat, din punct de vedere moral, să raporteze sau să declare benevol specialiștilor din domeniu comiterea unor greșeli (erori) proprii sau depistarea acestora în lucrul colegilor săi, în cazul în care pot fi afectate viața, sănătatea și binele pacientului.

29. Constatarea greșelii, manifestată prin omitere sau comitere, rămâne un criteriu imperios de apreciere a responsabilității lucrătorului medical sau farmaceutic în relația dintre necesitatea și libertatea profesională.

30. Atitudinea competentă, onestă și atentă a colegilor va servi drept exemplu moral pentru lucrătorul medical sau farmaceutic care a greșit.

31. Lucrătorul medical și farmaceutic trebuie să ia în considerare și să evalueze cele mai mici riscuri prin atitudine prudentă și acuratețe. Există riscuri supuse normării, adică susceptibile de evaluare anticipată, și riscuri nesupuse normării – imprevizibile, rezultate din situații de urgență.

32. În scopul reducerii eșecurilor profesionale, lucrătorul medical și farmaceutic trebuie să dea dovadă de scrupulozitate științifi că, prudentă, scepticism obiectiv, vigilență și entuziasm moderat. Riscul profesional devine tolerabil în cazul în care lucrătorul medical ia toate măsurile de precauție dictate de discernământul său moral și profesional.

Sarcină: Analizați textul, clasificați greșelile medicale și determinați ce erori medicale le generează.

„Greșelile medicale pot fi clasificate drept *t a c t i c e* (alegerea incorectă a metodelor de investigații, aprecierea incorectă a rezultatelor examinării, greșelile referitor la indicații și contraindicații în privința unor sau altor metode de tratament) și *t e h n i c e* (efectuarea incorectă a intervențiilor de diagnosticare și curative, perfectarea incorectă a documentelor medicale). De asemenea deosebim greșeli în diagnosticare, tratament și profilaxie.

Cauzele greșelilor pot fi *o b i e c t i v e* (30-40%) și *s u b i e c t i v e* (70-80%). La cauzele obiective ale greșelilor în diagnosticare se referă datele incomplete ale științei medicale despre unele procese patologice, elaborarea insuficientă sau lipsa metodelor urgente și nemijlocite de investigare ale unor sisteme și organe, dificultățile și complexitatea obiectului cunoașterii, condițiile și mijloacele cunoașterii, nivelul dezvoltării științei și tehnicii. La cele mai principale cauze obiective trebuie să se aibă în vedere și inconstanța unor postulate și principii ale medicinei teoretice și practice ce duc la schimbarea concepțiilor despre etiologie, patogeneză și tratament. Cauzele și condițiile obiective nu generează în mod fatal greșeli în diagnosticare. Ele creează doar posibilități. Se realizează greșelile în activitatea subiectului cunoașterii. Cu alte cuvinte, cauzele greșelilor se găsesc nu atât în complexitatea și inepiuzabilitatea obiectului cunoașterii, cât în caracterul contradictoriu și complex al procesului cunoașterii, în limitarea și unilateralitatea cunoașterii la fiecare etapă.

Printre cauzele subiective ale greșelilor medicale cele mai numeroase sunt greșelile condiționate de lipsa experienței suficiente a medicului. Deci, ele nu pot fi calificate ca grosolănie sau incultură. La acestea se referă și neatenția, examinarea superficială, pripită, incompletă a bolnavului. Tot la cauzele subiective se referă și gândirea lipsită de pendantism justificat, dezordonată și fără un scop bine determinat, nerespectarea legilor ei logice. Însă cea mai considerabilă parte a greșelilor au loc din cauza lipsei de cunoștințe ale medicilor (pregătirea teoretică insuficientă, necunoașterea realizărilor medicinei clinice contemporane).

Nu trebuie exclusă și specializarea îngustă a medicilor, care limitează cercul de cunoștințe și nu contribuie la conceperea integrală a bolii. La greșeli duce subestimarea anamnezei, fetișizarea investigațiilor instrumentale și de laborator, supraaprecierea posibilităților de diagnosticare de către unii medici, lipsa succesivității cuvenite în activitatea diferitelor instituții medicale. Indicele necoincidenței diagnozelor la internare și externare din spital, după datele unor autori, constituie de la 10% pînă la 25%. Circa 20% din bolnavii din staționar sunt examinați incomplet, iar 6% – cu întârziere. Indicele neconcordanței clinic și pe secții în spitalele de tip mixt este în jurul a 10%.

Din greșelile tratamentului medicamentos fac parte folosirea medicamentelor în doze incorecte (atât maximale, cît și minimale), folosirea compozițiilor incompatibile, ignoranța reacțiilor tangențiale posibile.

În activitatea practică deseori greșelile medicale se confundă cu nepăsarea sau neglijența. Una și aceeași acțiune a medicului cu consecințe egale poate fi calificată în diferite moduri în dependență de motive și condiții concrete. Așa, de pildă, dacă medicul a efectuat perforația ulcerului cu modificări patologice în timpul operației de chiuretaj, executînd această intervenție în condițiile spitalului, conform indicațiilor și după examinarea minuțioasă a bolnavei, atunci acțiunea nominalizată poate fi socotită greșeală tehnică sau accident. Dar dacă el a făcut tot aceea și în aceleași condiții, însă fără examinarea detaliată a pacientei, atunci perforația ulcerului poate fi apreciată ca neglijență, abatere de la normele de serviciu. În fine, dacă perforația a avut loc la efectuarea operației intenționat, fără indicații și în afara spitalului, atunci avem de-a face cu o crimă.

Nepăsarea sau neglijența sunt cele mai frecvente aprecieri ale acțiunilor incorecte ale medicilor. De cele mai multe ori neglijența se califică drept greșeală, ceea ce nu vorbește de o justețe. Administrarea unui preparat în locul altuia sau într-o doză incorectă constituie neglijență. Dacă medicul în activitatea sa profesională direct sau indirect încalcă legea, atunci avem de-a face cu o crimă.

Preîntâmpinarea greșelilor medicale pornește de la cauzele și izvoarele lor. Însă mai întîti de toate e necesară o perfecționare sistematică și permanentă a calificării medicilor, important este de asemenea analiza greșelilor la conferințele anatomo-patologice ale medicilor. Și în fine, o semnificație majoră o are pregătirea și instruirea specialistului multilateral dezvoltat, cu o mentalitate clinică creatoare, capabil a folosi rațional toate posibilitățile în dezvoltare ale medicinei” [10, p. 314-315].

Pe lângă aceste categorii ale eticii medicale există și altele, precum: *taina profesională și confidențialitatea, consimțământul informat, integritatea, respectul, compasiunea* etc., dar acestea vor fi analizate în contexte particulare în temele care urmează sub forma regulii morale sau a valorii morale prezentă în activitatea medicală.

III. Dilema etică în medicină

Acest subiect înaintea câteva întrebări călăuzitoare:

- ✓ Ce înțelegem prin dilemă morală? (deosebire între problemă morală și dilemă morală).
- ✓ Cum identificăm o dilemă morală? (ele pot exista în activitatea noastră, dar nu sunt observate).
- ✓ De ce este necesar să discutăm despre dilema morală în activitatea medicală? (demolarea factorilor individuali de generalizare a dilemelor).
- ✓ Cum gestionăm o dilemă morală?

DILÉMĂ – raționament cu două soluții, dintre care trebuie aleasă una, deși ambele duc la aceeași concluzie [2].

PROBLÉMĂ – **1.** Chestiune care prezintă aspecte neclare, discutabile, care necesită o lămurire, o precizare, care se pretează la discuții. **2.** Chestiune importantă care constituie o sarcină, o preocupare (majoră) și care cere o soluționare (imediată).

II. 1. Dificultate care trebuie rezolvată pentru a obține un anumit rezultat; greutate, impas. **2.** Lucru greu de înțeles, greu de rezolvat sau de explicat; mister, enigmă [2].

Din scurta expunere explicativă se poate conchide că dilema morală este un fel (gen) de răspuns la o problemă etică. Mai mult, Valentin Mureșan constată: „Cele mai solicitante probleme etice care ne obligă să depășim bunul simț moral și să căutăm cadre de evaluare mai sofisticate sunt dilemele etice (morale). O **dilemă morală** e un conflict a două datorii la fel de valabile, dar care, într-o anumită situație, nu pot fi respectate împreună. E un conflict *per accidens* (valabil în anumite circumstanțe), nu un conflict *per se* (contradicție logică între o obligație și obligația contrară: e obligatoriu să spui adevărul și e interzis să spui adevărul). Se rezolvă ierarhizând cele două obligații în acea circumstanță particulară”. În alt sens, dilema morală este o problemă etică complicată cu perspective confuze, unde sunt implicate două variante principale de acțiune ce se exclud reciproc și care, aparent, sunt egale moral.

Apel la sursă: **Vasile Astărăstoae. Dileme etice în medicină.**

„**Dilema etică** a fost descrisă de *Organizația Mondială a Sănătății* ca o **confruntare** între diferite valori, care sunt văzute ca fiind necesare în special în cazuri și circumstanțe și care sunt **în conflict**. Dar poate să apară și atunci când toate remediile posibile pentru o îngrijire clinică vor duce la încălcări morale.

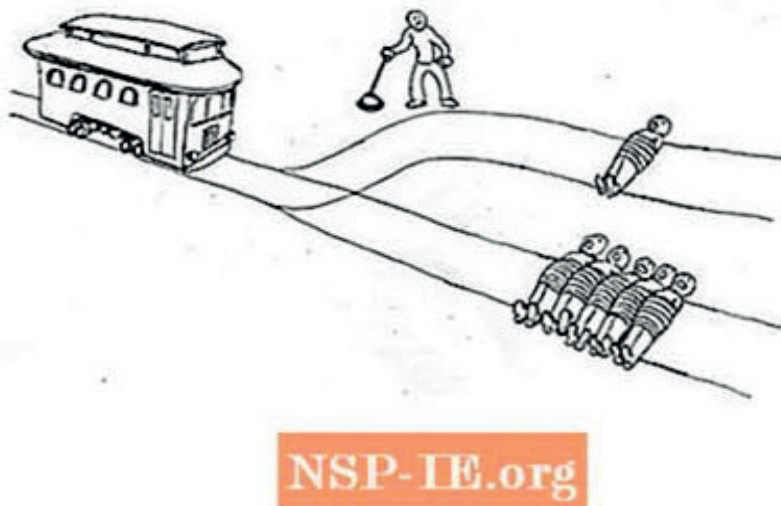
Când apare o dilema etică, aceasta poate fi **rezolvată folosind abordarea individuală**, deoarece nu există principii generale în abordarea ei. Stabilirea unui cadru etic cuprinzător și a unui cadru legal va ghida lucrătorii medicali în soluționarea dilemei etice. Dilemele etice sunt legate de **fapte medicale** (istoricul pacientului, rezultatele diagnostice, riscurile, complicațiile și intervenția anterioară asociată bolii de care suferă pacientul), **caracteristici individuale ale pacientului** (valori, cultură, religie, relații și experiențe anterioare) și **factori ce țin de medic** (valori, cultură, religie, facilitatea logistică, interesele concurente, rivalitate interprofesională etc.).

Progresul tehnologiilor și rezultatele cercetării în medicină duc la acutizarea dilemelor etice. În medicina modernă, ele pot fi găsite în telemedicină, inteligența artificială, testarea obligatorie, internarea non-voluntară, vaccinare, gestionarea îngrijirii aproape de sfârșitul vieții, testarea prioritara, biotehnologie, educația medicală, e-sănătate etc” [1].

În sinteză, o dilemă e situația în care persoanei i se cere printr-o obligație sau interdicție să facă două (sau mai multe) acțiuni pe care le poate face, dar dacă face una, încalcă o datorie morală și, invers, nici una dintre cerințe nesurclasând-o pe cealaltă.

Exemple de dileme etice:

- I. Un medic are datoria de a vindeca bolnavii săi. Dar un pacient îi cere să nu-i aplice un tratament (din motive religioase), ceea ce-i poate fi fatal. Dacă medicul își respectă datoria pentru care a jurat (să nu-i facă rău), el trebuie să-l oblige pe pacient să facă tratamentul, deci să încalce regula consimțământului informat conform căreia pacientul decide autonom, în ultimă instanță, asupra propriului corp. Dacă respectă această regulă, își încalcă datoria de a face binele. Cum ar fi moral să procedeze el? Va trebui să găsim criterii pentru ierarhizarea datoriilor.
- II. O dilemă etică e aceea în care se află Cephalos în Republica I: i) să restituie, așa cum a promis, o armă pe care a împrumutat-o de la un cunoscut sau ii) să nu o restituie dat fiind că între timp cunoscutul a înnebunit și amenință cu moartea în stânga și în dreapta? Cephalos se află între două datorii la fel de valabile, datoria de a-și ține promisiunile și datoria de a nu aduce prejudicii celorlalți; dacă o respectă pe una, o încalcă pe cealaltă – în circumstanțele date.
- III. Există însă “dileme simetrice”, în care alternativele disponibile sunt la fel de “grele”. “Alegerea Sofiei” (William Styron) e de acest tip: Sofia are doi copii și se află într-un lagăr nazist. I se cere să-și ucidă un copil pentru a-l putea menține pe celălalt; altfel, ambii copii vor fi uciși; ea nu are nici un temei pentru a-l favoriza pe unul. (*William Styron. Alegerea Sofiei. București: Adevărul Holding, 2011. 2 vol.*).
- IV. Dilema trenului:
Un tren rulează scăpat total de sub control. În calea sa se află 5 oameni care au fost legați de șină de un răufăcător. Din fericire, există un macaz și o linie ocolitoare, dar pe care e un alt om legat de șină. Știi că numai de tine depinde soarta acestor oameni. Vei schimba macazul? Dacă nu faci nimic, trenul va ucide 5 persoane. Dacă schimbi macazul, va ucide una și cinci vor fi salvate. E *moral* să ucizi o persoană pentru a salva cinci? (persoana e nevinovată și nu și-a dat acordul să fie sacrificată).



Aceste patru exemple de dileme etice au fost preluate din articolul: Valentin Mureșan. Dilemele etice și cadrele de evaluare morală [9].

Sarcină: Evaluați moral aceste patru tipuri de dileme etice prin prisma teoriilor etice analizate mai sus.

Care e avantajul abordării dilemelor morale cu ajutorul teoriilor etice? Avantajul e că problema e pusă într-un cadru explicativ coerent, iar răspunsul nu e improvizat. Ni se oferă un temei rațional pentru soluția dată. O propoziție morală e una în legătură cu care are sens să întrebăm “de ce?”. De ce este avortul imoral? De ce a schimba macazul e o acțiune imorală? A “vota” pe bază de bun-simț moral e mai aproape de o judecată de gust. Or, morala nu e o chestiune de gust. Diminuarea arbitrarului subiectivist e avantajul utilizării teoriilor etice.

Sarcini pentru lucrul individual al studentului

- ✓ Morala ca formă a conștiinței sociale, structura și funcțiile moralei
- ✓ Orientările valorice și calitățile morale ale personalității: calități morale pozitive, negative (virtute și viciu) și neutre.
- ✓ Libertatea morală: alegerea idealului de viață, a sistemului de valori, alegerea liniei de conduită, alegerea faptei și cultura morală.
- ✓ Dialectica libertății și necesității în comportarea omului.
- ✓ Progresul moral, criteriile și tendințele lui
- ✓ Etica antică drept învățătură despre virtute și personalitate perfectă
- ✓ Etica și medicina în antichitate
- ✓ Etica lui Im. Kant
- ✓ „Regula de aur” a moralității
- ✓ Morala și conflictele de interese în sistemul sănătății publice

- ✓ Valori morale în activitatea medicală contemporană
- ✓ Problema răului în contemporanotate

Referințe bibliografice

1. Astărăstoae V. Dileme etice în medicină. În: <https://astarastoe.wordpress.com/?s=dileme+etice>. (accesat 20.08.2020).
2. Dicționarul Explicativ al Limbii Române. Ediția a II-a revăzută și adăugită. Academia Română, Institutul de Lingvistică. București: Editura Univers Enciclopedic Gold, 2016.
3. Etica profesională. În: http://aman.ro/betawp/wp-content/uploads/ebook/snsipa/Etica_profesionala.pdf. (accesat 26.08.2020).
4. Gavrilovici C. Introducere în bioetică. Iași: Junimea, 2007. 239 p.
5. Micul dicționar academic. Ediția a II-a. Academia Română, Institutul de Lingvistică. București: Editura Univers Enciclopedic, 2010.
6. Mureșan V. Comentariu la Republica lui Platon. București: Editura Paideia, 2006, 320 p.
7. Mureșan V. Comentariu la Etica Nicomahică. București: Editura Humanitas, 2007. 405 p.
8. Mureșan V. Trei teorii etice. Kant, Mill, Hare. București: Editura Universității din București, 2012. 269 p.
9. Mureșan V. Dilemele etice și cadrele de evaluare morală. În: <https://www.ccea.ro/dilemele-etice-si-cadrele-de-evaluare-morala/>. (accesat 18.06.2019).
10. Țirdea T. Bioetică: curs de bază. Chișinău: Medicina, 2017. 332 p.
11. Zanc I., Lupu I. Bioetica medicală – principii, dileme, soluții. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2001. 158 p.

Tema 2.

**BIOETICA – DOMENIU INTERDISCIPLINAR:
ORIGINEA, OBIECTUL DE STUDIU ȘI TRASEELE DE DEZVOLTARE**

Scopul temei: Însușirea bioeticii drept domeniu interdisciplinar: originea, obiectul de studiu și traseele de dezvoltare, precum și aplicabilitate cunoștințelor bioetice în practica medicală.

Durata și tipul de activitate: Conținutul temei este studiat în 7 ore academice, unde 2 ore sunt rezervate cursului teoretic și 5 ore de seminar.

Obiective trasate în lucrare:

- ✓ să definească conceptul de bioetică și să identifice orientările teoretice și practice în domeniul medical;
- ✓ să cunoască evenimentele și datele importante ale evoluției bioeticii ca domeniu de studiu și activitate;
- ✓ să evalueze modelele socioculturale ale bioeticii;
- ✓ să aplice principiile bioetice în luarea deciziilor morale pe marginea studiilor de caz.

Metode și materiale pentru realizarea lucrării

Materialul teoretic al temei este predat în manieră clasică, prin prelegere și seminar. Seminarul presupune aplicarea a unui șir de metode precum: conversația euristică, problematizarea, brainstorming, lucrul în grup, studiul individual, dezbaterea, rezolvarea situațiilor de problemă, joc de rol, studiul de caz.

MATERIALUL TEORETIC**1. Conceptul de bioetică, originea și obiectul de studiu**

Termenul *bioetica* provine de la derivatele grecești *bios* – viață, viu, vietate, și *ethos* – caracter, conduită, deprinderi morale. În prima fază bioetica se poate interpreta drept etica vieții sau a viului. În cele mai multe surse bioetice se susține că, conceptul de bioetică a fost introdus în știință de biologul și oncologul american Wan Renssellar Potter în anul 1971 în articolul său “Bioetica – știință a supraviețuirii”. Însă, în ultimele două decenii a fost evidențiat faptul că termenul *bioetică* a fost utilizat încă din anul 1927 de teologul și filosoful german *Fritz Jahr*. Acesta a folosit sintagma „imperativ bioetic” pentru a promova ideea de protecție a animalelor în cercetarea științifică.

Revenim la Wan Renssellar Potter, acesta, introducând termenul „bioetica”, constata: „Omenirea are nevoie urgentă de o nouă înțelepciune, care ar servi drept o „cunoaștere cum să folosească cunoașterea” pentru supraviețuirea omului și ameliorarea vieții sale. Conceptul de înțelepciune ca ghid de acțiune și cunoștințe necesare pentru a atinge binele social și a îmbunătăți calitatea vieții se numește *Știința Supraviețuirii*. Cred că această știință ar trebui să fie construită pe cunoașterea biologiei și, în același timp, să

depășească limitele ideilor sale tradiționale; de a include în sfera analizei sale cele mai esențiale elemente ale științelor sociale și umane, printre care, o importanță deosebită are filosofia, înțeleasă ca „dragoste de înțelepciune”. Știința supraviețuirii ar trebui să fie nu doar o știință, ci o nouă înțelepciune care să combine cele două elemente cele mai importante și necesare - cunoștințele biologice și valorile umane. Pe baza acestui fapt, propun un nou termen pentru consemnarea ei - *Bioetica*”. Cu alte cuvinte, Potter a subliniat că **bioetica** trebuie să constituie „o nouă disciplină care să combine cunoașterea biologică cu cea a valorilor umane”. Am ales - scria el - rădăcina *bio* - pentru a reprezenta cunoașterea biologică, știința sistemelor ființelor, și *etica* - pentru a reprezenta cunoașterea valorilor umane.

Elio Sgreccia și Victor Tambone în lucrarea *Manual de bioetică* comentează demersul lui Wan Renssellar Potter de a constitui o nouă disciplină – *Bioetica*, și redă:

„...Potter specificase într-adevăr pericolul ce-l reprezenta, pentru supraviețuirea întregului sistem, o ruptură între două domenii ale cunoașterii, cel științific și cel umanist. Distanța netă între valorile etice (*ethical values*), care reintră în cultura umanistă în sens larg, și faptele biologice (*biological facts*) se află, după Potter, la baza aceluși proces științifico-tehnologic lipsit de discernământ și care pune în pericol omenirea și însăși supraviețuirea pe pământ. Din acest motiv, el va numi bioetica știința supraviețuirii (*science of survival*). „Instinctul supraviețuirii nu era suficient și apărea, în consecință, necesitatea unei noi științe, bioetica.

Potter prevestea urgența unei științe noi care să nu aibă drept scop doar cunoașterea și explicarea fenomenelor naturale, ci să tindă în același timp să descopere felul în care aceste cunoștințe tehnico-științifice pot fi întrebuințate cu înțelepciune, astfel încât să favorizeze supraviețuirea speciei umane și să ridice calitatea vieții pentru generațiile viitoare. Singura cale posibilă în fața iminentei catastrofe era crearea unei „punți” între cele două culturi - cea științifică și cea umanistico-morală; bioetica, de asemenea, nu trebuia să se focalizeze numai asupra omului, spune Potter, ci trebuia să cuprindă și biosfera în întregul ei, adică orice intervenție științifică a omului asupra vieții în general. În acest sens, conceptul de bioetică are o semnificație mai amplă față de etica medicală tradițională.

În concepția potteriană, bioetica pornește de la o situație alarmantă și de la o preocupare critică privind progresul științei și al societății; se exprimă, în acest fel, în mod teoretic, îndoiala privind capacitatea de supraviețuire a umanității, în mod paradoxal tocmai ca efect al progresului științific.

Descoperirile din acei ani și din cei imediat următori, anunțate în domeniul ingineriei genetice cu înspăimântătoarea posibilitate de a se construi arme biologice și de a fi alterat statutul însuși al formelor de viață, al speciilor și indivizilor; au conferit acestei alarme o mare rezonanță și au dat naștere unei mișcări de idei și temeri de genul „catastrofală” [6, p.].

În sinteză, din cele expuse, se accentuează poziția că bioetica reprezintă nu doar o denumire nouă ce vizează problemele noi și vechi ale umanității, determinate de progresul științific și tehnologic, de intervențiile acestui progres asupra viului, dar și un domeniu interdisciplinar, unde se vor întâlni cunoștințe medicale, biologice, teologice, filosofico-umanistice și juridice ce au scopul de a cunoaște bios-ul integral și a-l proteja de pe pozițiile eticii tradiționale.

Mai mult, de la etapa inițială a evoluției eticii biologice, în SUA apar concomitent două abordări istorice de dezvoltare a acesteia – *abordarea timpurie a lui Van Rensselaer Potter*, unde renumitul medic și filosof interpretează acest fenomen în sensul larg al cuvântului, și *interpretarea lui André Hellegers*, care examinează bioetica în sens îngust.

Interpretări inițiale ale bioeticii

<i>Bioetica în accepție îngustă</i>	<i>Bioetica în interpretare largă</i>
<p>Bioetica își propune să abordeze interdisciplinar situațiile problematice limitrofe, cum ar fi: eutanasia, esența vieții și a morții (concepția religioasă și cea științifică), ingineria genetică, transplantologia, implantarea organelor artificiale, experimentele clinice (inclusiv și cele ale embrionului uman), raclajele (avorturile), autoidentificarea sexuală a omului, noile tehnologii ale nașterii copiilor, clonarea etc.</p> <p>Această interpretare este identificată în literatură sub titlul de <i>Bioetică medicală</i>.</p>	<p>În contextul acestei interpretări, bioetica își extinde sfera cunoștințelor etice asupra biosferei – cerință extrem de importantă a revoluției noosferice contemporane. Obiectul bioeticii este studierea sistemică a naturii vii și a comportamentului uman în lumea valorilor și principiilor morale. Bioetica este sinteza științelor despre viață și sănătatea umană și are drept scop protejarea valorii vieții în toate aspectele ei. Ea este o știință despre supraviețuirea tuturor sistemelor vii în viziunea eticii tradiționale. Supraviețuirea omenirii depinde de atitudinea noastră corectă față de tot ce e viu.</p>

Grație apariției diverselor Centre și/sau Comitete de bioetică în lume, cu noi reflecții de natură etico-filosofic privind problemele vechi și noi ale medicinei, ale biosferei, ale cercetării biomedicale și experimentale asupra omului și animalelor, „noua” știință își îmbogățește considerabil conținutul teoretic și practic, acumulând o serie de definiții care îi caracterizează necesitatea practică și amploarea științifică.

Definiții ale bioeticii

- ✓ Bioetica trebuie să fie „Știința Supraviețuirii”. Știința supraviețuirii ar trebuie să fie nu doar o știință, ci o nouă înțelepciune care să combine cele două elemente cele mai importante și necesare - cunoștințele biologice și valorile umane.

Van Rensselaer Potter

- ✓ Bioetica reprezintă o examinare critică a dimensiunilor morale ale procesului de luare a deciziilor în contextul medical și al științelor biologice.

Samuel Gorovitz

- ✓ Bioetica este știința, care utilizând o metodologie interdisciplinară, are drept obiectiv examenul sistematic al comportamentului uman în domeniul științelor vieții și al sănătății, examinat în lumina valorilor și principiilor morale.

Enciclopedia de Bioetică

- ✓ Bioetica este parte a filosofiei morale care apreciază cât de licite sau ilicite sunt intervențiile asupra omului și, în special, acele intervenții legate de practica și dezvoltarea științelor medicale și biologice.

E. Sgreccia, V. Tambone

- ✓ Bioetica este o disciplină menită să asiste medicii și oamenii de știință în a lua decizii corecte din punct de vedere sociologic, psihologic și istoric.

D. Callahan

Treptat conținutul teoretic al bioeticii se acomodează la cerințele practice ale timpului și culturii, dezvoltându-se conceptual, etica viului trasează noi traiectorii istorice.

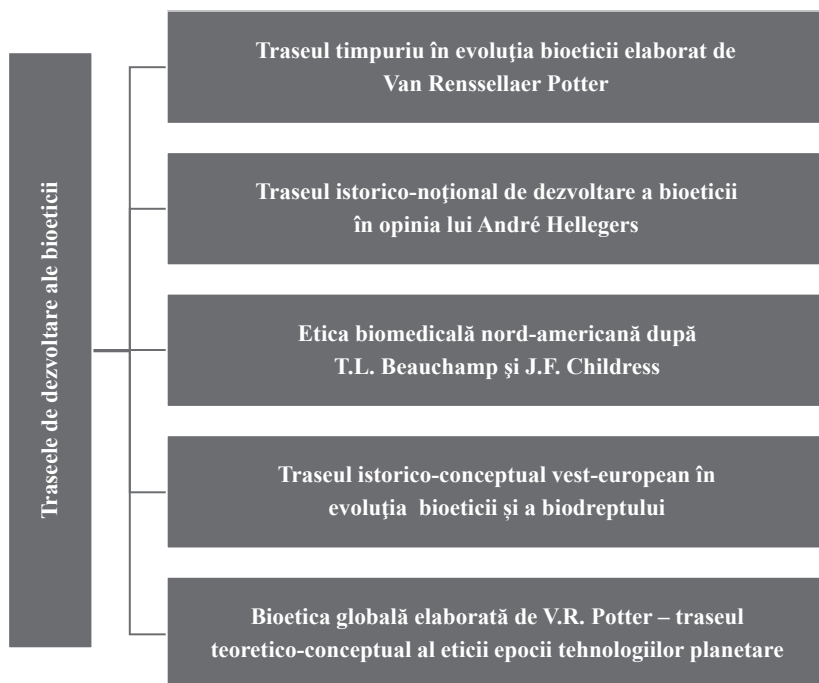
Sarcină: Analizați textul, identificați obiectivele și premisele originii bioetice

„În ultimul timp, în mediile științifice se vehiculează câteva moduri de explicare a originii bioeticii. Există opinia conform căreia bioetica apare concomitent cu agravarea și complicarea problemelor morale ale medicinei contemporane, în legătură cu amenințarea omenirii de către știința și tehnica performantă, ceea ce într-adevăr are loc. Bioetica, în această ordine de idei, reprezintă modul de reziliere a conflictelor dintre medicina tehnologică nouă și etica veche, adică prin esența sa ea nu se îndepărtează de etica medicală clasică, fiind nevoită doar să verifice într-o manieră mai autoritară evoluția și utilizarea biotehnologiilor inovaționale. Într-adevăr, actualmente se atestă o sporire incomparabilă a importanței problemelor eticii medicale, orientărilor și calităților morale ale medicinei în legătură cu informatizarea societății, cu utilizarea celor mai moderne mijloace și metode ale tratamentului. Progresul aduce nu doar rezultate pozitive, el atrage după sine și grave consecințe negative în toate domeniile de activitate umană, inclusiv în medicină. Succesele tehnologiilor performante, computerizarea sferei medicale trezesc admirație față de activitatea medicilor, dar ele cer de asemenea și rezolvarea multor probleme etice generate de progresul tehnico-științific. Însă acestui mod de explicare a originii bioeticii îi este reproșabil faptul că problemele etice referitoare la viață, sănătate și moarte există de când e lumea, încă în Antichitate Hipocrate formulează Codul etic al medicului. Alți savanți consideră că bioetica apare după anul 1946, când au fost condamnați medicii naziști pentru experimentele lor inumane asupra oamenilor și prizonierilor de război. În anul 1948 a fost aprobată Declarația Universală a Drepturilor Omului, iar în anul 1964 Asociația Internațională a Medicilor a adoptat Codul normelor și principiilor experimentului. Mai apoi au fost adoptate și alte acte normative, s-a început fondarea centrelor de bioetică. Astăzi, aproape în toate țările din Occident funcționează de facto institute și centre bioetice (numai în Italia există mai mult de 20 de astfel de centre). În 1978, în SUA s-a început editarea Enciclopediei de Bioetică în cinci volume, în anul 1995 ea se reeditează.

...Bioetica ca domeniu al științei și ca institut social are câteva obiective principale: (1) să contribuie substanțial la elaborarea concepției strategice de supraviețuire a întregului ecosistem, a biosferei în special; (2) să protejeze valoarea vieții în genere, vieții umane, sănătatea individuală și cea publică, în particular; (3) să îndrume opinia publică în cunoașterea modalităților ce servesc la îmbunătățirea calității vieții și la împiedicarea inhibițiilor fizice, psihice, morale, spirituale ale persoanei umane; (4) să reglementeze în mod legislativ atât cercetările biomedicale, practica ocrotirii sănătății (mai ales domeniile transplantologiei, determinării momentului morții, limitele susținerii vieții bolnavilor incurabili, noilor tehnologii medicale etc.), cât și orișice activitate socială ce ține de existența omenirii.

Constituirea și dezvoltarea bioeticii țin de fenomenele de transformare a eticii tradiționale în general și a eticii medicale în special. Dezvoltarea ei a coincis cu procesele de conștientizare a pericolului gândirii tehnocratice în medicină. Bioetica este condiționată de asemenea de atenția sporită pentru drepturile omului (în medicină — drepturile pacientului, persoanei supuse unei experiențe sau a unei intervenții medicale) și de consecințele creării noilor tehnologii medicale. Reutilizarea medicinei contemporane a condus la modificări radicale în practica clinică care se exprimă prin succesele ingineriei genetice, transplantării organelor, tehnologiilor biologice, susținerii activității vitale a pacientului. Toate acestea în ansamblu au acutizat în mod extraordinar problemele morale care apar în fața medicului, rudelor bolnavului, personalului medical” [7, p. 30-37].

2. Traseele de dezvoltare ale bioeticii



Traseul timpuriu în evoluția bioeticii elaborat de Van Rensselaer Potter

Apel la cursul de bază: **Teodor N. Țirdea. Bioetică: curs de bază.**

„...După cum s-a menționat, bioetica și-a făcut apariția cu 47 de ani în urmă, odată cu publicarea articolului „Bioetica – știința supraviețuirii” (1970) al fondatorului acesteia, marelui savant umanist al sec. al XX-lea Van Rensselaer Potter. Acest articol devine mai apoi primul capitol al operei sale fundamentale „Bioetică: o punte spre viitor” (1971), unde bioetica este interpretată... nu pur și simplu ca o ramură a științei, dar și o nouă înțelepciune ce ar reuni două dintre cele mai importante și necesare elemente ale practicii sociale – cunoștințele biologice și valorile general-umane. Omenirea are urgent nevoie de o nouă înțelepciune, care, după V.R. Potter, nu ar fi altceva decât „cunoștința despre utilizarea cunoștințelor” necesară pentru supraviețuirea omului, adică pentru deținerea bunurilor sociale și ameliorarea calității vieții. Fondatorul eticii biologice o asemenea înțelepciune o numește Știință a supraviețuirii, fiind desemnată de el cu un nou termen – „Bioetică”. Astfel s-a născut primul traseu noțional (conceptual) în dezvoltarea bioeticii, în cadrul căruia aceasta este examinată în sensul larg al cuvântului, când etica tradițională (clasică) își extinde acțiunile sale morale și asupra plantelor, animalelor, asupra biosferei în genere. Așa apare primul model teoretic al bioeticii. V.R. Potter explică bioetica ca pe o ramură interdisciplinară a științei, situată la intersecția dintre filosofie, biologie, medicină, etică, ecologie, drept etc., cu o nouă metodologie – biocentristă, proprie numai ei, dar și ca pe o filosofie practică, ca pe un mod de viață, ca pe o ideologie, ca pe o știință a supraviețuirii, ba chiar ca pe o politică aparte a statului. „Bioetica, scrie în această ordine de idei V.R. Potter, trebuie să tindă spre realizarea echilibrului dintre politica socială raportată la satisfacerea apetiturilor culturale și cerințelor fiziologice ale omului”. Pentru realizarea acestui scop, „bioetica trebuie să asigure reproducerea înțelepciunii, reieșind din înțelegerea existenței lumii biologice și esenței omului, de asemenea din priceperea posibilității utilizării cunoștințelor dobândite pentru atingerea bunăstării sociale” [7, p. 65-66].

Traseul istorico-noțional de dezvoltare a bioeticii în opinia lui André Hellegers

Apel la cursul de bază: **Teodor N. Țirdea. Bioetică: curs de bază.**

„Amintim că bioetica apare în SUA la începutul anilor '70 ai sec. al XX-lea. Tot în America de Nord mai exista o „moștenire” ce trebuie luată în considerație..., care devine preponderentă față de cea a lui V.R. Potter. Trebuie de recunoscut în acei ani impulsul puternic imprimat de un faimos obstetrician american de origine olandeză, André Hellegers, fondator al Institutului de Etică „Kennedy” (Kennedy Institute of Ethics) și cercetător în domeniul demografiei. El consideră bioetica... o știință capabilă de a reuni valori prin dialogul și confruntarea dintre medicină, filosofie și etică. La... André Hellegers etica biologică se reduce la o etică medicală tradițională ce examinează raportul moral dintre medici și pacienți. Bioetica lui André Hellegers este o disciplină filosofică capabilă să sintetizeze cunoștințele medicale și pe cele etice. După André Hellegers, obiectul de studiu al acestui nou domeniu de cunoștințe îl constituie subiectele etice frecvente în medicina clinică. Acest savant nu face nimic altceva decât (cu tot respectul său față de bioetică,

unde indică o metodologie specifică vizavi de această disciplină, cea interdisciplinară, în premieră introduce termenul de bioetică în lumea universitară) să reducă etica biologică, ca parte a filosofiei practice despre supraviețuire, la una clinică, la una aplicativă în lumea medicală... Traseul lui André Hellegers nu a obținut statutul de model teoretic al bioeticii. Însă nici ideea potteriană de asociere a eticii medicale cu cea ecologică pentru a da naștere unei etici biologice nu a fost solicitată de societatea nord-americană. În consecință noțiunea „bioetică” în comunitatea multor savanți și filosofi din SUA se utilizează, de regulă, ca sinonim al eticii medicale” [7, p. 68-69].

Etica biomedicală nord-americană după T.L. Beauchamp și J.F. Childress

Apel la cursul de bază: **Teodor N. Țirdea. Bioetică: curs de bază.**

„Această etică biologică-medicală reprezintă... un fundament conceptual esențial al bioeticii. În anul 1977, T.L. Beauchamp și J.F. Childress publică lucrarea „Principiile eticii biomedicale”, unde autorii își propun să realizeze un reviriment în conținutul eticii medicale tradiționale: a substitui etica lui Hipocrate cu etica biomedicală, bazată pe respectarea dreptului și libertății pacientului... În opinia lui T.L. Beauchamp și J.F. Childress, etica medicală tradițională nu mai putea face față tuturor problemelor și cerințelor ce parveneau din lumea biomedicală. Soluționarea acestora necesită implicarea și integrarea într-un tot întreg a teoriilor etice, a diverselor paradigme din domeniile științelor socioumanistice și biomedicale, a politicii legislative și sociale, a normelor și regulilor morale. Pentru a le sintetiza pe toate este necesar ca etica biomedicală să-și obțină fundamentul său teoretic propriu... Realizarea în practică a acestui fapt, după T.L. Beauchamp și J.F. Childress, e posibilă prin intermediul a patru principii etico-morale (**autonomia pacientului, nondăunarea, binefacerea și echitatea**) și a celor patru reguli (**veracitatea, confidențialitatea, fidelitatea și intimitatea**)” [7, p. 70-71].

Traseul istorico-conceptual vest-european în evoluția bioeticii și a biodreptului

Apel la cursul de bază: **Teodor N. Țirdea. Bioetică: curs de bază.**

„Ca direcție filosofico-științifică și practico-socială în Europa bioetica se stabilește (se instalează) mai târziu - la mijlocul anilor '80 ai sec. al XX-lea... la constituirea bioeticii și biodreptului vest-european au contribuit într-o măsură mare restricțiile traseului nord-american (etica biomedicală) de dezvoltare a bioeticii, provocările tehnologiilor planetare scientofage din ultimele decenii ale sec. al XX-lea, extinderea medicalizării în socium, modificările culturale respective etc. Cercetările din cadrul Proiectului internațional cu genericul „Principiile etice de bază în bioetica și biodreptul european”, coordonat de J. D. Rendtorff și P. Kemp și unde au participat 22 țări din Europa, au demonstrat că la temelile bioeticii principiste vest-europene se plasează de asemenea patru principii morale – **autonomia individului, demnitatea personalității, integritatea și vulnerabilitatea**, unde doar primul imperativ (autonomia) îl repetă pe cel din traseul istorico-conceptual nord-american. Principiile enumerate prezintă nu doar fundamentul eticii dintr-o mare parte a Europei, dar și sursele legislației, normelor de drept ale multor

țări europene. Dimensiunea socială a bioeticii vest-europene după J. D. Rendtorff și P. Kemp se manifestă printr-o orientare a eticii și a serviciilor medicale la nevoile societății.

Acest fapt constituie diferența esențială dintre sistemele sănătății publice nord-americane și europene în favoarea celui din urmă. Tot aici putem adăuga că promotorii eticii biomedicale din SUA nu au folosit în măsura cuvenită potențialul eticii hermeneutice și comunicative pentru realizarea unui dialog autentic între toți participanții la discurs. În etica biomedicală nord-americană, de exemplu, dispozițiile medicului sunt bazate, de regulă, pe principiul „analogiei”, pe analiza precedentelor. Altfel stau lucrurile în bioetica vest-europeană, unde hotărârile medicale, se bazează de cele mai dese ori pe „contextualism”, pe interpretarea fiecărei situații noi în procesul de tratament ca ceva unic și pe tendința de a se îndepărta de la modelul juridic american – „decizia în judecata” spre modelul etic – „conform conștiinței” [7, p. 75-78].

Bioetica globală elaborată de V.R. Potter – traseul teoretico-conceptual al eticii epocii tehnologiilor planetare

Apel la cursul de bază: Teodor N. Țirdea. Bioetică: curs de bază.

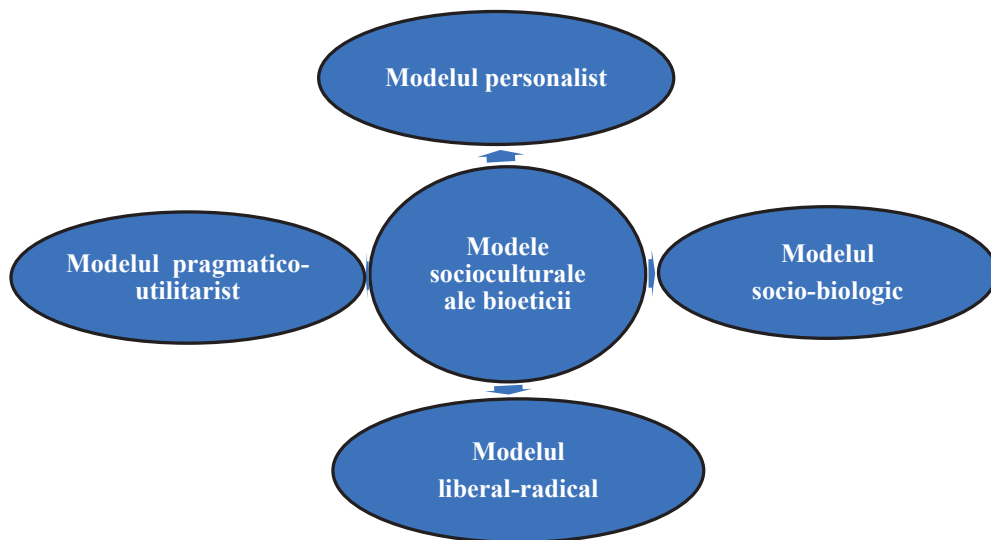
„La finele anilor '90 ai sec. al XX-lea, V. R. Potter transformă paradigma de «bioetică» ca „înțelepciune biologică” în concepția de bioetică globală, care, în opinia sa, întoarce etica biologică la 180 de grade. „Erorile naturaliste – afirmă el, – devin principii naturaliste”. În opinia sa, aceasta înseamnă că bioetica globală oferă un alt sens procesului de adresare la **ceea ce se cuvine** și anume: acțiunea numai ce nominalizată înseamnă **ceea ce este**, dar nu imposibilitatea transformării naturii **în cuvenit**, adică **în cum se cuvine**. Bioetica globală în contextul „modului de viață” durabil trebuie să devină pentru individ, socium și civilizație pârghia principală în elaborarea strategiei de supraviețuire sustenabilă și a eticii respective, care ar include neapărat în sine cunoștințele biologice. Scopul bioeticii globale este supraviețuirea în proporții globale. Cea din urmă (supraviețuirea) reprezintă nu altceva decât o supraviețuire acceptabilă și viabilă. Bioetica globală, ca una universală și planetară, are ca scop protejarea, întâi de toate, a mediului ambiant și, în al doilea rând, sănătatea omului prin intermediul moralei. În așa fel, concluzionează V. R. Potter, bioetica globală include sferele biomedicale și invaionmentale ale activității umane. El elaborează concepția de Bioetică globală ca o etică universală, atotcuprinzătoare, scopul căreia este asigurarea securității (supraviețuirii) acceptabile și admisibile a omenirii. Supraviețuirea admisibilă, viabilă reprezintă nu doar o supraviețuire biologică, dar și o stabilitate socială, o dezvoltare durabilă a societății, o protejare și o evoluție sănătoasă a ecosistemului.

...Cunoștințele contemporane pot provoca pericol, deci pot deveni cunoștințe primejdioase, iar intervenirea în viața omului a științei și tehnologiilor performante inovaționale poate avea consecințe grave, greu de prevăzut, neschimbând modul de gândire tradițional al savanților și al sociumului în genere. «Periculoase sunt acele cunoștințe care se acumulează mai rapid decât înțelepciunea, cea din urmă fiind necesară pentru aranjarea acestora, sau, cu alte cuvinte, – continuă V.R. Potter, – ele sunt acele cunoștințe care se dezvoltă mai repede decât celelalte ramuri ale cunoștințelor umane și în așa mod provoacă un dezechilibru social provizoriu».

Pentru evitarea fenomenului „cunoștințe primejdioase” trebuie să distingem două noțiuni: pericolul și imprevizibilitatea. Pericolul cunoștințelor noi apare în procesul de utilizare a acestora, dar poate fi combătut cu ajutorul pronosticurilor științifice subtile, pe când imprevizibilitatea posedă o dimensiune totală și ține de un anumit stil de gândire, de raționalizarea teoriei și practicii” [7, p. 79-80].

3. Modelele socioculturale ale bioeticii

În prima temă a fost specificat faptul că forma și conținutul moralei este constituit istoric din totalitatea regulilor admise într-o societate dintr-o anumită perioadă. Atunci când facem referire la „reguli admise într-o societate dintr-o anumită perioadă”, se accentuează prezența anumitor modele de referință sau teoretice de natură etică care le-au determinat. Mai mult, constituenta istorică a eticii scoate în evidență o diversitate de modele socioculturale care au întemeiat gândirea etică a societății date. Astfel, dintr-o perspectivă istorică, putem constata că bioetica s-a cristalizat pe o moștenire morală pluralistă greu de conciliat. Faptul că există mai multe modele socioculturale de referință nu trebuie să fie pretext de neglijare a abordărilor bioetice, ci din potrivă, înțelegând specificul lor, consecințele și perspectivele culturale eficient implicăm în evaluarea morală modelul care corespunde particularităților comunității umane.



SARCINĂ

Analizați textele și evidențiați specificul fiecărui model, determinați consecințele de scurtă și lungă durată ce pot surveni în cazul când unul din aceste modele servește temei de constituire în evaluarea deciziilor morale.

Modelul liberal-radical

„...Se ia ca punct de referință suprem și ultimativ libertatea: este permis ceea ce se voiește și se acceptă în mod liber și care nu lezează libertatea altuia. Este mesajul desprins cu forță înnoitoare din revoluția franceză. Desigur în această viziune există un sâmbure de adevăr, dar nu tot adevărul omului și nici tot adevărul libertății. Am arătat toate argumentele acestei propuneri: liberalizarea avortului; alegerea liberă a sexului celui ce se va naște - chiar și pentru adultul care ar dori în mod incoercibil "schimbarea sexului"; libertatea de a cere fecundarea extracorporală și pentru femeia singură, necăsătorită și văduvă; libertatea experimentelor și ale cercetării; libertatea de a decide asupra morții (living will); sinuciderea ca semn de emfază a libertății, etc.

Este vorba în realitate de o libertate trunchiată: este o libertate pentru unii, în general pentru cel care o face să fie respectată și o exprimă (cine apără libertatea celui care urmează să se nască?), este vorba de o "libertate de" legături și constrângeri și nu de o "libertate în favoarea unui proiect pentru viață și societate cu scopuri justificate". Este vorba cu alte cuvinte de libertate fără responsabilități” [6, p. 43-44].

Modelul pragmatico-utilitarist

„...Își are temeliile în cultura anglosaxonă. Totul se reduce la cost și profit, nu există valori fără de folos. Se consideră că nu pot fi fundamentate niște criterii superioare și metafizice, cum ar fi adevărul și norma universală. Utilitarismul științific ocupă un loc de frunte și predomină în raport cu binele individual al persoanei. Dar acest fapt se învecinează cu mercantilismul. Pe unul și același cântar se pun viața umană și valorile științei. Se recurge la acest model în unele cazuri de diagnostic prenatal, când trebuie luată decizia: sau raclaj, sau naștere (în funcție de starea sănătății fătului). Dar totuși acest model nu-i justificat moral, fiindcă presupune compararea valorilor inconfundabile — viața și sănătatea umană cu profilul economic sau științific. Principiul de bază devine calculul consecințelor acțiunii pe baza raportului cost /beneficiu. De menționat imediat că acest raport are valabilitatea când este contactat la aceeași valoare și la aceeași persoană în sens omogen și subordonat, deci atunci când nu este considerat un principiu ultim, ci un factor de evaluare ce se referă la persoana umană și la valorile ei. Acest principiu este folosit în mod eficace când este aplicat, de exemplu, de chirurg sau de medic în vederea unei decizii privind alegerea terapiei, care este apreciată just luându-se în considerare „riscurile” și beneficiile posibile pentru viața și sănătatea pacientului. Dar un astfel de imperativ nu poate fi folosit în manieră ultimativă și fundamentată „cântărind” beneficiile ce nu sunt omogene între ele, atunci când se confruntă costurile în bani și valoarea unei vieți omenești. Multe formule folosite în domeniul medical și sugerate pentru evaluarea deciziilor terapeutice sau folosirea resurselor economice, sfârșesc prin a căpăta un caracter utilitarist” [7, p. 60-61].

Modelul sociobiologic

„...Este o sinteză a diferitelor paradigme culturale, rezultatul interacțiunii diverselor concepții: evoluționismului, sociobiologismului, antropologismului și ecologismului. Conform acestui model viața a apărut în procesul evoluției și adaptării ei la mediu, iar procesele evoluționiste se referă și la societate. Nu etica dictează legi biologiei, ci viceversa — biologia impune norme și principii eticii. Aici suntem martorii unei tentative de a oferi un fundament normei bioetice bazate pe fapte (în opoziție clară cu „legea lui D. Hume”). Deci progresul tehnico-științific (și social, probabil) va furniza criteriile și postulatele moralității. Adaptarea devine astfel lege atât a evoluției, cât și a eticii... Din această perspectivă societatea... se afirmă că așa cum cosmosul și diferitele forme de viață din lume au fost supuse unei evoluții, tot așa și societățile evoluează și în cadrul acestei evoluții biologice și sociologice, valorile morale trebuie să se schimbe. Impulsul evolutiv, care își are originea în „egoismul biologic” sau în instinctul de conservare, își găsește forme de a se adapta mereu noi, în care dreptul și morala ar fi expresia culturală. În condițiile evolutive actuale, în care apare o nouă situație a omului în cosmos și în lumea biologică, ar trebui imaginat un nou sistem de valori, întrucât cel precedent nu mai este potrivit pentru configurarea ecosistemului care tocmai se instaurează. Viața omului nu ar diferi în mod substanțial de diversele forme de viață și de universul cu care trăiește în simbioză. Etica în această viziune ocupă un rol important și are funcția de a menține echilibrul evolutiv, echilibrul schimbării adaptării și ecosistemului. Desigur, între natură și cultură există o conexiune intimă și este greu de conturat o graniță, dar pentru aceste interpretări natura se transformă în cultură și viceversa, cultura nu este altceva decât elaborarea transcriptivă a evoluției naturii. Acceptarea acestui model ar comporta nu doar aprobarea evoluționismului, dar și acceptarea ca o supoziție a „reducționismului”, adică reducerea omului la un moment istoricist și naturalist al cosmosului. Deci, această viziune poartă în sine relativismul oricărei etici și valori umane, afundând orice ființă vie în marele fluviu al unei evoluții care desigur îl are ca o culme pe om, dar el nu este înțeles ca o culme definibilă și ca un punct de referință stabil, ci supus schimbării în sens activ și pasiv. Este vorba de o ideologie specifică, în care nu se recunoaște nici o unitate stabilă și nici o universalitate de valori, nici o normă mereu valabilă pentru omul din toate timpurile. Dacă această ideologie ar fi reală (pentru că este vorba de un fenomen aparte, chiar cel mai groaznic, atroce infracțiune pe care istoria le recunoaște, de la cele ale lui Gingis Han la cele ale lui Hitler), ar constitui delictul doar pentru noi care trăim în aceste timpuri, delictul postume și nu delictul împotriva omului” [7, p. 61-62].

Modelul personalist

„Tradiția personalistă își are originile în rațiunea însăși a omului și în inima libertății sale: omul este persoană pentru că este singura ființă în care viața este capabilă de "reflecție" asupra ei, de autodeterminare; este singura ființă care are capacitatea de a înțelege și a descoperi sensul lucrurilor și de a da sens expresiilor sale și limbajului conștient. Rațiunea, libertatea și conștiința reprezintă, pentru a ne exprima ca Popper, o "creație emergentă" care nu poate fi redusă la fluxul legilor cosmice și evoluționiste. Aceasta, grație unui suflet spiritual care informează și dă viață realității sale corporale de care corpul este dominat și structurat. Eul nu poate fi redus la cifră, număr, atom, celule, neuron. Homme neuronal, de care vorbește Changeaux, nu cuprinde omul întreg, ci are nevoie de o minte care structurează creierul, așa cum are nevoie de un suflet spiritual care structurează, conduce și însuflețește corpul său. Distanța ontologică și axiologică care separă persoana umană de animal nu se poate compara cu cea care separă planta de reptilă sau piatra de plantă. În orice om, în orice persoană umană, lumea întreagă se repetă și capătă sens, dar cosmosul este în același timp traversat și depășit. În fiecare om se află închis sensul universului și valoarea umanității: persoana umană este o unitate, un întreg și nu o parte dintr-un întreg” [6, p. 48].

„Personalitatea umană este unitatea sufletului și trupului, este un suflet întrupat și un trup însuflețit. În fiecare om poate fi regăsită valoarea universului și întregii omeniri. Din aceste considerente, personalitatea umană trebuie să fie punctul de reper a ceea ce este permis sau nepermis. Probabil, în legătură cu această credință filosoful din Grecia antică Protagoras a formulat maxima: „Omul este măsura tuturor lucrurilor”. Modelul personalist asigură protecție omului în toate manifestările sale (libertatea și responsabilitatea, unitatea costului și profitului, totul pentru binele omului)” [7, p. 63].

3. Principiile metodologice și morale ale bioeticii

Sinteza cunoștințelor reflectate în tema unu și tema doi accentuează modul în care se manifestă sau ar trebui să se manifeste fenomenul moral în stilul de viață a omului contemporan. Așadar, a fost redat faptul că morala – ca fenomen practic – spiritual – aparține atât conștiinței, cât și vieții reale, practice. Respectiv, structura moralei a fost descrisă prin manifestarea a trei trepte: *I-a – conștiința morală*, ce cuprinde: idealul etic, principiu moral, norma morală și categoriile sau valorile etice; a *II-a – activitatea morală* și a *III-a – relațiile morale*, care cuprind conduita morală practică, realizată prin aprecierea și decizia morală. Aceste trepte ale moralei sunt determinate reciproc, una fără alta nu pot fi. Mai mult, discuțiile ce au ca obiect principiile bioetice implică elementele definitorii ale conștiinței morale. În alt sens, cere a evidenția *idealul bioetic*, care să reflecte sinteza aspirațiilor omului contemporan și să atribuie finalitate și sens vieții sale prin promovarea *bioeticii ca mod de viață*. Împlinirea idealului bioetic cere a stabili *principiile bioetice*, care să conțină temeiuri morale, cu referire la conduita umană, pe care trebuie să le urmeze omul în atingerea idealului bioetic. Principiile bioetice sunt viabile în relațiile umane prin intermediul *normelor sau al regulilor morale*, ce sumează o serie de prescripții pentru o conduită morală, acestea evidențiază ce trebuie să facă persoana pentru a face bine și ce nu trebuie să facă pentru a evita răul în sensul idealului bioetic.

IDEALUL BIOETIC

„Omenirea are nevoie urgentă de o nouă înțelepciune, care ar servi drept o „cunoaștere cum să folosească cunoșterea” pentru supraviețuirea omului și ameliorarea vieții sale”. (V. R. Potter). Aceasta cuprinde câteva obiective, care simultan ar marca sensul și problema bioeticii. Respectiv obiectivele sunt:

- Protejarea, menținerea și perpetuarea viului, a vieții;
- Diminuarea suferinței;
- Îmbunătățirea și ameliorarea calității vieții.

Aceste obiective formează un indicator dacă vreun subiect conține sau nu o problemă de cercetare bioetică.

Principiile metodologice ale bioeticii

- Principiul biocentrist;
- Principiul coevoluției;
- Principiul socializării;
- Principiul moralității;
- Principiul libertății și responsabilității;
- Principiul vulnerabilității;
- Principiul integralității.

Principiile morale ale bioeticii

- Principiul demnității;
- Principiul integrității;
- Principiul autonomiei;
- Principiul binefacerii;
- Principiul nondăunării;
- Principiul echității;
- Principiul vulnerabilității.

În conținutul subiectului doi, traseele istorico-conceptuale de dezvoltare ale bioeticii, se observă trei grupuri de principii ale bioeticii:

1. Principiile metodologice ale bioeticii;

2. Principiile eticii biomedicale;

3. Principiile etice de bază în bioetica și biodreptul european.

Acestea corespund modului de interpretare a bioeticii, adică, *interpretarea largă a bioeticii* înaintea principiilor metodologice valabile pentru științele care au obiect de studiu bios-ul (din care face parte și medicina) și cuprinde postulate ce reglementează atitudinea omului față de viu, respectiv, *interpretarea îngustă a bioeticii* înaintea principiilor morale rezultate în mod particular din interacțiunea idealului bioetic cu un domeniu concret care cercetează o parte a bios-ului. Probabil, așa se explică și apariția ultimelor două grupuri de principii morale ale bioeticii.

În cele ce urmează, vom descrie cele două grupuri de principii (după cum se observă mai sus *principiile eticii biomedicale* și *principiile etice de bază în bioetica și biodreptul european* formează un singur grup):

Principiile metodologice ale bioeticii

Principiul biocentrist este unul esențial, prin intermediul căruia se impune ca în centrul cercetărilor științifice și a activității umane se situează nu doar Homo Sapiens cu problemele lui în ansamblu, ci și protejarea animalelor, plantelor, a biosferei în întregime.

Apel la cursul de bază: Teodor N. Țirdea. Bioetică: curs de bază.

„Principiul metodologic-cheie al bioeticii în sens larg este cel biosferocentrist, grație căruia în știință, în practică se impune și se argumentează necesitatea depășirii postulatului antropocentrist în elaborarea și promovarea noilor paradigme în strategia de asigurare a securității umane. În centrul cercetărilor și acțiunilor bioeticii se situează nu doar Homo Sapiens cu problemele lui în ansamblu, dar neapărat și protejarea animalelor, plantelor, a biosferei în întregime. Actualmente, suntem martorii unui reviriment excepțional în etica contemporană și această extindere a moralității tradiționale asupra naturii vii este inevitabilă, adică un fenomen necesar în evoluția civilizațiilor. Mai mult decât atât, aflați în fața revirimentului biosferocentrist al filosofiei practice contemporane putem afirma că cotitura nominalizată în cunoștințele etice tradiționale are și precedente teoretice în decursul istoriei omenirii. Deci, pe lângă cauzele ecologice, demografice, biomedicale etc. ce au favorizat apariția bioeticii mai există și premise de ordin conceptual” [7, p. 54].

Principiul coevoluției explică condiția inofensivă a acțiunii omului asupra bios-ului, adică dezvoltarea sau existența echilibrată a societății și naturii.

Apel la cursul de bază: Teodor N. Țirdea. Bioetică: curs de bază.

„Un alt principiu filosofico-metodologic al bioeticii este cel coevoluționist (al schimbărilor coevolutive), care în apariția și dezvoltarea cunoștințelor eticii biologice prevede o interacțiune și o existență armonioasă dintre societate și natură, dintre om și biosferă. În absența unei astfel de situații devine imposibilă mișcarea pe o traiectorie axată spre o civilizație inofensivă, durabilă, iar mai apoi și noosferică care își are temeliile sale în modul de interacțiune coevolutiv-intensiv, neoculegător bazat pe tehnologii științifice, intelectuale, performante” [7, p. 54].

Principiul socializării accentuează necesitatea de a transfera dezbaterile bioetice din spațiul academic în cel social pentru a dezvolta conștiința bioetică a comunității umane. Astfel, bioetica devine un mod de viață sau un stil de viață.

Apel la cursul de bază: Teodor N. Țirdea. Bioetică: curs de bază.

„În baza principiului metodologic al socializării, cunoștințele bioetice trebuie să contribuie la o desfășurare permanentă și adecvată a procesului de integrare socială a individului într-o colectivitate și înainte de toate la o încadrare comportamentală, morală etc. a lui într-un grup social. E vorba de formarea unei moralități adecvate a omului față de tot ce-i viu, deci față de animale, plante și bineînțeles față de semenii săi. Socializarea aici constituie un proces de asimilare (de acomodare) de către individ a unui sistem de cunoștințe bine determinat de norme și valori etice, economice, juridice etc., ce-i permit lui de a activa ca un membru cu depline drepturi ale societății” [7, p. 55].

Principiul moralității – conținutul procedural al acestui principiu se regăsește în aplicabilitatea principiilor morale ale bioeticii în practica biomedicală.

Apel la cursul de bază: Teodor N. Țârdea. Bioetică: curs de bază.

„Un alt principiu al bioeticii este cel al moralității, care impune acestui domeniu al filosofiei practice promovarea normelor și regulilor eticii tradiționale vizavi de tot ce-i viu, adică clasarea moralității autentice, veritabile în sistemul „Om-Biosferă” [7, p. 55].

Principiul libertății și responsabilității

Apel la cursul de bază: Teodor N. Țârdea. Bioetică: curs de bază.

„Principiul filosofic al libertății și responsabilității solicită ca bioetica să impună indivizii în relațiile lor cu lumea vie să nu absolutizeze libertatea, care (libertatea) are dreptul la „viață” doar într-un raport justificat cu responsabilitatea. Liber devii atunci când în aceeași măsură ești și responsabil față de animale, plante, față de tot ce execuți pentru a asigura securitatea individuală și colectivă, securitatea umană” [7, p. 55].

Principiul vulnerabilității

Apel la cursul de bază: Teodor N. Țârdea. Bioetică: curs de bază.

„Principiul metodologic al vulnerabilității ne vorbește despre faptul că cea din urmă trebuie interpretată în două sensuri. În primul rând, vulnerabilitatea se manifestă drept caracteristică a oricărei ființe vii, a fiecărei vieți aparte, care posedă astfel de trăsături cum ar fi fragilitatea și moartea. În al doilea rând, corect se vorbește despre vulnerabilitatea grupelor de oameni aparte, cum ar fi, de exemplu, copiii, săracii, bolnavii, bătrânii, invalizii etc.” [7, p. 55].

Principiul integralității

Apel la cursul de bază: Teodor N. Țârdea. Bioetică: curs de bază.

„Principiul filosofico-metodologic al integralității se manifestă în cunoștințele bioetice prin faptul necesității interpretării în ansamblu și de sistem al biosferei ce înglobează în sine cele mai simple și inferioare elemente ale vieții, până la cele mai complicate și superioare ale acesteia, cum ar fi Homo Sapiens. Acest gest științific este îndeosebi inevitabil în procesul de elaborare a noilor paradigme de supraviețuire a civilizației contemporane. Principiul examinat atinge atât somaticul vieții, cât și spiritul celei din urmă. Valoarea principiului integralității în contextul bioeticii constă în aceea că el determină cert securitatea omeniului doar în strânsă legătură cu toată biosfera, cu toată vietatea. În afara acestui fapt, este fatală catastrofa antropoecologică globală, prin urmare, dispariția speciei umane – omnicidul” [7, p. 55-56].

Principiile morale ale bioeticii

Principiul demnității umane

Termenul *demnitate* provine de la latinescul *dignitas*, noțiunea desemnează condiția vredniciei ființei umane, adică, de a fi demn de onoare și respect. Cadrul legislativ internațional și cel național reflectă *demnitatea* ca fiind respectul dreptului la viață și integritate al persoanei, interzicerea torturii, pedepselor și tratamentelor degradante și inumane, interzicerea sclaviei și a muncii forțate. Totodată, conceptul de demnitate se referă și la faptul dacă o persoană nu mai poate fi considerată autonomă (cazul bătrânilor și al copiilor), aceasta nu își pierde demnitatea, înțeleasă ca valoare intrinsecă care obligă moral comportamentul uman. Principiul abordat exprimă, pe de o parte, *o valoare intrinsecă a persoanei în societate*, pe de altă parte, cuprinde *respectul pentru capacitatea ființei umane de acțiune și a se manifesta moral*. Mai mult, aceste judecăți interzic orice instrumentalizare/comercializare a oricărei ființe umane. Principiul demnității umane fundamentează moral deciziile și perspectivele de abordare sau soluționare a problemelor morale ale clonării, ingineriei genetice, utilizării celulelor stem etc.

Analizați textul și constituiți o imagine cu privire la demnitatea umană în activitatea medicală

„Trebuie să privim în față realitatea. Omul a devenit un superom. Dar superomul, cu superumana sa putere, n-a ajuns și la un nivel de superumană înțelepciune. Cu cât puterea sa crește, cu atât mai sărac devine omul. Conștiințele noastre nu pot să nu fie zguduite de constatarea că, cu cât creștem și devenim superoameni, cu atât suntem mai inumani”.

A. Schweitzer, citat din lucrarea „Reverence for Life”

Dreptul la demnitate

„Legile nescrise și legile scrise ale omenirii așază demnitatea la căpătâiul valorilor care dau individului calitatea de om. „A trăi în demnitate” este un principiu natural, care guvernează universul (macrocosmosul) și un principiu constituțional, care conferă protecție fiecărei ființe umane (microcosmosul). Demnitatea nu poate fi definită cu precizie, pot fi surprinse doar înțelesuri care, toate, alcătuiesc o valoare de importanță majoră. Trăgându-și seva din unicitatea ființei umane, demnitatea este inerentă acesteia, este un atribut înăscut care presupune cinste, bună-credință și o reputație neștirbită. Este, fără tăgadă, un bun fără existență materială, care nu poate fi prețuit în bani. Conceptul acoperă un dat (demnitatea aparține omului, independent că acesta este conștient ori nu de acest lucru) și, în același timp, însușiri de ordin etic, care se dobândesc în timpul vieții.

Într-o diviziune, valorile de natură pecuniară se definesc prin „a avea”. La polul opus, valorile nemonetare se conjugă prin „a fi”. Demnitatea face parte din ordinea extrapatrimonială, specifică doar universului uman.

Dreptul la demnitate face parte din eșalonul „drepturilor sociale” expuse unor grave amenințări prin clonare, eutanasiu, selecție eugenică a speciilor sau cercetare medicală pe om. Activitățile experimentale desfășurate pe subiecți umani sunt în relație sensibilă cu respectul și stima de sine.

Din perspectivă bioetică, „conceptul de demnitate umană, în sens medical, care vizează nu doar vindecarea, ci și eradicarea unor aspecte patologice ale naturii umane, se intersectează cu dimensiunea juridică ce urmărește să impună respectul integrității corpului uman (și al speciei), acceptând aleatoriul în destinul biologic al ființelor”.

Respectul demnității este în strânsă relație cu toate activitățile biomedicale. Poate în mod deosebit ar trebui menționate prelevarea și transplantul, clonarea ființei umane, crearea de embrioni umani în scop de cercetare, intervențiile chirurgicale de schimbare a sexului și identificarea persoanei pe baza amprentei genetice...

În ceea ce privește dreptul la demnitate, s-a propus, de dată relativ recentă, suplimentarea categoriilor cunoscute de drepturi ale omului cu încă o grupă, a drepturilor privind protecția persoanei umane împotriva abuzurilor științei. Această categorie ar urma să includă toate prerogativele demnității, ca o măsură de protecție în plus față de progresul științei... Ne alăturăm ideii că o nouă categorie nu este necesară. Problema majoră rămâne protecția efectivă a drepturilor omului, iar suplimentarea gamei existente de drepturi nu ar conduce decât la o modificare numerică, fără să îmbunătățească modalitățile de ocrotire” [2].

Principiul integrității persoanei

Idealul etic al principiului integrității este coerența morală a persoanei. Pe lângă faptul că interzice orice intervenție cu risc sau dăună fizică și morală asupra unei persoane, acesta constituie și un ideal care promovează consolidarea morală proprie a identității persoanei. Temeiul etic al principiului abordat este datoriile omului față de sine; unitate între gândire/convingeri, cuvânt și faptă; coerența internă a comportamentului moral.

Apel la sursă: **Oprea L., Rotaru T.-Ș., Cojocaru D., Gavrilovici C. Relația medic-pacient. În: Bazele comportamentului social în sănătate.**

2. Integritatea

„Strâns legat de respectul persoanei și esențial în relația medic-pacient este *principiul integrității*, care se referă la inviolabilitatea și inatacabilitatea individului atât din punct de vedere fizic, cât și moral (aici ne referim strict la integritatea morală). Integritatea este fundamentul încrederii, esențială în orice tip de relație, pentru dezvoltarea personală și interpersonală. Integritatea semnifică acea calitate a ființei umane care îi conferă plenitudine, întregire. Condițiile subsidiare ei sunt onestitatea, transparența, verticalitatea. Covey o explică într-un mod foarte simplu, dar extrem de elocvent: a fi integru înseamnă a-i trata pe fiecare după același set de principii. Pe măsură ce o faci, oamenii vor începe să aibă încredere în tine (Covey S., 1994).

Definirea integrității, în mare măsură, depinde de personalitatea individului, așa cum se formează prin educația proprie și construcția socială. Dworkin (Kornhauser, Lewis A., 2015) consideră că interesul maxim al unei persoane în menținerea integrității sale rezidă din respectul față de valoarea intrinsecă a vieții. De exemplu, unii consideră o formă de respect a valorii intrinseci a vieții umane atunci când NU permite continuarea ei dacă și-a pierdut caracterul de bază prin alterarea semnelor biologice vitale. Când o persoană a ținut mereu să fie cât se poate de independentă și autonomă, apare o incompatibilitate în viața sa dacă va fi condamnată să trăiască în ultimul stadiu de boală Alzheimer, chiar dacă nu presupune durere sau suferință. În acest caz este vorba mai curând de afectarea integrității morale decât de cea fizică.

Să luăm un alt exemplu, acela al legalizării avorturilor pe scară tot mai largă, la nivel mondial, fapt ce ridică tot mai multe obiecții ale conștiinței contra infanticidului.

Împotrivirea conștiinței este și ea un drept: pot și au voie medicii să limiteze acest drept, măcar în anumite circumstanțe? Dacă răspunsul este afirmativ, apare o compromitere a drepturilor și a integrității unei alte persoane (McLeod C., 2011).

În viziunea lui Beauchamp și Childress, integritatea morală semnifică fidelitate față de anumite norme morale. Virtutea integrității se referă la două aspecte de bază ale caracterului unei persoane: 1. o integrare coerentă a caracteristicilor identității personale (emoții, aspirații, cunoștințe etc.), care pot fi complementare, completându-se unele pe altele, formând un întreg (atenție! aceste caracteristici nu trebuie să fie în disonanță); 2. credința susținută în valorile morale și apărarea lor constantă (Beauchamp T., 2001).

Integritatea morală poate fi pierdută sau alterată în diferite moduri: ipocrizia, minciuna, rea-credința, (auto)decepția etc. sunt defecte care împiedică transpunerea convingerilor morale în acțiuni.

Problemele invocate de menținerea integrității morale derivă uneori nu dintr-un conflict moral evident, ci din faptul că o persoană este forțată să-și abandoneze scopurile și idealurile sale pentru a le împlini pe ale altora. Când cineva își organizează viața în jurul unor idealuri specifice care sunt însă perturbate de „agenda” altora, apare evident o alterare a integrității personale, considerentele sale morale fiind „deșirate” de acțiunile coercitive ale altora. De exemplu, diverși practicieni cu convingeri religioase puternice asupra sanctității vieții vor simți evident o apăsare morală când vor participa la decizia de întrerupere a vieții. Pentru aceștia, îndepărtarea de pe ventilație asistată sau nutriție parenterală chiar la pacienții cu directive legale în avans le-ar viola integritatea morală proprie. Ei vor fi nevoiți să intre într-un fel de compromis medico-moral sau să se retragă din îngrijirile pacientului respectiv. Dar compromisul este prin definiție ceea ce o persoană integră nu va face niciodată (Rushton Ch., 2013)” [5, p. 155-156].

Principiul respectării autonomiei persoanei

Acesta reflectă capacitatea individului de a-și controla propria sa viață, de a lua decizii în conformitate cu propriile sale interese. În filosofia lui Immanuel Kant autonomia voinței persoanei reprezintă o condiție fundamentală a acțiunii morale. Literatura de specialitate caracterizează principiul autonomiei în înțelesul că fiecare individ are dreptul de a delibera, de a face opțiuni și de a acționa conform intereselor și concepțiilor sale morale, politice, economice, religioase etc. Fiecare e proprietarul corpului său, a organelor și țesuturilor sale și are libertatea de a dispune de ele. Fiecare are dreptul să decidă ce va face cu propria sa viață. Autonomia persoanei cuprinde în esență autonomia gândirii, voinței, intenției și acțiunii. Totodată, presupune și respectul autonomiei celorlalți: să acorzi celorlalți aceeași libertate și independență de acțiune ca și aceea pe care o revendici pentru propria persoană.

Principiul autonomiei are un caracter universal și se aplică tuturor persoanelor autonome. În contextul acestei caracteristici, este necesar de a clarifica următorul subiect: *Cine poate fi considerată persoană autonomă? Exemplu: cazul când*

dezaprobăm acțiunea unui tânăr sau tânără sub 18 ani care intenționează să procure alcool, țigări sau droguri, dezaprobăm de fapt aplicarea acestui principiu și calitatea de persoană autonomă la acest segment de populație. Situații asemănătoare se pot invoca și în activitatea pediatrică, în îngrijirea unor boli mintale sau în îngrijirea unor vârstnici cu o serie de deficiențe mintale. Respectivul descrieri înaintează o altă întrebare: *De câtă capacitate de gândire logică, ce capacitate de deliberare și ce alte atribute se mai cer cuiva pentru a fi persoană autonomă adecvată?* Astfel, literatura de specialitate redă o serie de atribute necesare unei persoane autonome:

- ✓ O bază de cunoaștere extensivă și clară, adecvată, incluzând prezența experienței și percepției, pe baza cărora e posibilă deliberarea;
- ✓ Abilitatea de a înțelege și de a reflecta asupra experienței noastre din trecut, cât și asupra viitorului;
- ✓ Capacitatea de a gândi prezumtiv, în sensul „ce s-ar întâmpla dacă...?”;
- ✓ Evitarea stării de „automulțumire” ca parte componentă a autocontrolului, precum și suficientă voință pentru a ne autoconduce.

În practica medicală, principiul respectării autonomiei persoanei implică mai multe componente, dintre care menționăm: *consimțământul persoanei (acordul informat); competența pacientului; dezvăluirea informației medicale; libera alegere și/sau participarea voluntară la experiența medicală, diagnostic și la actele terapeutice.*

Aceste componente vor fi analizate în tema următoare, când va fi studiat acordul informat.

Apel la sursă: Manea T., Gavrilovici C., Oprea L. Fundamente în etică. În: Bazele comportamentului individual în sănătate.

Principiul respectării autonomiei

„O întrebare legitimă în diferite contexte medicale ar fi: ce greutate să acordăm respectului autonomiei pacientului în cazul persoanelor aflate în mare pericol? De exemplu, ce atitudine ar trebui să adoptăm și cum putem justifica moral această alegere în cazul în care un pacient nu mai vrea să trăiască și imploră medicul să-i dea un medicament care i-ar cauza rapid moartea? Cum trebuie un medic să se comporte dacă o mamă refuză să-și vaccineze copiii sau refuză un tratament fără de care moartea este iminentă? Este foarte greu de stabilit limitele respectării autonomiei persoanei. Ideea autonomiei pacientului este în principiu bună, dar ea are la bază un gen de nivelare a diversității umane și asumția că fiecare este o persoană perfect rațională și capabilă să ia deciziile cele mai bune pentru sine sau pentru copiii minori care-i revin în grijă. Acest respect plasează mare parte a responsabilității de pe umerii medicului pe cei ai pacientului. Dar este pacientul mereu gata să accepte acest fapt? Autonomia pacientului contrabalansează caracterul autoritar sau paternalist din etica medicală tradițională, protejând dreptul pacientului de a alege sau respinge un anumit tip de tratament. Respectul pentru autonomia persoanei nu exclude datoria medicilor de a ajuta pacienții să ajungă la propriile decizii medicale. De asemenea, autonomia persoanei poate fi restricționată în anumite circumstanțe, cum ar fi: (a) pentru a opri acea persoană să facă rău altei persoane; (b) pentru a opri o persoană să își facă rău sieși (paternalism moderat); (c) pentru a face bine acelei persoane (paternalism radical)

și pentru a promova binele societății (principiul bunăstării). Paternalismul se opune autonomiei, dar, atunci când cantitatea de rău care ar rezulta în urma exercitării autonomiei unui pacient ar putea fi contracarată printr-o intervenție de tip paternalist, o astfel de acțiune poate fi justificată moral. Să luăm ca exemplu o persoană care crede ca vaccinul este ceva rău și periculos pentru copii și refuză să-i vaccineze. Cum ar trebui să acționeze un medic? A respecta autonomia pacientului înseamnă a pune copiii acestuia, prin nevaccinare într-o situație de risc potențial. În acest scenariu avem de-a face de fapt cu două tipuri de acțiuni paternaliste, din care una se poate ascunde sub ideea de autonomie. Faptul că părintele decide pentru copiii săi este un caz literal de paternalism. În acest caz, am avea de-a face cu concurența a două acțiuni paternaliste cu efecte asupra unuia și aceluiași obiect moral, anume copiii. Dacă acțiunea paternalistă a părinților de a refuza vaccinul este bazată pe informații inconsistente sau eronate, cea a medicului are la bază pregătirea profesională. Cum putem diagnostica moral acest caz? Ce este mai important: respectarea autonomiei părintelui, sau calcularea consecințelor și, ca atare, acceptarea unei intervenții paternaliste? O aplicare a teoriei utilitariste ar fi utilă în acest caz. Dacă am lua în considerație interesele fiecărei persoane implicate în acest caz și anume părinții, copilul, medicul și colectivitatea unde trăiește acel copil împreună cu familia sa, ar fi ușor de justificat decizia morală de a persuadea sau chiar de a obliga a părintele respectiv să-și vaccineze copilul. Această acțiune ar promova desigur interesele celor mai multe persoane implicate. Ce formă de paternalism poate fi justificată și pe ce bază? În general câteva condiții par a justifica paternalismul. De exemplu, dacă o persoană este expusă unui risc semnificativ sau unei pierderi semnificative a unui beneficiu, risc ce ar putea fi prevenit prin acțiunea paternalistă. O altă situație ar fi dacă rezultatele pozitive sau beneficiile intervenției paternaliste ar fi semnificativ mai mari decât riscurile la care este expusă persoana care altfel ar acționa în baza principiului autonomiei” [4, p. 32-33].

Principiul nondăunării

Acest principiu cere echipei medicale să nu facă rău în nici o împrejurare pacientului și să preîntâmpine un rău posibil. Ioan Zanc și Iustin Lupu semnaleză că principiul nondăunării propune: să nu ucizi, să nu produci dureri pacientului, să nu-i provoci handicap sau incapacitate fizică și psihică, să nu cauzezi inegalitate de șanse pentru pacient, să nu folosești niciodată un tratament sau procedură care poate dăuna pacientului. Aceste propuneri vizează atât **acțiunea lucrătorului medical**, cât și **contextul în care se desfășoară practica medicală**.

Aplicarea în activitatea medicală a acestui principiu este o necesitate stringentă. Mai ales că în contextul contemporan al medicinei coraportul riscului și al utilității intervenției medicale, anularea sau sistarea terapiei de menținere a vieții, alegerea dintre tratamentul extraordinar și ordinar, discordanța dintre efectele unui tratament real sau presupus, al trecerii de la acceptabil la **acceptarea inacceptabilului** (adică, se poate accepta moral ceea ce este posibil științific?) etc., în domeniul sănătății este deosebit de ridicat. Referindu-se la asemenea împrejurări, Teodor N. Țirdea constată: „Suntem convinși că în aceste și alte cazuri similare orice decizie medicală trebuie luată, ținând-se cont de interesele și beneficiul pacientului. În alegerea metodelor și mijloacelor intervenției medicale este importantă aprecierea bilanțului utilitate/dăună

și a calității vieții bolnavului după ingerința medicului. Din perspectiva acestei abordări, un tratament tradițional va include proceduri, medicamente, operații ce dau o speranță rezonabilă și neexagerată spre atingerea avantajului și care nu vor provoca chinuri și cheltuieli de prisos, dureri, alte incomodități pentru pacient”.

Apel la sursă: Cristina Gavrilovici. Introducere în bioetică.

„A nu răni (principiul non-vătămării) înseamnă a nu leza un individ care nu ar putea obiecta sau chiar ar putea accepta să i se facă rău. În general o conduită non-vătămătoare are o stringență mai mare decât una care vizează simplul rol benefic, chiar dacă din punct de vedere utilitarist scopul urmărit s-ar putea obține doar acționând activ spre a face bine. Să presupunem că un chirurg ar putea salva două vieți inocente omorând un prizonier condamnat la închisoare pe viață, pentru a-i recolta inima și ficatul în vederea transplantului. Aceasta acțiune ar avea fără îndoială o utilitate maximă. Este însă inacceptabil moral să salvezi o viață prin sacrificiul alteia, să crezi răul pentru a se naște binele. Încă de la „recomandările” hipocratice, „să nu faci rău” a rămas emblema stringentă a profesiei medicale. A nu face rău în medicină, evident că nu se referă la o acțiune fizică voit dăunătoare pacientului. Considerăm implicită noțiunea potrivit căreia nici un medic nu are un interes în a produce daune fizice (sau chiar de altă natură) în mod intențional. Putem însă să rănim peste măsură, doar prin cuvinte, fie printr-o dezvăluire bruscă, abruptă și lipsită de compasiune, a adevărului, sau prin minciună, prin informare parțială sau ocolirea adevărului” [3, p. 18].

Mai mult, în literatura de specialitate se evidențiază o serie de probleme/dileme etice ce pot apărea în contextul respectării principiului nondăunării.

Aceste probleme sunt:

✓ **Problema „dublului efect”.** Aceasta apare când se încearcă a justifica moral o acțiune care are atât efecte bune, cât și efecte rele. Totodată, asemenea acțiune poate fi admisă moral dacă: acțiunea nu este în sine rea, consecința rea nu este cea intenționată, binele nu este în sine un rezultat al acțiunii rele, cele două consecințe sunt comensurabile (rezultatul bun să fie mai mare de cât răul previzibil).

Exemplu: se poate bombarda în mod justificat o fabrică dușmană, prevăzând însă, neintenționat, moartea civililor care locuiesc în preajmă. În schimb, bombardarea intenționată a civililor nu poate fi permisă (Blackburn S., 1999). În judecarea morală acestei situații se are în vedere **relația dintre acțiune, consecință și intenție.**

Apel la sursă: Ioan Zanc, Iustin Lupu. Bioetica medicală – principii, dileme, soluții.

„În medicină, această problemă se pune, de exemplu, în legătură cu avortul terapeutic și se regăsește în atitudinea bisericii catolice față de avort. Biserica catolică condamnă avortul, considerându-l infanticid. În sine, el este condamnat. Dacă însă fetusul pune în pericol viața mamei, avortul este permis. Scopul, consecința urmărită (intenționată) nu este rea, nu este uciderea, ci salvarea vieții mamei. De fapt, în medicină, această problemă se rezolvă în mod diferențiat, în funcție de contextul clinic. Este ilustrativ în acest sens cazul relatat de C. Maximilian și colab. (1995) privind situația unei femei însărcinate care suferă de cancer în stadiul final. Este sigur că va muri înainte de a naște la termen. Medicii îi propun intervenția

chirurgicală. Ea refuză. Respingând propunerea, condamnă copilul la moarte. Este chemată, în numele copilului, Justiția. Un judecător venit la patul bolnavului ascultă argumentele medicilor și pe cele ale avocatului gravidei. El impune cezariana. Judecătorul are de ales între autonomia mamei și drepturile copilului.

Dacă situația mamei este critică și intervenția medicului implică un risc mare, este sacrificat fătul. Dacă mama este în stadiul final al unei boli incurabile, va fi salvat fătul (Maximilian C., et al., 1995)

O altă zonă de aplicație a acestei probleme în medicină se întâlnește în testarea medicamentelor. Și aici, până la determinarea eficacității și efectelor secundare ale noilor medicamente, sunt înregistrate efecte dăunătoare asupra unor cazuri de pacienți sau voluntari sănătoși, făcând din această acțiune una „moral-necesară” și, concomitent, „necesar imorală” (Bernard J., 1992)” [8, p. 66].

✓ **Problema acțiunii și/sau omisiunilor (a ucide sau a lăsa să moară).** Această problemă reflectă necesitatea de a stabili o diferență etică între o persoană care acționează în mod direct pentru a obține un efect și altul care omite să acționeze în acele situații în care e previzibil că prin omisiune se ajunge la același rezultat.

Exemplul: se presupune că dacă A. dorește moartea lui B. și acționează pentru a-i provoca moartea, e un criminal. Dacă A. descoperă că B. e în pericol de moarte și omite să acționeze pentru a-l salva, atunci nu acționează în nici un fel și nu poate fi considerat criminal. Întrebarea care se pune în medicină este dacă există o diferență de natură morală între cazul în care moartea pacientului este direct intenționată și provocată și cel în care ea apare doar ca o consecință previzibilă a nonacțiunii sau omisiunii.

SARCINĂ

Citiți textul și descrieți dacă în experiența Dvs. ați întâlnit cazuri asemănătoare. Cum ați analizat cazul?

„Sunt formulate mai multe poziții în legătură cu această întrebare.

1. O primă poziție afirmă că nu există nici o diferență între cele două, că și omisiunea poate fi tot atât de deliberată și imorală ca și acțiunea. De exemplu, dacă un lucrător din domeniul sanitar e răspunzător de alimentația artificială a pacientului și omite să îl hrănească, atunci omisiunea e cu siguranță o crimă. Ilustrând această poziție, Beauchamp și Childress invocă un caz în care doi tineri, Smith și Jones, doreau să-l vadă mort pe vărul lor de șase ani, pentru a-i lua moștenirea. Smith reușește să-și înecă vărul în timp ce acesta făcea o baie. Jones intenționează și el să-lucidă, dar când intră în baie își descoperă vărul care tocmai alunecase în baie, s-a lovit la cap și moare, fără ca el să intervină, să-i dea primul ajutor și să-l salveze.

Se poate constata că, din punct de vedere legal, ar trebui condamnat doar primul, cel care reușește să-și înecă vărul. Din punct de vedere moral însă, ar trebui condamnați amândoi. Și unul și altul intenționau săucidă, doar că au procedat diferit.

2. O a doua poziție afirmă că între a „omorî” și „a lăsa să moară” nu este doar o diferență semantică, ci și una de morală. Adepții acestei poziții trasează distinct între următoarele situații:

1. Între cazuri nejustificate de a ucide sau a lăsa să moară.

2. Între cazurile nejustificate de omor și cazurile justificate de a lăsa să moară. Această distincție este ilustrată de autorii citați prin alte două cazuri.

Primul este al unui medic-pacient aflat în stadiul final al unui cancer de stomac. Acesta intră la un moment dat într-o stare de comă din cauza unei embolii pulmonare. Este salvat în ultimă instanță de către o echipă de medici, dar, după ce-și revine, le cere acestora ca în cazul în care s-ar mai afla într-o stare asemănătoare să fie lăsat să moară. Face o cerere în acest sens către conducerea spitalului, însă ceea ce trebuie menționat este faptul că nu a cerut să fie ucis, cu toate că știa în mod cert că este pe moarte.

Cel de-al doilea caz este al unui nou-născut cu Sindrom Down, care mai prezintă și o fistulă traheeo-esofagiană. Cunoscând că salvarea vieții prea-tânărului pacient nu ar fi fost însă în interesul său - știute fiind problemele bolnavilor cu Sindrom Down - medicii și familia acestuia decid ca nou-născutul să fie lăsat să moară. A.M.A. declară că medicul poate întrerupe un tratament dacă sunt îndeplinite următoarele trei condiții:

- corpul este menținut în viață cu mijloace terapeutice extraordinare;
- este evident că moartea biologică este iminentă;
- există consimțământul pacientului sau al familiei.

A ucide, în medicină, din compasiune e nejustificat în toate circumstanțele, *a lăsa să moară* este corect în anumite circumstanțe, însă „a ucide” sau „a lăsa să moară” în afara medicinei este întotdeauna un rău din punct de vedere etic” [8, p. 67].

Principiul binefacerii

Reflectă datoria morală de a ajuta pe ceilalți să-și realizeze voința și/sau interesele lor legitime. În practica medicală, ***principiul binefacerii stabilește condiție morală echipei medicale*** – să acționeze pentru promovarea sănătății și pentru prevenirea sau îndepărtarea factorilor și riscurilor pentru sănătate. Mai mult, acesta cere ca orice intervenție medicală să fie tăcută exclusiv în interesul bolnavului, fără să-i aducă prejudicii lui sau celor din anturajul său.

Aplicabilitatea principiului binefacerii în actul medical se manifestă atât la nivel individual, cât și la nivel social. În ***primul caz***, vizează grija ce trebuie avută față de fiecare pacient. ***În al doilea caz***, implică structurile instituționale și beneficiile lor pentru societate.

Printre acestea, în exercitarea profesiei sale, personalul medical are obligația să îi ajute pe ceilalți, respectiv, trebuie să ia în considerare simultan atât principiul binefacerii, cât și principiul nondăunării. Primul reflectă o prelungire și o extindere a principiului „nondăunării”. Însă, cele două principii trebuie aplicate separat, mai ales în circumstanțele în care nu avem și/sau nu recunoaștem că avem o obligație de binefacere față de alții, dar avem obligația de a nu face rău. Concomitent, echipa medicală nu este scutită de responsabilitate doar pentru faptul că nu au făcut nici un rău. Totodată, întrucât pacienții apelează la instituțiile medicale sau i se acordă ajutor medical de urgență, a nu face nimic pentru a-i ajuta înseamnă a proceda contrar principiului binefacerii. Excepție fac circumstanțele unde a nu face nimic are valoare terapeutică.

Apel la sursă: Cristina Gavrilovici. Introducere în bioetică.

„A face bine sau „principiul beneficiului” semnifică pe lângă respectarea autonomiei și înfrânarea vătămării, o contribuție activă la bunăstarea individului. A face bine este o normă etică considerată de către unii filozofi drept o obligație morală în timp ce alții (inclusiv Kant) o apreciază drept un merit, un act de caritate, astfel încât nu putem spune că o persoană este imorală dacă nu reușește să producă un beneficiu prin acțiunile sale. Este posibil să nu faci rău nici unei persoane niciodată, dar este imposibil să faci bine oricând și pentru oricine. În încercarea de a diferenția datoria de virtute, Peter Singer apreciază: „dacă ne stă în puteri să prevenim răul fără a sacrifica nimic de importanță morală comparabilă, atunci avem datoria morală sa o facem”. Astfel de controverse impun clarificarea și chiar exemplificarea tipurilor de acțiuni benefice, menționând limitele obligațiilor noastre precum și pragul de la care producerea beneficiului este mai curând o opțiune decât o obligație. În esență, a face bine poate include protejarea și apărarea drepturilor altora, prevenirea răului sau îndepărtarea condițiilor de producere a unor evenimente nefaste, ajutarea persoanelor cu dizabilități, sau salvarea persoanelor aflate în pericol iminent” [3, p. 18].

Principiul echității

Temeiul moral al acestui principiu constituie alocarea și distribuția corectă a sarcinilor și beneficiilor sociale. În mod particular, principiul echității în activitatea medicală vizează alocarea corectă a resurselor medicale și respectarea drepturilor tuturor oamenilor la îngrijirile medicale. Mai mult, în medicină, principiul abordat presupune ca oamenii cu probleme asemănătoare să fie tratați egal sau în mod asemănător. Această caracteristică poate fi intitulată *echitate orizontală*. La fel, oamenii cu probleme diferențiate să fie tratați diferențiat, proporțional cu inegalitățile dintre ei. Iar judecată respectivă poate fi denumită *echitate verticală*.

În context, literatura de specialitate oferă o serie de reguli aplicate în alocarea și distribuția echitabilă a resurselor medicale și nu doar: fiecărei persoane în mod egal; fiecărei persoane conform necesităților; fiecărei persoane în funcție de efort; fiecărei persoane conform contribuției; fiecărei persoane după merit; fiecărei persoane conform schimburilor pieței libere.

Însă, conform concepției lui Aristotel cu privire la *justiția distributivă*, repartitia inegală a unor resurse de sănătate se dovedește a fi greu de realizat aproape peste tot în lume. Respectiv, alocarea și distribuția echitabilă a resurselor medicale ar putea fi justificată în raport cu anumiți factori relevanți din punct de vedere moral, cum ar fi: *urgența sau intensitatea nevoii de asistență medicală*. Însă, alocarea resurselor pe criterii irelevante moral, cum ar fi religia, genul, naționalitatea, nivelul de educație etc., este inechitabilă, respectiv interzisă. Mai mult, în sistemul de sănătate nu există consens cu privire la criteriile prin care se tratează oamenii ca egali sau inegali și de aici apar o serie de conflicte și întrebări privind alocarea și distribuția echitabilă a resurselor medicale. Exemplu: cărui pacient să-i acorzi prioritate? Când ar trebui preferată, în locul egalității șanselor fiecărui pacient, obținerea celui mai bun rezultat? Când putem permite agregarea mai multor beneficii modeste pentru mai mulți

pacienți în locul unor rezultate mult mai bune, dar pentru pacienți mai puțini? Ce importanță trebuie să acordăm celor mai bolnavi sau celor mai schilodiți pacienți, cu șanse minime de supraviețuire sau de reinserție socială?

În condițiile unor resurse inevitabil limitate, când medicul a devenit și un „ordonator de credite”, relatează Ioan Zanc și Iustin Lupu, el trebuie să asigure echilibrul între cerințe și posibilități, fără a frustra și mai ales fără a periclita sănătatea și viața. Ideal din punct de vedere moral ar fi ca resursele de îngrijire medicală să vină în întâmpinarea tuturor celor ce au nevoie de ele, iar când acest lucru este imposibil, repartizarea lor să se facă proporțional cu intensitatea nevoii de asistență. Lucrul acesta creează conflicte între diferite cerințe morale. Exemplu: respectul pentru valoarea oricărei vieți care este baza principiului egalității și a deontologiei hipocratice trebuie să fie înlocuit - afirmă unii bioeticieni - cu respectul pentru *calitatea vieții*. Respectiv, deciziile medicale, inclusiv cele privind alocarea resurselor, sunt determinate de șansele bolnavului de reintegrare satisfăcătoare în societate. Acest fapt antrenează riscul judecării comparative a vieții indivizilor: de la o extremă – *tineri utili sociali*, la cealaltă extremă – *bătrâni, bolnavi și inutili*.

Apel la sursă: Manea T., Gavrilovici C., Oprea L. Fundamente în etică. În. Bazele comportamentului individual în sănătate.

Principiul dreptății și echității

„Conceptul echității încearcă să traducă un termen consacrat în limba engleză, anume **fairness**. În limba română acest termen este mai mult asociat cu întrecerile sportive sau cu meciurile de fotbal. Cel mai apropiat sinonim ar fi **corectitudine**, sau **cinste**, dar ambii termeni nu au relevanța etică necesară pentru a fi consacrați. Cel mai bine putem înțelege conținutul acestui concept dacă ne întrebăm: ce înseamnă **fairness** în sport? Înseamnă că toți jucătorii respectă regulile, iar arbitrii sunt imparțiali, adică recunosc egalitatea jucătorilor, iar meritele sunt acordate doar corespunzător performanțelor, și nu datorită unor interese individuale, înclinații, nepotisme etc.

Cum ar trebui să înțelegem în general **dreptatea ca fairness**? Ar însemna ca toți cetățenii să fie tratați în mod egal, adică nediscriminați în funcție de origine socială, etnie, sex, vârstă, capacități intelectuale etc. Această direcție este numită în literatura de specialitate **dreptate distributivă**. În contextul îngrijirilor de sănătate, dreptatea distributivă, sau **echitatea**, presupune accesul egal la îngrijiri și tratarea nediferențiată a pacienților.

Numele cel mai asociat cu ideea de dreptate ca echitate este filosoful american John Rawls, cu lucrarea sa de referință „Justice as Fairness: Political not Metaphysical” (1985). Echitatea, în viziunea lui Rawls, are la bază două principii: libertatea și egalitatea. Primul principiu este enunțat astfel: “Fiecare persoană are un drept egal la o alocare a drepturilor și libertăților de bază, care trebuie să fie compatibil cu o alocare similară pentru toți”. Al doilea stipulează: “Inechitățile economice și sociale trebuie să îndeplinească două condiții: mai întâi trebuie să fie asociate cu posturi și poziții accesibile tuturor sub condiția unei oportunități echitabile (fair), și apoi de acestea ar trebui să beneficieze cel mai mult cei mai dezavantajați membrii ai societății” (Rawls, 1985, p. 227). De exemplu, posturile de directori de spitale produc o inegalitate între medici, pentru că aceia care vor fi aleși directori vor avea avantaje. Dar, dacă în principiu orice medic ar avea șansa să fie

ales director de spital, această inechitate și inegalitate este una acceptabilă, pentru că ea nu este creată pentru o anumită persoană, ci este o funcție accesibilă tuturor.

Ne putem imagina ideile lui Rawls transpuse pentru paradigma sănătății în felul următor: fiecare persoană are dreptul la o alocare a îngrijirilor de sănătate care să fie compatibilă cu o alocare similară pentru toți. Altfel, o societate care ar ignora acest principiu ar alocă resursele financiare pentru cei bogați, astfel că tot ce aceștia își doresc, de la tratamente de rutină, la chirurgie cosmetică să fie finanțate, în timp ce lucruri simple cum ar fi vaccinurile pentru copiii săraci sau o asistență sanitară de bază ar putea fi total ignorate. Într-o societate care ar respecta principiile dreptății distributive ar trebui ca, de exemplu, un pachet de bază pentru diagnosticul, tratamentul și îngrijirile paleative pentru cancer să fie accesibile tuturor. Al doilea principiu ar putea fi astfel reformulat: inechitățile economice și sociale sunt acceptabile dacă ele sunt legate de poziții sociale sau instituționale accesibile tuturor. Adică, un post de director de spital, care creează o situație privilegiată, și deci o anumită inechitate, trebuie să fie deschis tuturor care îndeplinesc condițiile profesionale pentru aceasta, indiferent dacă persoana în cauză are o dezabilitate, este dintr-o anumită etnie, sau aparține de un gen specific. Aceste condiții formale oferă egalitatea șanselor, și mai mult, persoane din medii defavorizate pot avea o voce în societate și pot milita pentru drepturile fundamentale ale celor pe care îi reprezintă.

Rawls consideră că anumite drepturi și libertăți sunt fundamentale, adică nici o societate sau regim politic nu are dreptul să le ignore sau suprimă. Deși dreptul la sănătate poate fi considerat unul dintre drepturile și libertățile fundamentale, așa cum este menționat în Declarația Universală a Drepturilor Omului (1948), nu toate statele au politici de sănătate care să respecte acest drept. În unele societăți, anumite grupuri vulnerabile pe criterii de etnie, sex etc. nu au acces la îngrijirile de sănătate, în altele, costurile ridicate ale serviciilor de sănătate sunt un impediment al respectării acestui drept fundamental. De exemplu, ne putem întreba dacă este drept ca un medic să trateze doar pacienții care au suficienți bani să-și plătească asigurările de sănătate. Pacienții săraci sunt în acest fel discriminați și degrevați de un drept fundamental. Sau o altă întrebare ar fi, dacă într-un sistem de îngrijiri sociale finanțat de stat, acele categorii de persoane care au comportamente dăunătoare pentru propria sănătate (persoanele care fumează, care consumă alcool sau care sunt obeze) au dreptul moral să consume mai mult din banii publici decât persoanele care au un stil de viață echilibrat. În ipoteza în care toți cetățenii ar contribui în mod egal la fondul de sănătate, distribuirea acestei resurse pentru pacienții care își periclitează conștient starea sănătății pare să fie injustă ” [4, p. 32-33].

Principiul vulnerabilității

Vulnerabilitatea umană este un concept complex și contextual de natură situațională, relațională și temporală, ce se referă la o persoană sau la grupuri de persoane care din cauza unei stări fizice, afective și cognitive se află în pericol de a fi lezată sau distrusă datorită susceptibilității la influențe destabilizatoare. În consecință nu are abilități de a lua decizii proprii sau nu dispune de capacitate suficientă pentru a-și controla și proteja interesele. În context medical, principiul respectului vulnerabilității exprimă condiția ființei umane care este fragilă și poate fi oricând degrada fizic, mental

și spiritual, ceea ce condiționează unele îndatoriri speciale prin care se acordă o grijă morală diferită de cea standard. Principiul abordat înaintea o serie de necesități care determină echipa medicală să cultive sau să ia o atitudine grijulie față de o persoană și/sau grupuri vulnerabile ale societății (femei, copii, invalizi, bolnavi psihic etc.).

Apel la sursă: **Banari I., Federiuc V., Șargu E. Conceptul de vulnerabilitate în activitatea medicală. Sinteze bioetice. În: Revista științifico-practică. Sănătate publică, Economie și Management în Medicină.**

Abordări teoretice și practice ale vulnerabilității în activitatea medicală

„Încercarea noastră de a defini vulnerabilitatea este una complementară, cu un caracter general, ce reflectă teoretic componentele vulnerabilității. Însă, când ne referim la activitatea medicală, apar unele sinteze aplicative. Definițiile oscilează între doi poli: pe de o parte, găsim un principiu bioetic european al vulnerabilității, considerat o expresie universală a condiției umane... și care deschide multiple căi de implicare a bioeticii în activitatea medicală de cercetare și cea clinică; pe de altă parte, o expresie a persoanelor care nu sunt în măsură să dea consimțământul sau care sunt mai susceptibile de a fi exploatate... Ultima se fundamentează pe consimțământ, daune și etichetarea grupelor vulnerabile și s-a dezvoltat preponderent în activitatea medicală de cercetare... Definițiile bazate pe consimțământ sunt propuse de unele acte normative... Cele bazate pe daune și grupe vulnerabile sunt găsite în diverse ghiduri etice... Aceste definiții au fost criticate ca fiind prea largi sau prea restrânse de către autorii care au propus să înlocuiască scrutinul special pentru populațiile vulnerabile cu o protecție continuă a indivizilor conform reglementărilor existente și concentrându-și atenția asupra caracteristicilor protocoalelor de cercetare și clinice care reflectă diverse provocări bioetice.

Într-un final, nu există un consens cu privire la definirea conceptului de vulnerabilitate în activitatea medicală, dar sunt înaintate și un șir de propuneri de nuanță bioetică, cum ar fi: de a atribui niveluri de vulnerabilitate persoanelor, mai degrabă decât de a eticheta grupe specifice ca fiind vulnerabile...; de a analiza problemele clinice și experiențele de vulnerabilitate...; de a dezvolta un concept al vulnerabilității bazat pe nevoi, în locul celui bazat pe consimțământ...; de a include noțiunile de „a fi vătămat” și de „a fi nedreptățit” în cadrul conceptului de vulnerabilitate...; trebuie să se stabilească o caracterizare și o sistematizare mai detaliată a spectrului abilităților umane și a diferitelor moduri în care acestea conțin elemente de vulnerabilitate...; conceptul 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...

Concluzii

1. Găsirea unui consens conceptual cu privire la vulnerabilitate în activitatea medicală este puțin probabilă, dar se cere o antrenare investigativă continuă, deoarece survin noi forme și exteriorizări ale vulnerabilității, cu noi forme de îngrijire și de protecție.

2. Vulnerabilitatea poate fi interpretată ca o caracteristică a condiției umane, dar totodată și ca un criteriu de evaluare morală a modalităților de respectare a autonomiei pacientului, a calității vieții, a demnității, integrității și echității în

grijirea clinică. Acestea marchează perspectivele bioeticii de a interveni în disputele actuale cu privire la multiplele manifestări ale vulnerabilității.

3. Abordarea bioetică a vulnerabilității contribuie la actualizarea conceptului vizat pentru activitatea medicală în ansamblu. Analiza tipurilor și a gradului de vulnerabilitate înaintea sarcina identificării nivelului vulnerabilității persoanei, precum și a procesului atenuării acesteia.

4. Protecția bioetică a subiecților în relațiile terapeutice nu se bazează pe vulnerabilitatea în sine, ci pe sursa care cauzează vulnerabilitate. Îngrijirea subiecților în actul clinic se fundamentează pe vulnerabilitatea în sine” [1, p. 15-17].

Sarcini pentru lucrul individual al studentului

- ✓ Bioetica și problema existenței umane
- ✓ Bioetica din perspectiva supraviețuirii
- ✓ Bioetica, omul și paradigma dezvoltării noosferice
- ✓ Bioetica și „granițele” progresului științific și tehnologic
- ✓ Bioetica socială: esența bioetizării sociumului și acomodării bioetice
- ✓ Bioetica globală: esență și conținut
- ✓ Bioetica politică: esență și conținut
- ✓ Perspectiva interpretărilor teologice în contextul bioeticii
- ✓ Sănătatea omului din perspectiva eticii învaironmentale
- ✓ Toleranța bioetică în elaborarea și implementarea bioeticii planetare
- ✓ Bioetica la intersecția diverselor domenii ale științei și culturii.
- ✓ Bioetica în Republica Moldova.
- ✓ Realitățile sociale și perspectivele bioeticii clinice în Republica Moldova.

Referințe bibliografice

1. Banari I., Federiuc V., Șargu E. Conceptul de vulnerabilitate în activitatea medicală. Sinteze bioetice. În: Revista științifico-practică. Sănătate publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 5(87), 2020, p. 15-17.
2. Drepturile personalității și bioetica – interferențe normative și corelații de fond. În: https://www.hamangiu.ro/upload/cuprins_extras/dreptul-persoanelor-dreptul-obligatiilor_cuprins.pdf (accesat 20.06.2020).
3. Gavrilovici C. Introducere în bioetică. Iași: Junimea, 2007. 239 p.
4. Manea T., Gavrilovici C., Oprea L. Fundamente în etică. În: Bazele comportamentului individual în sănătate. București: Pro Universitaria, 2015, p. 32-33.
5. Oprea L., Rotaru T.-Ș., Cojocar D., Gavrilovici C. Relația medic-pacient. În: Bazele comportamentului social în sănătate. București: Pro Universitaria, 2015, p. 155-156.
6. Sgreccia E., Tambone V. Manual de bioetică. București: Everest, 2001. 305 p.
7. Țirdea T. Bioetică: curs de bază. Chișinău: Medicina, 2017. 332 p.
8. Zanc I., Lupu I. Bioetica medicală – prncipii, dileme, soluții. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2001. 158 p.

Tema 3.

ASPECTE CLINICE ALE BIOETICII

Scopul temei: Configurarea aspectelor clinice ale bioeticii

Durata și tipul de activitate: Conținutul temei este studiat în 6 ore academice, unde 2 ore sunt rezervate cursului teoretic și 4 ore de seminar.

Obiective trasate în lucrare:

- ✓ să definească modelele, tipurile bioetice și clinice de relații medic-pacient;
- ✓ să înțeleagă esența paternalismului și să cunoască consecințele abordării paternaliste a pacientului;
- ✓ să definească abordarea antipaternalistă și să demonstreze valoarea practică a acordului informat și a implicării pacientului în luarea deciziilor medicale;
- ✓ să cunoască ce este confidențialitate și obligațiile morale derivate din aceasta;
- ✓ să poată elabora un model de acord informat valid pentru o condiție medicală concretă/ diagnostic concret;
- ✓ să integreze abilitățile teoretice asimilate în practica terapeutică și să integreze rolul și valoarea teoriilor normative în luarea deciziilor morale și anticiparea situațiilor de malpraxis.

Metode și materiale pentru realizarea lucrării

Materialul teoretic al temei este predat în manieră clasică, prin prelegere și seminar. Seminarul presupune aplicarea a unui șir de metode precum: conversația euristică, problematizarea, brainstorming, lucrul în grup, studiul individual, dezbateră, rezolvarea situațiilor de problemă, joc de rol, studiul de caz.

MATERIALUL TEORETIC

Clarificări preliminare

În conținutul primei teme au fost caracterizate două domenii etice care abordează probleme morale în activitatea medicală: *etica medicală* și *deontologia medicală*. În tema doi a fost studiată și *bioetica*. Considerăm oportun, din startul acestei teme, să delimităm asemănarea și deosebirea dintre aceste discipline pentru a evita apariția unor interpretări sau confuzii nepotrivite cu privire la aria lor de studiu.

Astfel, menționăm că aceste orientări ale eticii aplicate au tangență prin activitatea în care sunt aplicate (activitatea medicală), însă diferă prin natura problemelor analizate.

Etica este domeniul filosofic ce studiază sistematic moralitatea. Cercetarea moralei este axată pe distincția dintre bine și rău, cinstit și necinstit, virtuos și vicios. Discursul etic are misiunea să fundamenteze, să argumenteze și să justifice teoretic realitatea condiției morale a omului, care implică caracterul moral, datoria morală, decizia etc.

Etica medicală este o ramură a eticii aplicate, care analizează și sistematizează principiile, normele, valorile morale ce reglementează relațiile umane în activitatea

medicală. Obiectul eticii medicale este morala medicală, condiția relațiilor morale în activitatea medicală.

Bioetica este știința supraviețuirii. Știința supraviețuirii trebuie să fie nu doar o știință, ci și o nouă înțelepciune, care să combine cele două elemente cele mai importante și necesare - cunoștințele biologice și valorile umane. Mai mult, am aflat că bioetica este știința care, utilizând o metodologie interdisciplinară, are drept obiectiv examenul sistematic al comportamentului uman în domeniul științelor vieții și al sănătății, examinat în lumina valorilor și principiilor morale. Respectiv, bioetica este parte a filosofiei morale care apreciază cât de licite sau ilicite sunt intervențiile asupra omului și, în special, acele intervenții legate de practica și dezvoltarea științelor medicale și biologice.

În sinteză, *etica* este domeniul filosofic care studiază condiția morală a omului și relațiile sale în comunitate. Acest temei teoretic reprezintă conținutul aplicativ al eticii medicale. Totodată, fiind o etică aplicată, aceasta (*etica medicală*) analizează și reglementează moral relațiile umane în activitatea medicală, constituind o serie de datorii profesionale (*deontologia medicală*). Contextul relațiilor umane în activitatea medicală presupune și/sau implică și necesitatea de a proteja viul, viața – aceasta este sensul discursului *bioetic*.

Exemplu: practici medicale precum avortul, reproducerea umană asistată medical, clonarea, diagnosticul genetic prenatal, transplantul de organe etc. se realizează în contextul relației medic-pacient și nu doar, iar o condiție morală a acesteia ar fi să se respecte principiile morale cum sunt cel al autonomiei pacientului, binefacerii, nădărnirii, echității, vulnerabilității. Însă, din perspectivă bioetică, abordarea depășește contextul relațional și implică poziția, atitudinea medicului și pacientului vizavi de statutul moral al embrionului, calitatea vieții donatorului și a primitorului în cazul transplantului de organe, statutul moral al subiectului uman și nu doar în cercetarea biomedicală etc.

Aceasta reflectă asemănarea, adică, tangențele sau punctele comune, dar și deosebirea între ele.

1. Aspectele sociofilosofic, axiologic, juridic și medical al bioeticii

Studiul cu privire la esența și conținutul bioeticii, perspectivele ei de dezvoltare ca domeniu de cunoaștere și ca institut social e logic a releva câteva ipostaze ale acesteia, care oferă posibilitatea să interpretăm o analiză interdisciplinară, profundă și de ansamblu a fenomenului nominalizat. E vorba de configurațiile sociofilosofică, axiologică, juridică și medicală ale eticii vieții.

SARCINĂ

Analizați textele și evidențiați specificul teoretic și aplicativ al fiecărui aspect în activitatea medicală, determinați valoarea metodologică a acestora în discursul bioetic

Aspectul sociofilosofic al bioeticii

„*Aspectul sociofilosofic* al bioeticii constă în faptul că aceasta poartă un caracter general-uman, este o varietate a activității intelectuale și a practicii sociale care are scopul de a garanta posibilitatea dialogului și solidarității oamenilor în protejarea binelui și opunerea rezistenței în fața răului generat de activitatea contemporană a indivizilor.

Bioetica contribuie la evidențierea celor mai actuale probleme sociale. Astăzi omenirea se găsește în fața unui pericol global legat de consecințele negative ale progresului tehnico-științific. Pentru a depăși acest pericol e necesar, în primul rând, de a conștientiza acele probleme ce provoacă pericolul nominalizat și, în al doilea rând, de a modifica mentalitatea oamenilor. E necesar să înțelegem specificul vieții, să ne convingem că etica este nemijlocit legată de științele naturii, că nu trebuie să existe divergențe dintre moralitate și viață.

Omenirea tot mai mult ajunge la concluzia că existența noastră este problematică, fiindcă mereu se confruntă cu dificultatea determinării limitelor existenței umane. Oamenii sunt nevoiți să ia asupra lor responsabilitatea pentru precizarea acestor hotare. Alegerea responsabilă nu poate fi stabilită doar de cunoștințele profesionale ale medicilor, juriștilor, naturaliștilor, teologilor etc. Nu există a priori nici o scară a valorilor după care am determina ce se poate și ce nu. Bioetica, ca orientare științifică interdisciplinară, ar putea trage concluzii optime la acest capitol.

De aspectul sociofilosofic al bioeticii ține și problema formării concepției despre *Homo Sapiens*. De evaluarea corectă a omului vor depinde concluziile medicilor, juriștilor, naturaliștilor. Bioetica formulează o nouă paradigmă a gândirii, care relevă pericolul prezentat de individualism și de colectivism, însă nu acceptă nici paternalismul, nici colegialitatea apăsătoare, dar în același timp protejează idealurile democratismului. Bioetica devine un mecanism extrem de important în restructurarea democratică a biopoliticii societății contemporane” [4, p. 152-153].

Aspectul axiologic al bioeticii

„*Aspectul axiologic* ține de faptul că bioetica contribuie la formarea unui nou sistem etico-normativ și valoric care ar trasa o ieșire din situația critică de astăzi. Repercusiunile progresului tehnico-științific, societatea tehnogenă, informatizarea accelerată a domeniilor de activitate umană, situația social-politică și economia de piață au dus la devalorizarea și deumanizarea medicinei, atitudinii noastre față de natură, față de relațiile sociale în genere. Businessul din sfera economiei pătrunde în medicină, în învățământul public, cultură, în asigurarea socială. Nimic nu-i sfânt în fața profitului imediat. Ne-am pomenit într-o situație, când viața omului în societate pierde permanent din valoarea sa. Revirimentul spre alte valori și orientări axiologice demonstrează necesitatea și actualitatea bioeticii.

Bioetica formulează noi exigențe referitoare la interacțiunea, obligativitatea și responsabilitatea oamenilor, dând prioritate valorilor general-umane. Dintre aceste calități viața este valoare în sine, valoarea supremă. Lupta pentru viață este un postulat axiologic al bioeticii și determină toate celelalte valori și relații umane. Fiecare cultură se caracterizează printr-o atitudine specifică față de viață și moarte. Bioetica nu poate să nu țină cont de aceste mentalități ale persoanelor și popoarelor, de multitudinea de atitudine față de viață și moarte împărtășite de diferite confesii și grupuri religioase. Principalul obiectiv al bioeticii constă în determinarea și formularea unui nou sistem de valori și orientări umane, care ar corespunde drepturilor omului, scopurilor fundamentale ale civilizației contemporane. Sistemul de valori actual este depășit atât de evoluția realității sociale, cât și de dezvoltarea cercetărilor biomedicale. Bioetica trebuie să devină o etică a solidarității reciproce, a carității și echității sociale” [4, p. 153].

Aspectul juridic al bioeticii

„*Aspectul juridic* denotă că bioetica este o formă de protecție a drepturilor omului, inclusiv și dreptul lui la viață, la sănătate, la autodeterminare liberă. Bioetica trebuie să creeze condiții în care ocrotirea sănătății să devină un drept inalienabil al omului. Însă obiectul bioeticii nu se reduce doar la viața umană și atributele ei, ci și la reglementarea juridică a relațiilor omului cu biosfera, a societății cu natura prin intermediul principiilor acestui domeniu al științei. Bioetica afirmă unitatea abordării științifice cu valorile umaniste (dând de altfel prioritate majoră valorilor și scopurilor umane). Bioetica tinde să reglementeze cercetările științifice, pornind de la valorile umaniste, să formuleze norme și reguli ale cercetărilor biomedicale, ținând cont de drepturile omului.

Se pot evidenția, în această ordine de idei, două stiluri de gândire în bioetică. Primul – *stilul legal*, normativ, care presupune niște postulate de drept ca garanție a deciziilor morale. El este legat de concepția liberalismului, ce susține valorile individualismului, prioritatea intereselor particulare. Al doi-lea – *stilul filosofic*, care se bazează pe norme raționale morale, pe valorile și ideile democratismului. Probabil, în viitor aceste tipuri de raționare se vor contopi, deoarece este necesar a proteja interesele individului, dar nu este mai puțin important a apăra interesele societății, naturii și biosferei în întregime, atât pe baza normelor juridice, cât și pe baza normelor morale” [4, p. 154].

Aspectul medical al bioeticii

„*Aspectul medical* al bioeticii este manifestarea umanismului în medicină, auto-conștiința critică a comunității profesionale a medicilor. Ce trebuie să subînțelegem prin noțiunea de sistem echitabil de susținere și protecție a sănătății: egalitatea sau inegalitatea membrilor societății la dreptul de tratament? Azi, când sistemul sănătății este legiferat, iar medicina cu plată se răspândește tot mai mult apare o întrebare la care nu-i ușor de răspuns: au oare toți oamenii acces liber la ajutorul medical necesar? Avem aici un șir de probleme ce nu pot fi rezolvate doar de pe pozițiile medicinei sau ale moralei.

Medicina trebuie să ofere argumente științifice pentru fundamentarea bioeticii, iar bioetica – să prezinte postulate morale pentru justificarea deciziilor medicale. Bioetica are menirea să justifice moral rezolvarea multor probleme medicale: raclajul, transplantarea organelor, determinarea limitelor vieții și morții, eutanasia ș.a. În legătură cu progresul tehnico-științific, în medicină se modifică viziunea despre normă și patologie, moral și imoral. În psihiatria contemporană se revede noțiunea de patologie psihică, comportament anormal. Revoluția sexuală conduce la modificarea reprezentărilor privind norma și patologia în comportamentul sexual: ceea ce pînă nu demult era apreciat ca patologie (homosexualitatea și al.), astăzi poate fi considerat normă. Aceste exemple ne vorbesc rezolutiv despre oportunitatea semnificației medicale a bioeticii” [4, p. 154-155].

2. Relația medic-pacient în contextul eticii/bioeticii

A fost menționat deja în prima temă că dialogul dintre medic și pacient reprezintă relația cu o mare încărcătură morală, având în vedere profunzimea și complexitatea valorilor implicate, cum ar fi: autoritatea medicului în societatea respectivă și încrederea pacientului în procesul decizional. Particularitățile întâlnirii medicului cu pacientul pot fi sursă a unor multiple controverse, probleme, dileme, interogații. Omul bolnav și lucrătorul medical sunt membri ai aceleiași societăți. Pacientul, o persoană care într-un anumit timp al vieții a cunoscut o dereglare a stării de sănătate, fapt care îi motivează întâlnirea cu medicul. Oricare ar fi starea clinică, gravitatea bolii, competența sau incompetența mentală, pacientul este o persoană care trebuie tratată cu demnitate, respect, onestitate, profesionalism, loialitate. Această prioritate morală și profesională a făcut ca în istoria relației medic-pacient să se constituie o serie de modele, abordări și tipuri morale care au servit temei teoretic sau punct de pornire în a cristaliza un dialog constructiv.

În literatura de specialitate s-au conturat mai multe modele și tipuri în relația medic-pacient.

Apel la sursă: Oprea L., Rotaru T.-Ș., Cojocaru D., Gavrilovici C. Relația medic-pacient.

I. MODELELE BIOETICE ALE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT

„Relația medic-pacient a reprezentat în ultimii cincizeci de ani un element central în bioetica. Literatura de specialitate se axează pe rolul medicilor și al pacienților în luarea deciziilor medicale și, într-o anumită măsură, pe caracteristicile procesului decizional... [Există] diferite modele ale relației medic-pacient, de la modelele paternaliste (Deverell, 2001, Falkum and Forde, 2001, Veatch, 1972, Veatch, 2006a, Veatch, 2006b) până la modelele consumiste, punând un accent deosebit pe controlul pe care pacientul îl deține asupra deciziei medicale. Majoritatea modelelor descriu o relație medic-pacient ce are un caracter instrumental pentru bunăstarea sau autonomia pacientului. O atenție specială este acordată descrierii modelelor esențialiste (Pellegrino, 2001b, Veatch, 2006b, Volandes and Abbo, 2006, Wasson and Cook, 2006), contractuale (Brody, 1987), de convenție socială (Lawlor and Braunack-Mayer, 2004, May, 1975) și modelelor relaționale ale relației medic-pacient (Kushner, 1981, Suchman, 2006). Autorii acestor modele argumentează că ele ar promova atât bunăstarea, cât și autonomia pacienților... Mentionăm faptul că aceste modele au un caracter normativ și prescriptiv, iar procesele prin care urmăresc atingerea obiectivelor nu sunt analizate la nivel empiric...” [3].

II. MODELELE CLINICE DE RELAȚIE-MEDIC PACIENT

„Modelele clinice de relație medic-pacient, în special modelul centrat pe pacient (patient centred care – PCC) (Mead and Bower, 2000, Mead and Bower, 2002, Mead et al., 2002) și modelul centrat pe relație (relationship centred care - RCC) (Beach and Inui, 2006, Davis et al., 2005), abordează în mod preponderant procesele din relația medic-pacient. De la lucrările timpurii ale lui Balint (Balint, 1968), modelele clinice de îngrijire au câștigat multă popularitate și în prezent sunt considerate criterii de calitate în evaluarea calității, în special în medicină primară...” [3].

Astfel, dacă studiul nostru s-ar axa pe descrierea acestor modele, ar complica discursul și ar fi irelevant pentru demersul nostru. Totuși, o sinteză la acest subiect îl realizează pentru a ne forma un tablou cu referire la această problemă. Mai mult, din interes didactic, grupăm diversitatea tipurilor de relații în două categorii:

1. Etica monologului – modul de abordare paternalist în medicină.
2. Etica dialogului – modul de abordare antipaternalist în medicină.

Această categorisire există preponderent în literatura bioetică autohtonă.

Etica monologului – modul de abordare paternalist în medicină

În prima categorie accentul este pus pe o etică a monologului, adică, una din părțile implicate în relație este autoritară, decide condiția morală a întâlnirii și își asumă total responsabilitățile. Aceasta corespunde cu ***modul de abordare paternalistă în medicină***. Mai mult, atitudinea paternalistă încearcă să determine un anumit punct de vedere unei persoane sau grup de persoane fără acordul acestora. Poziția respectivă este justificată, de obicei, prin dorința înfăptuirii unor beneficii pentru individul sau grupul în cauza.

Apel la sursă: Teodor N. Țârdea. Bioetică: curs de bază.

5.1. Modul de abordare paternalist în medicină. Etica monologului

„Se știe deja că modelul relațiilor „tutelare” dintre indivizi își pierde tot mai mult pozițiile atât în practica socială, cât și în viața cotidiană... Paternalismul (din lat. *pater* - părinte) monologal, care a dominat în activitatea medicală o perioadă îndelungată de timp (de la zorii civilizației până la secolul nostru), deși opune o mare rezistență, totuși încetul cu încetul cedează locul său principiului (modului de abordare) de colaborare (de dialog). Acest fapt se datorează conturării cerințelor noii discipline științifice interdisciplinare, imperativelor bioeticii.

Valoarea morală a autonomiei pacientului s-a dovedit a fi atât de importantă și vastă, că binefacerea medicului contrar voinței și dorinței bolnavului a încetat a fi considerată binevenită, chiar admisibilă. Astfel, de rând cu celelalte probleme extrem de semnificative din cadrul medicinei și filosofiei contemporane, se impune tot mai vehement și problema coraportului dintre atitudinea paternalistă-antipaternalistă (nepaternalistă).

E vorba că modificările ce au loc actualmente în sectorul medical au provocat apariția, conform bioeticii, a două modele de interacțiune a medicului și pacientului – *paternalist și antipaternalist*, și corespunzător două tipuri de abordare morală a fenomenelor nominalizate - cel al *monologului* (paternalist) și cel al *dialogului* (antipaternalist)... În acest context e binevenită ideea evidențierii eticii *paternaliste* (a monologului) și eticii *interpretative* (a dialogului), eticii antipaternaliste.

Medicina clinică contemporană este nevoită să accepte diversitatea modurilor de lecuire formulate în multiple, adesea incompatibile, surse teoretice, fapt ce oferă pacientului dreptul de a alege într-o manieră liberă nu doar medicul, dar și tratamentul. Criteriul autenticității din câmpul deciziilor științifice se deplasează parțial în dialogul dintre medic, pacient și societate. Într-un sens mai larg acest fapt reprezintă o problemă a dreptului la eterodoxie, diversitate și concomitent devine problema posibilităților medicinei de a fi represivă, de a dicta omului un anumit mod de viață. Deci, dilema medicală a pozițiilor paternaliste și nepaternaliste pătrunde întreaga bioetică.

Primul model (și mod de abordare) al bioeticii – modelul *paternalist*, oferă medicului statut de tutelă a bolnavului, care „știe mai bine” ce-i trebuie acestuia și care este împuternicit de a lua decizii în privința diagnosticării, a căilor și metodelor de tratament. Acest mod de abordare (model) în bioetică are câteva premise de bază: **a)** condițiile tratamentului, viața și sănătatea omului sunt incontestabil valori prioritare; **b)** poziția etică a medicului se formează univoc conform vechii maxime: „*Salus aegroti - suprema lex*” („Binele bolnavului e o lege supremă”); **c)** forma relațiilor etice e asimetrică, deoarece întreaga (sau aproape întreaga) răspundere în ceea ce privește adoptarea hotărârilor clinice și-o asumă medicul.

Actualmente suntem martorii a două tipuri de *paternalism*: primul - când medicul „*domină*” pacientul, și al doilea - când medicul se află sub dominarea celui din urmă. Atât într-un caz, cât și în celălalt apare pretenția unei prerogative absolute...

Se pot anunța și alte tipuri de relații paternaliste. Practica medicală contemporană ne vorbește despre existența modelului paternalist de *tip tehnic*, care ține cont de anturajul valoric din societate și se conformează întru totul lui. Un alt model de relații paternaliste îl constituie *tipul sacral*... În acest caz pacientul îl privește pe medic ca pe o ființă neobișnuită... Medicul în mod direct, fără ezitări și rezolutiv, recomandă pacientului eficientele remedii, manipulații..., iar cuvântul lui fiind decisiv trebuie îndeplinit, executat fără echivoc. Principiul moral de bază al tipului sacral de paternalism spune: „Acordându-i ajutor pacientului, nu-i dăuna...” [4, p. 103-105]

În contextul celor reflectate, observăm că paternalismul debutează de la credința fermă că este bine să controlezi/să monitorizezi viața altora în propriul lor bineficiu fără a ține cont de dorințele/preferințele sau opțiunile acestora. Printre acestea, respectiva credință presupune: protecția indivizilor împotriva actelor autodestructive; privarea lor de anumite informații în baza convingerii că este mai bine pentru pacienți să nu cunoască anumite lucruri; adoptarea unor decizii în interesul individului, fără consimțământul acestora.

Literatura de specialitate, pe lângă tipurile de paternalism evidențiate în textul supra, relevă și alte forme de paternalism prezente în activitatea medicală. Acestea sunt:

I. Paternalism individual și social;

II. Paternalism activ și pasiv;

III. Paternalism slab și puternic.

Apel la sursă: Ioan Zanc, Iustin Lupu. Bioetica medicală – principii, dileme, soluții.

„...După Tore Nilstun, acțiunile paternaliste înseamnă că persoana A. acționează pentru binele lui B., dar fără consimțământul în cunoștință de cauză al lui B.

A. acționează paternalist față de B. numai dacă:

1. A. acționează pentru realizarea unui bine sau prevenirea unui rău pentru B.
2. Actele lui A. reprezintă o limitare a autonomiei lui B.
3. A. acționează în pofida dorințelor, preferințelor și dispozițiilor lui B.

După autor, A. are toate motivele să creadă că actul său este în acord cu preferințele, dorințele și dispozițiile actuale ale lui B.

Analizând paternalismul în contextul menținerii, refacerii și ameliorării sănătății, autorul distinge mai multe tipuri de paternalism:

1. Paternalism individual (sau pur) exercitat în clinică (paternalism medical). Medicul acționează cu intenția de a preveni un rău sau pentru promovarea binelui pentru pacient. Se referă la o singură persoană.

2. Paternalism social (sau impur). Vizează evitarea răului și promovarea binelui pentru un grup social. De exemplu, protecția împotriva prejudiciilor tabagismului, care poate fi orientată în aceeași timp spre fumători și spre nefumători. Orice atitudine de modificare a comportamentului sanitar sau a stilului de viață este o formă de paternalism social.

3. Paternalism activ, când A. acționează pe baza convingerii că ceea ce face este în interesul lui B., chiar dacă B. ar prefera non-intervenția. (De exemplu, investigații suplimentare necesare pentru precizia diagnosticului, dar care creează disconfort pacientului și pe care ar prefera să le evite).

4. Paternalism pasiv, când A. refuză să îndeplinească preferințele lui B. De exemplu, când medicul refuză să-i administreze unui sportiv substanțe dopante (steroizi anabolici).

5. Paternalism slab (atenuat), când A. intervine pentru a-l proteja pe B. împotriva actelor sale non-autonome. De exemplu, educația pentru sănătate realizată în mass-media de către personalul medical.

6. Paternalism puternic, când A. intervine pentru a-l proteja pe B. de consecințele dăunătoare ale acțiunilor sale autonome. De exemplu, când medicul îi interzice consumul de alcool pacientului, interzicerea prezenței pe piață a unor mărci de țigări cu conținut ridicat de gudron sau interzicerea comercializării mărfurilor alimentare alterate” [5, p. 74-75].

Sarcină: analizați situația conflictuală și conturați o poziție morală privitor la aceasta

„...În practica medicală se întâlnesc situații în care paternalismul intră în conflict cu principiul autonomiei persoanei. Nu se poate institui nici o terapie împotriva voinței bolnavului. În cazul în care pacientul este un copil, tratamentul va începe după ce s-a obținut acordul părinților. Întrebarea este: reușesc ei să găsească cea mai bună soluție? Prezentăm în continuare două cazuri ilustrative din acest punct de vedere (unul, după Beauchamp și Childress, celălalt după Maximilian și colab.).

1. Nou-născut într-o familie de Martori lui Yehova. Copilul necesită transfuzie de sânge pentru supraviețuire și pentru a nu dobândi handicap. Părinții refuză. Comisia de medici solicită ajutorul Curții de Justiție, care încredințează unui tutore misiunea de a accepta cererea medicilor. Copilul e transfuzat și salvat. Mama lui face o hemoragie care, pentru a fi oprită, necesită histerectomie. Dar necesită transfuzie. Soțul refuză. Judecătorul sesizat de medici nu decide transfuzarea. Mama moare.

2. Un copil cu o tumoră malignă. O parte a feței este paralizată și nu mai poate vorbi. Chemoterapia nu a avut nici un efect. Mai rămâne o șansă: radioterapia sub anestezie generală. 30% dintre copiii astfel tratați se vindecă. Mama copilului se opune. Copilul trebuie să se bucure de viață atât cât i-a mai rămas, fără dureri inutile. Medicii se adresează justiției. Nu se știe care este decizia” [5, p. 74-75].

Etica dialogului – modul de abordare antipaternalist în medicină

Actualmente, activitatea medicală este caracterizată de tranziția spre o medicină comercializată, informatizată și tehnologizată, unde sistemul binar „medic-pacient” se transformă vertiginos într-un sistem triplu – „medic-tehnologie-pacient”. Totodată, implicarea tehnologiei în activitatea medicală oferă o serie de reușite notorii (intervențiile chirurgicale neurologice, cardiovasculare, transplantologia etc.) prin care se salvează

vieți și se îmbunătățește calitatea vieții. Aceste beneficii sunt realizate într-o ambianță crescută de risc pentru viața și sănătatea pacientului, respectiv, decizia medicală nu poate fi unilaterală, ci implică un dialog. Mai mult, perspectiva interpretării bio-psiho-socială a pacientului oferă libertăți și responsabilități atât medicului, cât și pacientului în realizarea actului medical. Toate acestea particularități determină o modificare radicală a modului de abordare a pacientului, unde accentul să cadă pe o îngrijire medicală centrată pe dialog, pe o morală a dialogului și nu invers.

Etica dialogului este opusă celei paternaliste și se manifestă drept o *abordare anti-paternalistă în practica medicală*. Mai mult, dacă paternalismul debutează de la credința fermă că este bine să controlezi/să monitorizezi viața altora în propriul lor beneficiu fără a ține cont de dorințele/preferințele sau opțiunile acestora. Atunci, antipaternalismul începe de la convingerea și datoria profesională, că este bine să controlezi/să monitorizezi viața altora în propriul lor beneficiu, dar, *ține cont de dorințele/preferințele sau opțiunile acestora sau oferă-mi permisiunea să te ajut*. Totodată, această responsabilitate este realizată în practica medicală prin intermediul *acordului informat* și împlinită prin intervenția noțiunii de *interpretare*, în dialog. Scopul final al acestei abordări trebuie să fie constituirea unui *model moral centrat pe relație și model clinic axat pe îngrijire a pacientului*.

Acordul/consimțământul informat.

Cadrul normativ autohton, prin Legea nr. 263 din 27-10-2005, cu *privire la drepturile și responsabilitățile pacientului*, definește *consimțământul* [drept un acord] conștientizat al pacientului sau al reprezentantului său legal (în lipsa acestuia, al rudei apropiate) pentru efectuarea unei intervenții medicale, exprimat benevol, în baza informației multilaterale și exhaustive primite de la medicul curant sau de la medicul care efectuează cercetarea biomedicală (studiul clinic), autentificat prin semnăturile pacientului sau a reprezentantului său legal (a rudei apropiate) și a medicului în documentația medicală respectivă.

Apel la sursă: Teodor N.Țirdea. Bioetică: curs de bază.

„Acordul informat constituie o paradigmă (o doctrină) a bioeticii conform căreia pacientul acceptă benevol cura de tratament sau procedura terapeutică după o informare medicală adecvată. Deci acest proces prevede două componente de bază: *acordarea informației și acceptarea consimțământului*. Conform acestei situații (cerințe) medicul e obligat să informeze pacientul despre caracterul tratamentului indicat, despre riscul ce poate apare în procesul de leuire și, în fine, despre alternativele terapiei propuse. În paradigma acordului informat, grație postulatelor bioeticii, noțiunea de *tratament alternativ* devine o categorie fundamentală. Medicul de pe pozițiile medicinei propune bolnavului cea mai accesibilă și justificată variantă de tratament, însă decizia finală, definitivă o ia pacientul, pe baza valorilor sale morale. În așa fel, medicul privește pacientul ca scop, dar nu ca orga- non pentru atingerea altui obiectiv, fie aceasta chiar însăși sănătatea omului.

Volumul și calitatea informației prestate pacientului țin de soluționarea problemei așa-numitelor norme (standarde) de informare. Fiecare stat, pornind de la tradițiile și obiceiurile poporului, luând în considerare nivelul de cultură și de dezvoltare a asistenței medicale, e obligat să elaboreze standardele sale de apreciere a relațiilor „medic-pacient” din punct de vedere al doctrinei acordului informat.

În literatura actuală se evidențiază *trei criterii* în ceea ce privește evaluarea cantității și calității informației oferite pacientului. Este vorba înainte de toate de „*criteriul profesional*” (medicul e obligat să ofere pacientului un așa volum de informație pe care majoritatea colegilor lui l-ar fi propus bolnavului în aceleași condiții), care a fost înlocuit de standardul „*persoană judicioasă*” (pacientul trebuie să fie asigurat cu întreaga informație pentru a lua decizia potrivită, referitoare la tratament). În ultimul timp o influență sporită are „*standardul subiectiv*”, care cere ca medicii pe măsura posibilităților să adapteze informația la interesele și particularitățile concrete ale fiecărui pacient în parte. În viziune bioetică acest criteriu este cel mai acceptabil, deoarece el se bazează pe principiul protejării autonomiei bolnavului, satisface necesitățile informaționale și de autonomie ale persoanei în procesul adoptării deciziilor.

O altă problemă ce ține de acordul informat o constituie analiza manifestării lui în diverse domenii ale medicinei practice și teoretice. Dacă am încerca să sintetizăm ceea ce este comun de pe pozițiile bioeticii în majoritatea tipurilor de activitate medicală, apoi am putea constata că obținerea acordului bolnavului pentru diferite intervenții în sfera sănătății lui are câteva aspecte. În *primul rând*, informația supusă reglementării bioetico-juridice e necesar să conțină date despre maladie, despre importanța simptomelor de boală, despre diagnostic și prognostic; în *al doilea rând*, argumentele bioetico-juridice ale poziției medicului trebuie să contribuie la obținerea acordului informat al bolnavului; informația acordată pacientului trebuie să fie deplină și multilaterală, presupunând răspunsuri pentru toate întrebările bolnavului; aplicarea unor metode periculoase de tratament, sau a unor proceduri care pot genera consecințe ireversibile, de asemenea experiențe clinice benevole necesită garanții suplimentare în ceea ce privește protejarea drepturilor bolnavilor; în *al treilea rând*, temeliile poziției pacientului ar fi următoarele: acordul informat este dreptul bolnavului; acordul lui trebuie să fie benevol și conștientizat; refuzul procedurii, intervenției medicale nu trebuie să influențeze situația bolnavului și relațiile lui cu personalul medical etc.

Actualmente în practica medicală sunt atestate două modele de bază ale acordului informat: **static** (fragmentar) și **procesual** (perpetuu). În primul model formularea și acceptarea deciziei reprezintă un eveniment cu limite temporale bine stabilite. După aprecierea stării pacientului medicul stabilește diagnoza și elaborează un plan de tratament. Concluziile și recomandările medicului, inclusiv informația despre risc, despre avantajele tratamentului propus și/sau alternativele eventuale se pun la dispoziția pacientului. Analizând informația recepționată, pacientul o „cântărește”, pornind de la interesele sale și apoi efectuează opțiunea. Acest model, în principiu, corespunde cerințelor de bază ale acordului informat. Accentul se pune pe informarea deplină și precisă oferită pacientului în momentul luării deciziei. Însă, în modelul static insuficient se ia în considerare înțelegerea de către pacient a informației disponibile. Deci posibilitatea de a sintetiza și integra

această informație în sistemul de valori al pacientului este minoră.

Spre deosebire de modelul examinat, modelul *procesual* al acordului informat se bazează pe ideea că acceptarea deciziei medicale constituie un proces îndelungat, iar schimbul de informație trebuie să aibă loc pe tot parcursul timpului interacțiunii medicului cu pacientul. Conform acestui model lecuirea parcurge câteva stadii: stabilirea relațiilor, determinarea problemei, formularea obiectivelor, alegerea planului terapeutic și finalizarea.

De menționat faptul că în modelul procesual bolnavul joacă un rol mai activ în comparație cu rolul relativ pasiv din modelul static. Condițiile create de al doilea model sunt mai favorabile pentru realizarea autodeterminării pacientului. Acest model face posibilă excluderea comportării formale a medicului față de bolnav și limitarea substanțială a recidivelor paternalismului ...

Respectarea autonomiei individului constituie una dintre valorile fundamentale ale modului de viață civilizat. Fiecare om e interesat să adopte decizii de sine stătătoare privind sănătatea lui, de asemenea față de tipurile de tratament indicate etc. Deci, autodeterminarea pacientului este o valoare fundamentală și asistența medicală nu trebuie să o neglijeze” [4, p. 110-111].

Iar Legea nr. 411 din 28-03-1995 *cu privire la ocrotirea sănătății* reflectă o serie de caracteristici specifice subiectului studiat:

- a) Consimțământul pacientului este necesar pentru orice prestație medicală propusă (profilactică, diagnostică, terapeutică, recuperatorie).
- b) În lipsa unei opoziții manifeste, consimțământul se presupune pentru orice prestație care nu prezintă riscuri importante pentru pacient sau care nu este susceptibilă să-i prejudicieze intimitatea.
- c) Consimțământul pacientului în privința căruia este instituită o măsură de ocrotire judiciară este dat de către persoana însărcinată cu ocrotirea; în lipsa acestuia de ruda cea mai apropiată.
- d) Consimțământul pacientului în privința căruia este instituită o măsură de ocrotire judiciară este presupus în caz de pericol de moarte iminentă sau de amenințare gravă a sănătății sale.
- e) Condițiile enumerate se aplică pacienților care au împlinit vârsta de 16 ani.
- f) Dacă pacientul are mai puțin de 16 ani, consimțământul este dat de reprezentantul său legal. În caz de pericol de moarte iminentă sau de amenințare gravă a sănătății, prestația medicală se poate desfășura și fără consimțământul reprezentantului legal.
- g) Consimțământul sau refuzul pacientului ori al reprezentantului său legal se atestă în scris prin semnătura medicului curant sau a completului în componența echipei de gardă, în cazuri excepționale prin semnătura conducerii instituției medico-sanitare.

SARCINĂ:

- ✓ **Analizați textele și evidențiați ce particularități lipsesc în actele juridice, dar prezente în literatura bioetică.**
- ✓ **Subliniați valoarea și justificarea discuțiilor la acest subiect în activitatea medicală.**

TEXTUL 1.

„(Consimțământul) „...nu trebuie să fie viciat prin înșelăciune, reprezentând o concordanță între voința internă și cea declarată a pacientului.

În prezent se acceptă două sensuri ale consimțământului informat. În primul sens, este analizat prin prisma unei alegeri autonome: o autorizare autonomă a unui individ pentru o intervenție medicală sau pentru participarea sa la o cercetare. Adică unei persoane i se cere mai mult decât să-și exprime acordul și complianța la o anumită procedură, persoana respectivă trebuie să autorizeze ceva printr-un act de consimțire, informată și voluntară. Orice atingere a pacientului (exceptând urgența) este ilegală dacă este realizată fără consimțământ, reprezentând o neglijență în realizarea actului medical ...

În cel de-al doilea sens, consimțământul este examinat în termenii reglementării legale în instituții care trebuie să obțină legal un consimțământ valid de la pacienți sau subiecți înainte de procedurile diagnostice, terapeutice sau de cercetare. Din această perspectivă, el nu este necesar autonom, și nici nu implică o autorizare adevărată. Se referă la o autorizare efectivă instituțională, după cum prevede codul unității respective. De exemplu, dacă un minor matur nu își poate da consimțământul din punct de vedere legal, totuși el poate permite efectuarea unei anumite proceduri. Astfel, un pacient sau subiect de cercetare ar putea să accepte o intervenție, în virtutea autonomiei sale, și deci să dea un consimțământ informat în primul sens, fără să poată autoriza efectiv intervenția (fără un consimțământ valid în al doilea sens).

Un studiu al lui Sulmasy et al ..., care sprijină ideea conform căreia consimțământul informat în medicină reprezintă de multe ori o simplă completare a unui formular medical, arată că aproximativ o treime din pacienții intervievați nu au putut reproduce de ce li s-a efectuat o anumită procedură, aproximativ jumătate nu au putut preciza nici măcar unul din riscurile potențiale, aproape toți (98%) au considerat că medicul a cerut permisiunea de efectuare a unei anumite proceduri, dar numai 53% au putut prezenta și alternativele acelei proceduri.

Inițial consimțământul era perceput univalent, ca un act de încunoștințare. Ulterior, s-a încercat definirea sa prin specificarea elementelor acestui concept, adică prin identificarea componentelor de informație și a celor de consimțire. Componenta informațională se referă la relatarea informațiilor și la înțelegerea a ceea ce s-a comunicat. Componenta de consimțire cuprinde atât decizia voluntară cât și acceptarea procedurală. Combinând viziunea medicală, legală, filosofică sau psihologică se pot recunoaște cinci segmente ale consimțământului: (1) competență mentală (discernământ), (2) informare, (3) înțelegere, (4) voluntarism, (5) consimțire.

Astfel, sintetizând toate aceste elemente, scheletul unui consimțământ ar fi următorul:

I. Elemente de bază (precondiții)

1. Competența mentală (de a înțelege și decide)
2. Caracterul voluntar (în procesul de decizie)

II. Elemente informaționale

3. Comunicarea (informațiilor relevante)
4. Recomandarea (unui plan)
5. Înțelegerea (punctelor 3 și 4)

III. Elemente de consimțire

6. Decizia (planului)
7. Autorizarea (planului/opțiunii alese)

În prezent, marea majoritate a proceselor de malpraxis în SUA implică și o plângere legată de consimțământul informat (sau mai exact acordarea unui consimțământ neinformat). Se pune însă și întrebarea: în afară de diagnosticul bolii, ce ar trebui să mai dezvăluie un medic pacientului său? De exemplu, pentru unii pacienți ar fi critic să știe cât de mult mai au de trăit: nu descrierea detaliată a bolii, nici cauza sau modelul de producere și transmitere ar avea semnificație în viziunea lor, ci poate o simplă precizare legată de speranța de viață. Din păcate, nu trăim ca și când am muri mâine și uneori doar iminența unui accident letal face ordine în viață, în afaceri, în relațiile cu familia și societatea. Fără a atribui excesiv circumstanțe atenuante medicilor, putem spune că neglijarea menționării aspectelor dorite provine tocmai din dorința de protejare a pacientului și nu din refuzul de a răspunde doleanțelor lui. Cât de importantă poate fi dezvăluirea de exemplu, a unor date statistice legate de speranța de viață sau riscurile inerente unei proceduri chirurgicale? Este cu siguranță greu de afirmat un răspuns cantitativ. Doar recunoașterea că intenția și responsabilitatea medicului trebuie să fie orientate spre vindecare, spre prelungirea vieții dar și spre asigurarea unei calități corespunzătoare, iar pentru împlinirea așteptărilor pacienților este nevoie de comunicare deschisă, timp, compasiune și înțelegere.

Discrepanța însă între aprecierile medicului asupra cantității și calității informației produse și așteptările pacienților apăsați de nesiguranță poate fi înțeleasă dacă se acceptă că oamenii au valori diferite și principii de viață distincte; că fiecare privim aceeași problemă din unghiuri diferite și o înțelegem diferit; că este greu să ne substituim unui anumit caz chiar dacă experiența ne-a readus în filmul carierei aceeași situație clinică de nenumărate ori.

Diverse sisteme legale acceptă abordări diferite în comunicarea informațiilor. În Marea Britanie se preferă „standardul profesionistului”, în timp ce în SUA și Australia s-a adoptat „standardul pacientului”. În baza standardului pacientului calitatea informației va fi judecată din punctul de vedere al unui pacient prudent, iar în standardul profesionistului - din punctul de vedere al unui medic prudent. Acest standard impune divulgarea informației pe care un „doctor rezonabil” (sau alt exponent al sistemului medical) o consideră relevantă sau folositoare. În acest fel se protejează privilegiul terapeutic, iar medicului i se permite să se abțină în a releva aspectele pe care le apreciază drept stresante sau confuzionale pentru pacient. Problema unei astfel de abordări este că plasează balanța de putere de partea reprezentanților sistemului medical

care vor decide care informații merită a fi prezentate și care trebuie evitate. Este tot o atitudine paternalistă menită să protejeze pacientul de suferință, și care îi limitează autonomia, bazându-se pe presupunerea că medicul știe cel mai bine care este interesul maxim al pacientului. De aceea în unele țări s-a adoptat „standardul pacientului”, care se justifică în baza faptului că oamenii pot lua decizii motivate de valori care depășesc sfera sănătății și a bolii. Adesea, o decizie derivă din relația noastră socială cu cei din jur, din responsabilitatea profesională sau chiar din preferințele și experiențele individuale. De exemplu, adepții „martorilor lui Yehova” vor lua hotărâri în virtutea răspunderii în fața cultului lor religios și nu obligator ca rezultat al stării clinice. Este evident că oricât de experimentați sau rafinați în simțul clinic ar fi, medicii vor avea o percepție limitată asupra individualității acestor pacienți.

Combinând cele două standarde, recomandarea general admisă este ca pacientului să i se prezinte un set de informații care să includă:

- (1). aspecte pe care pacientul le consideră importante pentru decizia de acceptare sau refuz a unei intervenții;
- (2). informații pe care medicul le consideră importante;
- (3). scopul, natura și limitele consimțământului ca formă de autorizare legală;
- (4). recomandări profesionale.

Informația relevantă este cea informație pe care medicul o consideră a fi semnificativă pentru o persoană rezonabilă aflată în poziția pacientului, în momentul acceptării sau refuzului unei anumite proceduri. Nu este ușor să ne dăm seama cât de insistenți ar trebui să fim, cât de mult timp ar trebui să investim cu un pacient și familia sa pentru a ne asigura că mesajul a fost clar înțeles ...” [2, p. 65-68].

TEXTUL 2.

3.3. Valoarea și validitatea consimțământului informat

„Cerința de bază a unui sistem în care consimțământul informat este un concept viabil, realist și respectat, nu doar un formular, este ca pacienții să dorească să primească informații, să le înțeleagă și să le țină minte, să analizeze adecvat aspectele medicale, să dorească și evident să fie capabili să ia decizii, iar medicii să poată și să dorească să ofere informațiile necesare. Adevăratul consimțământ este un exercițiu informat asupra unei alegeri implicând oportunitatea de a evalua în deplină cunoștință de cauză opțiunile disponibile și riscurile aferente.

Pentru o perioadă lungă de timp (chiar și azi în unele țări în care atitudinea medicală paternalistă domină) medicii luau decizii în virtutea presupunerii că pacienților nu ar trebui întotdeauna să li se spună adevărul. Medicii „buni” știau că pacienții necesită informații, plecând de la premisa că o doză mare de incertitudine are efecte nefavorabile asupra evoluției bolii. Totuși, diagnosticile fatale erau nedezvăluite, ba chiar prezentate într-o lumină plină de optimism. Dacă primele chestionare realizate în anul 1961 arată că 90% din medici nu ar dezvălui un diagnostic de cancer pacienților lor, în 1977 un chestionar pe aceeași problemă arată că 97% din medici ar dezvălui fără prea mari rețineri unui pacient oncopat diagnosticul de cancer..

Cu toate acestea, a spune sau a nu spune, a respecta principiul Kantian potrivit căruia adevărul este întotdeauna universal valabil rămâne o dilemă și în medicina con-

temporană, amprentată puternic de pluralismul societății în care trăim și de tendința de liberalizare și contractualism a actului medical... Un răspuns la întrebările retorice de mai sus l-ar putea teoretic da oricine, atât timp cât boala și suferința nu pot ocoli ființa umană. Dar dacă decizia aparține medicului, pacientului, familiei sau statului este cu mult mai dificil de stabilit. Scenariul ideal și simplu ar fi o unitate și o suprapunere perfectă a aspirațiilor medicului și pacientului.

Interesant este faptul că există pacienți, cum ar fi cei deprimați sau cei dependenți de droguri potențial vătămătoare, care sunt evident incapabili de a lua decizii raționale, dar există și pacienți pe deplin competenți și care, în pofida angajării într-un proces deliberativ cu medicul, nu cumpănesc adecvat beneficiile și riscurile, refuzând sau nerespectând recomandarea acestuia. Când ambele categorii aleg o acțiune nefavorabilă lor, unii medici respectă autonomia neimplicându-se peste efortul uzual de persuasiune, în timp ce alții acționează în virtutea principiului beneficiului, încercând să protejeze pacientul de efectele negative ale propriei sale alegeri. Este aceasta o atitudine paternalistă? Paternalism înseamnă forță de acțiune și uz de autoritate. Dacă însă este perceput drept o încălcare stringentă a drepturilor pacientului sau o valență de preț a comunității medicale, rămâne încă de disecat prin perspectiva valorilor individuale. Henderson... aprecia în 1935 că arta medicului este de a trata deopotrivă cu medicamente dar și cu vorbe, dar plecăciunea exagerată față de autonomia pacientului este periculoasă, compromite judecata clinică și reprezintă astfel un hazard pentru starea de sănătate.

O soluție de compromis într-o situație dilematică (în care autonomia pacientului este în disonanță cu beneficiul) cu privire la alegerea celei mai bune atitudini terapeutice este cea de „intervenție temporară”, pe baza căreia o anumită acțiune este justificată a fi impusă pe o perioadă limitată, la finalul căreia persoana ar putea acționa autonom, și judicios. În acest sens, Glanville Williams... folosește exemplul persoanei sinucigăse. Dacă din întâmplare ne lovim de cineva aflat în cursul unui act suicidal, reflexul uman și moral este de a-l opri, act îndreptățit, în primul rând, de dorința de a-i salva viața, dar și de a determina și eventual remedia cauza supărării, a descurajării morale, a desconsiderării de sine sau a celor din jur și poate pentru a-l convinge să urmeze un tratament psihiatric, dacă este cazul. Dar nimic mai mult decât o constrângere temporară nu poate fi justificată.

În concluzie, cea mai mare deficiență umană este lipsa deținerii sincere a unor convingeri morale fundamentale și/sau incapacitatea de a acționa în virtutea opiniilor morale proprii.

O societate eminentemente liberală tinde să privească persoana în mod izolat, fără nici o obligație față de cei din jur, alta decât respectul drepturilor omului. O societate care respectă doar autonomia, nu este „completă” moral... O societate etic adecvată recunoaște obligația morală de a-i ajuta pe alții, membrii ei posedând virtuți de compasiune, grijă, empatie, chiar asumându-și un angajament de menținere a instituțiilor și practicilor sociale care stabilesc și promovează aceste virtuți” [2, p. 72-74].

Interpretarea/hermeneutica în medicină

Termenul *hermeneuticos* în filosofia greacă exprimă arta interpretării. În istoria gândirii umane, a căpătat un sens mai larg, indicând, în sfera filosofică, diferite forme de teorie a interpretării, inclusiv existențialismul, fenomenologia și hermeneutica în sine, care constituie diferite forme de expresie ale filosofiei. Filosofii care aparțin acestei linii de gândire sunt preocupați de existența umană, nu din punctul de vedere al observației, ci al *reflecției pentru a înțelege*. În această perspectivă, omul este considerat nu doar ca un *organism biologic*, ci ceva mai mult, *o persoană, o ființă bio-psiho-socială*, de altfel, cum medicina este considerată ceva mai mult decât o știință.

În context, pentru a clarifica mai bine abordarea hermeneutică în practica medicală contemporană, drept mecanism de realizare a antipaternalismului, recomandăm o incurșiune în literatura bioetică.

Apel la sursă: Teodor N. Țirdea. Bioetică: curs de bază.

5.2. Interpretarea ca instrument de realizare a modelului antipaternalist în bioetică. Etica dialogului

„...Astfel, arta interpretării ca și acordul informat, pot fi obținute și realizate în practică doar pe calea dialogului, prin intermediul comunicărilor. Dialogul, la rândul său, se manifestă ca un proces de interpretare (expunere și comprehensiune) complicat ce se desfășoară într-un spațiu (și timp) multidimensional al politicii, economiei, filosofiei, eticii, ecologiei, medicinei etc., adică în spațiul și timpul conștiinței sociale. Această definiție se distinge esențial de evaluarea tradițională a dialogului (comunicării) ca interacțiune monodimensională a părților în formă de schimb reciproc printre anumite porțiuni de informație.

În viziunea multor filosofi (F. Schleiermacher, V. Dilthey, H. G. Gadamer, P. Ricoeur ș. a.) interpretarea (și dialogul) astfel talmăcită constituie pivotul, piatra de temelie a hermeneuticii (din gr. *hermeneuein*, a interpreta), care reprezintă actualmente nu numai arta și teoria (știința) înțelegerii textelor sau teoria interpretării semnelor și simbolurilor, dar ceva mai mult și mai concret ce ține de o concepere nouă a fenomenelor de dialog, comunicare, colaborare etc. F. Schleiermacher, de exemplu, consideră că hermeneutica este arta comprehensiunii, individualității străine, „al altuia”. Aici este prezent elementul activ al dialogului (individualitatea străină), ceea ce era absent în concepțiile tradiționale ale hermeneuticii.

Interpretarea, cum s-a menționat, se realizează în practică prin dialog, iar aceasta în aprecierea lui contemporană reprezintă o schimbare oscilatorie „a conversației” cu textul experienței noastre, până când nu va surveni înțelegerea ei adecvată. Această mișcare vibratoare se desfășoară într-un cerc de semnificații, părăsirea căruia n-are sens. Asume metafora nominalizată a comunicării (sau a dialogului) a devenit momentul-cheie în explicarea esenței hermeneuticii contemporane, care nu-și poate limita conținutul său doar la analiza textelor scrise. Ea poate fi folosită de asemenea în examinarea comunicărilor interpersonale și anume atunci când apare dorința de a supraveghea în ce mod se modifică comportarea interlocutorului în procesul dialogului etc.

Filosoful francez P. Ricoeur, examinând paradigmele hermeneutice a lui V. Dilthey, F. Schleiermacher remarcă că ele evaluează insuficient dialogul ca entitate lingvistică

supusă travaliului interpretativ. Esența hermeneuticii în opinia lui constă în dialectica priceperii și explicării, scopul cărora fiind comprehensiunea experienței proprii și celei a altor oameni, examinați în comun ca un text. Textul interpretat este un fel de rețea, penetrarea intelectuală a căreia favorizează o conexare a propriului „Eu” cu „Eurile” altora. Condiția primordială a artei comunicării devine, deci, siguranța faptului că alături de tine este o altă personalitate — realizare ce are o mare importanță în organizarea dialogului „medic-pacient”. Luând în considerare cele menționate putem conchide că interpretarea se desfășoară doar într-un cerc hermeneutic bine determinat și conturat, în afara căruia dialogul nu se mai poate desfășura, ba chiar n-are sens.

Prin intermediul dialogului e posibil a prinde sensul, a înțelege derularea reală a maladiei, examinată drept text, care cere a fi lecturat de către pacient și medic, în același timp permanent controlat prin compararea notelor sale anterior înregistrate. Relațiile „medic-pacient” în așa ordine de idei (context) constituie relații de colaborare, iar procesul de tratament se începe nu din momentul determinării diagnosticului, dar din momentul când „cititorii” textului maladiei ajung la un numitor comun. Deci, modul de abordare hermeneutic în bioetică, etica interpretativă, etica dialogului spre deosebire de etica paternalistă, etica monologului nu face posibilă unilaterală apreciere a pacientului ca text, iar a doctorului - ca cititor. Ei doar împreună, în comun și cu drepturi comparabile pot pretinde la rolurile de interpreți a ceea ce s-a întâmplat cu pacientul, întâmplare care de altfel i-a unit prin statutul de coautori ai istoriei îmbolnăvirii.

În practica medicală mondială există și alte modele interpretative. De exemplu, în Japonia rolul de mediator dintre pacient și doctor îi revine familiei. Familia aici se manifestă ca cel mai profund și interesat interpret al maladiei pacientului (acest fapt ține de tradițiile relațiilor familiale japoneze). Familia în contextul eticii interpretative din Japonia se transformă într-un pacient integru al doctorului, adică avem cazul când paternalismul medicului se substituie cu paternalismul familiei, rolul căreia în dialogul „medic-familie” este decisiv.

După cum am sesizat, interpretarea ca categorie de bază a hermeneuticii are o importanță excepțională în procesul de cunoaștere, în practica socială, inclusiv în medicină. Nu întâmplător unii savanți consideră interpretarea drept esență a existenței umane, a omenirii în genere. L. Mumford, de exemplu, afirmă că „... ceea ce cunoaștem noi despre lume se obține exclusiv prin intermediul interpretării și nu prin intermediul experienței nemijlocite ...”. Și continuă: „Dacă pe neașteptate, fără veste ar dispărea toate invențiile mecanice (tehnice) ale ultimilor cinci milenii, aceasta ar însemna o pierdere catastrofală pentru viață. Și totuși omul ar rămâne ca ființă umană. Dar dacă individul ar fi lipsit de facultatea de a interpreta, apoi totul ce avem în lumea asta s-ar stinge și ar dispărea mai repede ca într-o fantezie, iar omul s-ar trezi într-o situație mult mai sălbatică și neputincioasă decât orice alt animal: el s-ar pomeni tare aproape de paralizare”.

În încheiere remarcăm că modul de abordare hermeneutic (interpretativ) în medicină și bioetică nicidecum nu neagă doctrina tradițională paternalistă. Aceste două abordări pot fi examinate ca viziuni complementare, căci doar în comun ele pot contribui esențial la perfecționarea relațiilor „medic-pacient”, la perfecționarea practicii medicale, la asigurarea tranziției spre o medicină veritabilă comercializată” [4, p. 106-108].

3. Taina medicală/Confidențialitatea - expresie a dreptului pacientului la viață privată, limitele acestui drept și consecințele limitării lui

Codul deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului oferă o descriere amplă cu privire la taina medicală/confidențialitatea. Astfel, confidențialitatea este definită ca fiind dreptul pacientului, prin care informația referitoare la starea sănătății sale fizice și psihice, aspectele intime ale vieții personale să nu fie divulgată unor persoane terțe, în condițiile Legii privind protecția datelor cu caracter personal. Mai mult, lucrătorul medical și farmacistul au datoria de a proteja confidențialitatea informațiilor referitoare la pacienți, obținute în cadrul activității lor profesionale prin procesul de acumulare, stocare, transmitere, primire ori distrugere a datelor.

Însă, Codul reflectă și o serie de limite a acestui drept, respectiv, informațiile confidențiale pot fi dezvăluite: a) cu consimțământul scris al pacientului; b) cu consimțământul scris al tutorelui/reprezentantul legal al pacientului, atunci când vârsta pacientului sau starea lui de sănătate nu permite consimțirea directă; c) în cazul prevenirii afectării majore sau punerii în pericol a sănătății pacientului, a unei terțe persoane sau a publicului în general; d) la cererea organelor de urmărire penală, a procuraturii și instanței judecătorești în legătură cu efectuarea urmăririi penale sau a cercetării judecătorești etc.

Totodată, divulgarea informației private, în cazurile menționate supra, trebuie să se facă cu precauție, fără a aduce prejudicii morale pacientului, cu maxim respect pentru demnitatea acestuia.

SARCINĂ:

- ✓ **Citiți textul și descrieți conținutul Tainei medicale/confidențialității ca expresie a dreptului pacientului la viață privată.**
- ✓ **Caracterizați limitele acestui drept și consecințele limitării lui.**

„Noțiunea „taină medicală” a apărut în Antichitate și există în medicină cel puțin 2600 de ani. Taina profesională în medicină are un sens profund umanistic. Pe de o parte, taina medicală (confidențialitatea) poate fi privită ca un fel de piatră de încercare a problemelor eticii medicale în întregime, pe de altă parte, însușirea problemelor tainei poate servi un fel de test al culturii morale a medicului ca profesionist și om.

În etica medicală, noțiunea de „taină medicală” este organic legată cu noțiunile „încredere” și „datorie”. Dacă crezul moral al bolnavului este încrederea față de medic, atunci crezul moral al medicului este datoria profesională. Datoria profesională îl obligă pe medic să considere binele pacientului drept scop prioritar în exercitarea îndatoririlor de serviciu.

Taina medicală constituie o manifestare a datoriei profesionale a medicului. Păstrarea tainei medicale devine un răspuns etico-moral al medicului echivalent încrederii bolnavului și un fel de achitare, răsplată pentru încredere. Această obligațiune primordială a medicului de a păstra cu sfințenie taina medicală este prevăzută de articolul 16 al Legii Republicii Moldova despre ocrotirea sănătății: medicii și alți lucrători medicali nu au dreptul de a divulga informația despre boală, viața intimă și familială a bolnavului. Taina medicală constituie datoria medicului de a nu divulga informația despre bolnav fără consimțământul lui, dacă este vorba de maladii ce se referă la viața

intimă (boli ginecologice, dereglări psihice sau diferite vicii în dezvoltarea organismului).

...Taina medicală interzice divulgarea informației despre boală nu numai celor din jur, dar în unele cazuri și însuși bolnavului. Asta se efectuează în legătură cu problema introgenilor, despre care s-a vorbit mai sus. Divulgarea tainei poate avea loc verbal, prin diferite documente la care, după toate regulile, bolnavul și rudele nu trebuie să aibă acces. Însă așa ceva poate să se întâmple în instituțiile medicale, unde se neglijează ordinea.

Datoria medicului de a respecta taina medicală nu are sens atunci când asta contravine intereselor societății. Spre exemplu, medicul este obligat să comunice în organele respective despre cazurile depistate de boli infecțioase și parazitare ce trebuie să fie înregistrate, să aplice tratamentul forțat în acele cazuri când acesta este prevăzut de lege, să furnizeze informații despre bolnavi la cererea organelor judiciare și de anchetare.

...Datorită majorării numărului de persoane care au acces la informația despre bolnav (medici de diverse specialități, laboranți, personalul registraturii și statisticii medicale, alt personal medical) problema tainei medicale depășește limitele datoriei doar a medicilor. În afară de aceasta nivelul de cultură și studii al pacienților condiționează un interes sporit al lor referitor la diagnosticare, tratament etc., ceea ce de asemenea influențează esențial respectarea tainei medicale...” [4, p. 316-318].

4. Malpraxis și decizie morală în activitatea medicală. Structura deciziilor morale

Etimologic, termenul *malpraxis* își are originea în simbioza a două cuvinte ce provin din limba latină – *malus*, ce semnifică „rău”, și greacă – *praxis*, având înțeles de „practică” Astfel, un prim sens este *practică rea*. Însă, literatura de specialitate definește malpraxisul un tratament incorect sau neglijent aplicat de un medic unui pacient, care îi produce acestuia prejudicii de orice natură, în relație cu gradul de afectare a capacității fizice și psihice.

Apel la sursă: Constantin Ețco, Andrei Mecineanu. Sistemul malpraxisului medical din Republica Moldova.

„Sistemul malpraxisului medical din Republica Moldova este un sistem „în baza greșelii”. Astfel, pentru ca să fie stabilit cazul de malpraxis medical și realizată compensarea pacientului prejudiciat, este necesar ca în cadrul sistemului judiciar să se facă proba greșelii.

În Republica Moldova nu există o legislație specifică în domeniul malpraxisului medical care să stabilească și să reglementeze răspunderea civilă a prestatorului de servicii de sănătate. Deci, la momentul actual, în lipsa unui cadru juridic special reglementat în care pacientul poate solicita o despăgubire ca expresie a unui proces de reparație față de încălcarea drepturilor sale individuale, standardelor medicale sau rezultatelor medicale, managementul malpraxisului medical se realizează în cadrul comun al legii civile...

În prezent, baza normativ-legislativă a sistemului malpraxisului medical în Republica Moldova este formată de reglementări în domeniul sănătății, într-o măsură mai mică, și reglementări nespecifice domeniului sănătății, într-o măsură mai mare. Astfel, managementul malpraxisului medical este realizat de un cadru normativ reprezentat de Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995, Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263-XVI din 27.10.2005, Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264-XVI din 27.10.2005, Legea cu privire la expertiza judiciară, constatările tehnicoștiințifice și medico-legale nr. 1086 din 23.06.2000, Codul contravențional al Republicii Moldova nr. 218 din 24.10.2008, Codul Civil al Republicii Moldova nr. 1107 din 06.06.2002, Codul de Procedură Civilă al Republicii Moldova nr. 225 din 30.05.2003, Codul Penal al Republicii Moldova nr. 985 din 18.04.2002, Codul de Procedură Penală al Republicii Moldova nr. 122 din 14.03.2003, Codul-cadru de etică al lucrătorului medical și farmaceutic și alte acte normative care se referă la acest domeniu. Fiecare dintre aceste acte normative furnizează elementele juridice necesare organizării și funcționării sistemului malpraxisului medical în baza principiului probării greșelii.

Conduita prestatorului de servicii de sănătate are relevanță juridică doar în cazurile în care se găsește sub incidența normelor juridice. În acest sens, cadrul legislativ în vigoare stabilește condiția juridică în care prestatorul de servicii de sănătate realizează o conduită ilicită în raport cu pacientul, și anume eroarea medicală, care este definită ca fiind activitatea sau inactivitatea conștientă a prestatorului de servicii de sănătate, soldată cu moartea sau dauna cauzată sănătății pacientului din imprudență, neglijență sau lipsă de profesionalism... Această noțiune capătă particularizări în conformitate cu prevederile legislației contravenționale, civile și penale, corelative caracterului și conținutului faptei ilicite.

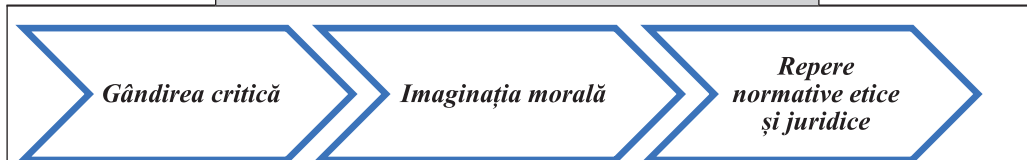
Plecând de la definiția și elementele constitutive ale malpraxisului medical precizate de doctrină, considerăm pasibile de malpraxis medical următoarele contravenții: divulgarea informației confidențiale privind examenul medical de depistare a contaminării cu HIV; vătămarea ușoară a integrității corporale; neasigurarea păstrării sângelui donat, a derivatelor și a preparatelor din sânge, precum și condițiile corelative caracterului uman al profesiei medicale – injuria, vorbele sau faptele care înjosesc onoarea și demnitatea persoanei (pacientului)...

Atât timp cât se impune o înțelegere a malpraxisului medical așa cum este definit de doctrina și practica internațională, prin prisma tuturor formelor de vinovăție și nu doar prin prisma culpei, considerăm că poate exista malpraxis în cazul următoarelor infracțiuni: clonarea ființelor umane, lipsirea de viață la dorința persoanei (eutanasia), lipsirea de viață din imprudență, vătămarea intenționată gravă a integrității corporale sau a sănătății, vătămarea intenționată medie a integrității corporale sau a sănătății, vătămarea gravă ori medie a integrității corporale sau a sănătății cauzată din imprudență, constrângerea persoanei la prelevarea organelor sau țesuturilor, provocarea ilegală a avortului, efectuarea ilegală a sterilizării chirurgicale, efectuarea fecundării artificiale sau a implantării embrionului fără consimțământul pacientei, neacordarea de ajutor unui bolnav, internarea ilegală într-o instituție psihiatrică, încălcarea inviolabilității vieții personale, contaminarea cu maladia SIDA, încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale, răspândirea bolilor epidemice, falsul în declarații...” [1].

În contextul acestui subiect, un rol important îl are abilitatea de a lua decizii morale atât pentru a preîntâmpina o neglijență și nu doar, cât și pentru un management al malpraxisului. Mai mult, lucrătorul medical în activitatea sa 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.

Întrebările ce predomină atunci când sunt luate decizii morale în practica medicală pot avea forme generale: ce trebuie să fac? sau forme particulare: cum să-l informez pe pacient despre starea lui? cum ar trebui să acționezi când pacientul este agresiv? etc.

Structura deciziilor morale



Acțiunea medicului ca urmare a unei împrejurări profesionale este dependentă de gândirea sa. Ansamblul de idei ce survin în minte, care 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 posesarea unei gândiri analitice or critice.

De ce în activitatea medicală este necesar de o gândire critică? 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 a unei idei; 3. pentru a identifica consecințele sau impactul unei judecăți; 4. pentru a percepe justificările ascunse ale 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 ori pentru a observa un bine aparent sau un bine real etc.

Ce este gândirea critică? Gândirea critică reprezintă arta de a analiza și evalua ideile pentru a crea și reda imagini sau formulări clare privitor la anumite împrejurări. Gândirea critică nu înseamnă neapărat a critica, ci a te pricepe la evaluarea dovezilor. Implică dezvoltarea unor instrumente intelectuale cu scopul de a evita credulitatea și posibilitatea de a fi impresionat de afirmații false sau de pseudoștiință (idei contestabile sau absurde prezentate ca fiind adevăruri științifice). Este o formă de gândire disciplinată care evaluează informațiile, argumentele și gândirea proprie, folosind o mulțime de caracteristici și activități intelectuale.

Cum formăm o gândire critică? 1. formularea întrebării or concretizăm ce căutăm, ce dorim să obținem; 2. adunăm informații pentru a avea o imagine despre subiect; 3. punem cunoștințele în aplicare; 4. gândim la implicațiile și consecințele informației; 5. analizăm și alte puncte de vedere etc.

Scopul gândirii critice este de a forma o imagine clară în contextul unei împrejurări profesionale.

Ce este imaginația morală? O abilitate de a vedea ori 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...?

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.

Reperete normative etice și juridice - ajută să raportăm contextul situației la virtuți (promovez o calitate morală prin decizia mea), la datorii profesionale (reglementate în legi sau coduri etice și/sau deontologice), la consecințele deciziei și, nu în ultimul rând, la principiile morale.

MODEL

Reperete normative etice în luarea deciziilor morale¹

Studiu de caz: Pacienta X de 40 ani acuză dureri în regiunea superioară a abdomenului și spate. În rezultatul investigațiilor se constată un cancer avansat de pancreas. Pacienta anunță medicul că vrea să cunoască diagnosticul. Medicul, din dorința de a nu dăuna psihic, îi spune că rezultatele investigațiilor nu sunt concludente, dar el crede că nu este vorba de ceva grav.

Întrebare la caz: *Este decizia și atitudinea medicului corect sau incorect/moral sau imoral?*

Abordarea normativă a virtuții	Abordarea deontologică	Abordare utilitaristă
Promovează o virtute comportamentul medicului?	Încalcă medicul o datorie profesională sau un drept al pacientei?	Care sunt consecințele acestui comportament pentru toți cei implicați?
Comportamentul medicului nu promovează nici o virtute, ci dimpotrivă un viciu – lipsa onestității (minciuna).	Prin decizia sa medicul încalcă dreptul pacientei la informare și decizie consfințit de Legea sănătății Nr. 263-XVI, articolul 11. Asigurarea dreptului pacientului la informare.	Consecințe pozitive: Pacienta poate simți o stare scurtă de multumire imediat după consultație.

1. Acest model de aplicare a reperelor normative etice și juridice în luarea deciziilor morale în activitatea medicală a fost alcătuit de dr. filos., conf. univ. Adriana Paladi.

<p>Notă: Din punctul de vedere aristotelian, ar fi corect să ne referim nu la a spune sau nu adevărul, ci la cum și când de spus acest adevăr? Răspunsul la această întrebare în termenii concepției lui ar fi că adevărul trebuie spus într-o manieră moderată (precaută) ceea ce ar putea să însemne „cu cuvinte potrivite și într-o situație adecvată”, evitând suprainformarea, pe de o parte și refuzul de a informa, pe de altă parte.</p>	<p>(5) Informațiile medicale cu privire la starea sănătății pacientului și la intervenția medicală propusă, inclusiv la riscurile și beneficiile potențiale ale fiecărei proceduri, efectele posibile ale refuzului tratamentului, alternativele existente, pronosticul și alte informații cu caracter medical, se prezintă de către prestatorul de servicii de sănătate într-un limbaj clar, respectuos și accesibil pacientului, cu minimalizarea terminologiei profesionale. În cazul când pacientul nu cunoaște limba de stat, se va căuta o altă formă de comunicare.</p>	<p>Consecințe negative: ✓ Persistența durerii o poate face pe pacientă să simte îndoială cu privire la competența sau onestitatea medicului. ✓ Neîncrederea față de medic poate genera trăirea sentimentului de abandon și anxietate (legată de incertitudinea cu privire la condiția medicală), depresie etc. ✓ Pacienta este lipsită de posibilitatea de a stabili scopuri realiste legate de condiția sa medicală și de a-și planifica viața pe final.</p>
<p>Concluzie: Decizia medicului este incorectă, deoarece nu promovează o virtute, ci un viciu.</p>	<p>Concluzie: Decizia medicului este incorectă dat fiindcă încalcă un drept al pacientei consfințit prin lege.</p>	<p>Concluzie: Consecințele negative prevalează, deci decizia de a nu informa pacienta despre condiția ei medicală este incorectă.</p>

Dileme etice. Modele de soluționare a dilemelor etice

„Dilema etică rezultă din obligația de a alege între două alternative echivalente dezirabile sau indezirabile. Ele țin, de fapt, de eterogenitatea valorilor etice, filosofice și religioase proprii actorilor implicați în soluționarea lor. Opțiunile pentru o soluție sau alta nu sunt niciodată pur medicale (profesionale), ci sunt condiționate de o serie de factori extraprofesionali, ce țin de tehnologie, cultură, legislație, morală etc.

Pentru ca o problemă să fie identificată ca dilemă trebuie să răspundă la trei criterii:

1. Problema nu poate fi rezolvată doar prin folosirea datelor empirice (sau bazându-se exclusiv pe date empirice);
2. Problema este atât de complexă și surprinzătoare, încât alegerea datelor și faptelor necesare luării deciziei, soluționării ei este foarte dificilă;
3. Rezultatul rezolvării problemei are nu doar consecințe imediate, ci și consecințe pe termen lung.

Pentru soluționarea dilemelor etice, în literatura de specialitate au fost propuse mai multe modele.

Amintim două dintre ele:

I. Modelul tradițional de soluționare a dilemelor etice (cu șapte pași):

1. identificarea problemei;
2. adunarea datelor pentru analiza cazului și cunoașterea posibilităților;
3. explorarea soluțiilor alternative;
4. evaluarea alternativelor;
5. alegerea soluției adecvate;
6. implementarea soluției;
7. evaluarea rezultatelor.

II. Modelul MORAL pentru luarea deciziilor în domeniul bioeticii (util în clarificarea problemei etice ce rezultă din obligații contrare).

M – massage –

- ✓ masarea problemei;
- ✓ întoarcerea ei pe toate fețele;
- ✓ culege date despre problemă și factorii implicați în procesul decizional.

R – review criteria and resolve

- ✓ trecerea în revistă a criteriilor și rezolvarea dilemei;
- ✓ compară opțiunile cu valorile celor implicați în procesul decizional – prin ponderate sau cu ajutorul unei grile.

A – affirm position and act;

- ✓ impune-ți poziția și acționează;
- ✓ dezvoltă strategia de implementare a deciziei.

L – look back

- ✓ fă o privire retrospectivă.

III. Modelul decizional etic Murphy and Murphy (1976)

1. identifică problema;
2. stabilește de ce problema este o problemă etică;
3. identifică persoanele implicate în decizia finală;
4. identifică rolul decidentului;
5. examinează consecințele pe teren lung, scurt a fiecărei alternative;
6. ia decizia;
7. compară decizia cu valorile și normele decidentului;
8. urmărește îndeaproape rezultatul deciziei pentru a stabili un punct de plecare pentru viitoarele decizii. (Marquis, Bessie, L., Huston, C.J., 1992).

De un ajutor incontestabil în rezolvarea unor situații caracterizate de ambiguitate și incertitudine des întâlnite în practica medicală sunt reglementările activității medicale terapeutice...” [5, p. 39-40].

Sarcini pentru lucrul individual al studentului

- ✓ Problemele morale ale medicinei în contextul revoluție informaționale și tehnologice
- ✓ Modelele contemporane ale medicinei morale
- ✓ Principiile de bază ale culturii tratamentului în condițiile informatizării sociumului
- ✓ Pacientul contemporan – un pacient informat
- ✓ Tutelarea pacientului în spirit hipocratic
- ✓ Statutul medicului în societatea informatizată
- ✓ Impactul civilizațional asupra relațiilor medic-pacient
- ✓ Istoria medicinei, istoria relațiilor medic-pacient
- ✓ Autonomia deciziilor medicale

Referințe bibliografice

1. Ețco C., Mecineanu A. Sistemul malpraxisului medical din Republica Moldova. În: repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/15371/1/SISTEMUL_MALPRAXISULUI_MEDICAL_DIN_RM.pdf (accesat 20.09.2020).
2. Gavrilovici C. Introducere în bioetică. Iași: Junimea, 2007. 239 p.
3. Oprea L., Rotaru T.-Ș., Cojocaru D., Gavrilovici C. Relația medic-pacient. În: Bazele comportamentului social în sănătate. București: Pro Universitaria, 2015, p. 155-156.
4. Țirdea T. Bioetică: curs de bază. Chișinău: Medicina, 2017. 332 p.
5. Zanc I., Lupu I. Bioetica medicală – principii, dileme, soluții. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2001. 158 p.

Tema 4.**PROBLEME BIOETICE ÎN REPRODUCEREA UMANĂ**

Scopul temei: Însușirea și identificarea problemelor bioetice în contextul reproducerii umane

Durata și tipul de activitate: Conținutul temei este studiat în 5 ore academice, unde 2 ore sunt rezervate cursului teoretic și 3 ore de seminar.

Obiective trasate în lucrare:

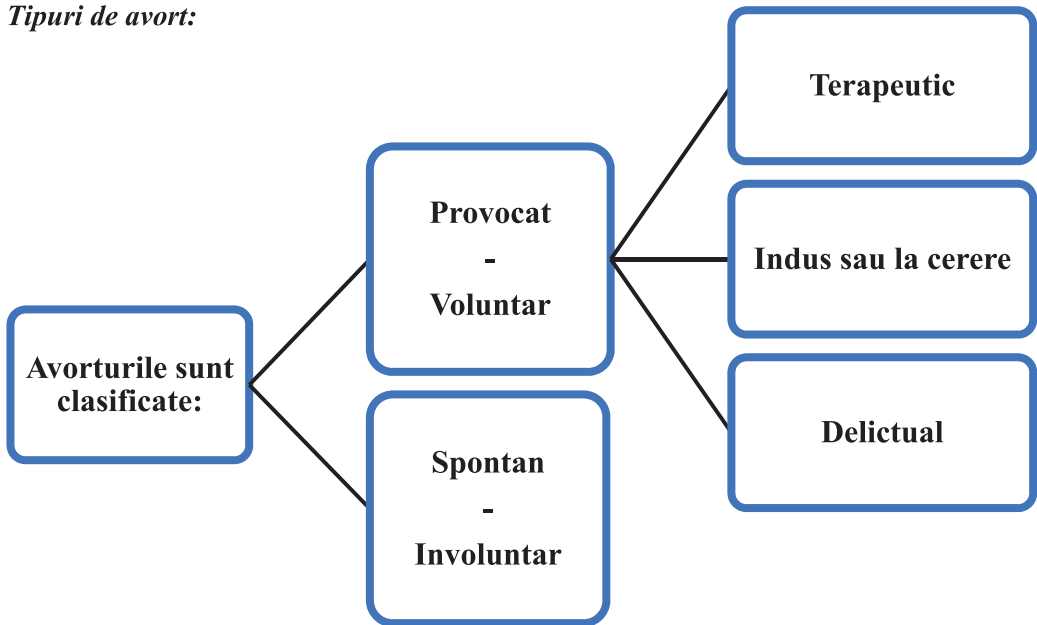
- ✓ să definească conținutul polemicilor etice pe marginea avortului indus medical;
- ✓ să cunoască ce este reproducerea umană asistată medical și maternitatea surrogat, precum și identificarea problemelor etice ridicate de practicarea acestora;
- ✓ să demonstreze capacitatea de a delibera pe marginea solicitării de avort indus medical după indicații sociale și să fie capabili să formuleze argumente rezonabile în favoarea deciziilor pe marginea solicitării de avort indus medical după indicații sociale;
- ✓ să poată opta în mod argumentat în favoarea/defavoarea maternității surrogat după analiza minuțioasă a efectelor potențiale ale acestei proceduri asupra mamei de gestație, asupra cuplului beneficiar și asupra copilului.

Metode și materiale pentru realizarea lucrării

Materialul teoretic al temei este predat în manieră clasică, prin prelegere și seminar. Seminarul presupune aplicarea a unui șir de metode precum: conversația euristică, problematizarea, brainstorming, lucrul în grup, studiul individual, dezbaterea, rezolvarea situațiilor de problemă, joc de rol, studiul de caz.

MATERIALUL TEORETIC**1. Avortul. Dreptul la viață a embrionului și/sau dreptul de alegere a mamei**

Etimologic, termenul „avort” își are originea în două cuvinte latine – „ab”, având semnificația „fără”, și „ortus” – care desemnează înțelesul de „naștere”. Astfel, se poate interpreta ca „o sarcină fără naștere”. În linii generale, avortul este perceput ca fiind o întrerupere de sarcină prin eliminarea spontană sau provocată a fătului din cavitatea uterină înainte de termenul de gestație, având drept efect moartea acestuia. Organizația Mondială a Sănătății definește avortul în felul următor: „terminarea (oprirea) sarcinii înainte de 22 de săptămâni de gestație și expulzarea unui făt nou-născut care cântărește mai puțin de 500 grame (n.n. - un făt neviabil).

Tipuri de avort:

Avortul voluntar sau provocat, la care vom face referire în cele ce urmează, mai poate fi clasificat în:

- indus în condiții sigure (medical medicamentos, chirurgical, alte metode medicale);
- indus în condiții nesigure.

Organizația Mondială a Sănătății definește avortul în condiții nesigure drept ”un procedeu de întrerupere prematură a sarcinii realizat fie de către indivizi neinstruiți cu echipament inadecvat și primejdios, fie într-un mediu care nu se conformează standardului minim de igienă, sau ambele situații.”

La rândul său, conform Standardului privind efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.766 din 18.08.2020, întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni de sarcină, la dorință sau la indicații medicale și sociale, se efectuează în instituțiile medico-sanitare publice, departamentale și private prin următoarele metode: *vacuum aspirarea manuală sau electrică sau avort medicamentos*. Iar întreruperea voluntară a cursului sarcinii după primele 12 săptămâni și până la sfârșitul săptămânii 21-a de sarcină se efectuează la indicații: *malformațiile fetale incompatibile cu viața/incurabile; stările în urma tratamentului chirurgical cu înlăturarea unui organ vital important; maladiile sau stările patologice care pun în pericol sănătatea și viața femeii gravide*.

Pentru astfel de cazuri, pacienta se adresează la medicul de familie de la locul de trai și se creează o comisie specială, numită Comisia Medicală Consultativă, care are următoarele funcții:

- selectează indicațiile medicale sau sociale pentru fiecare caz aparte, în baza cererii femeii gravide, documentației juridice și/sau medicale prezentate și consimțământul femeii gravide prin semnarea acordului informat;

- eliberează trimitere-extras, ce servește bilet de trimitere pentru spitalizarea femeii gravide în staționarul obstetrical-ginecologic.

Pacienta se internează în instituția medicală ce oferă asistență medicală specializată spitalicească, unde se asigură perfectarea documentației medicale și întreruperea de sarcină. Prezența malformațiilor congenitale la făt va fi confirmată de cel puțin 2 specialiști în ultrasonografie, inclusiv unul din cadrul Centrului Perinatologic de nivelul III până la sfârșitul săptămânii 21 de gestație. În caz de diagnostic incert de malformații congenitale, femeia gravidă va fi îndreptată în Centrul Național Sănătatea Reproducerii și Genetică Medicală, pentru confirmarea diagnosticului și oferirea consilierii privind pronosticul și perspectivele postnatale.

În acest document sunt redate și indicațiile sociale pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni și până la sfârșitul săptămânii 21-a de sarcină, acestea fiind:

1. *Vârsta femeii gravide sub 18 ani și peste 40 ani;*
2. *Sarcina survenită în urma violului, incestului sau a traficului cu ființe umane;*
3. *Divorț în timpul sarcinii;*
4. *Decesul soțului în timpul sarcinii;*
5. *Privațiune de libertate sau de drepturi părintești a unuia sau a ambilor soți;*
6. *Femeile gravide aflate în proces de migrație;*
7. *Femeile gravide cu 5 și mai mulți copii;*
8. *Femeile gravide care au în grija sa:*
 - a) *un copil mai mic de 2 ani;*
 - b) *unul sau mai mulți membri ai familiei încadrați în gradul I de invaliditate, care necesită îngrijire, conform concluziei Consiliului de Expertiză Medicală a Vitalității.*
9. *Asocierea a minim 2 circumstanțe: lipsa domiciliului, lipsa surselor financiare de existență, abuz de alcool sau/și droguri, acte de violență domestică, vagabondaj.*

Sarcină: Analizați textul și specificați poziția etică a autorilor

„Legea Republicii Moldova permite întreruperea voluntară a sarcinii fără restricții în primele 12 săptămâni. În afară de aceasta, Ministerul Sănătății din Moldova a emis în 2010 un ordin (nr.647 din 21.09.2010) privind efectuarea întreruperii voluntare a sarcinii în condiții de siguranță după 12 săptămâni de sarcină și până la sfârșitul celei de-a 21-a săptămâni de sarcină în anumite situații medicale și sociale. Printre acestea: a) avortul pentru femeile gravide sub 18 ani și peste 40 de ani; b) sarcina rezultată dintr-un viol, incest sau trafic de persoane; c) divorț în timpul sarcinii; d) moartea soțului în timpul sarcinii; e) femeile însărcinate care au grija de un copil sub 2 ani; i) combinarea a cel puțin 2 circumstanțe: lipsa domiciliului, lipsa existenței financiare, abuzul de alcool și/sau droguri, violența domestică, etc. Avortul tardiv poate fi realizat la solicitarea femeii și după decizia favorabilă a unei comisii disciplinare. În ceea ce urmează am dori să explorăm motivele posibile ale emiterii acestui ordin.

În primul rând, trebuie de menționat că această politică permisivă în domeniul reproductiv pare a fi un produs al unei abordări utilitariste a situației, în conformitate

cu care o lege/acțiune e benefică dacă maximizează beneficiul general (sau a celor mai mulți dintre cei implicați în situație). În mod particular se poate presupune, nu fără de temeii, că factorii de decizie înainte de emiterea Ordinului menționat au analizat utilitățile comparabile (pentru toate părțile implicate) ale celor două alternative posibile: admiterea sau neadmiterea avortului tardiv din considerente sociale.

Reflectând asupra argumentele care ar fi putut sta la baza deciziei menționate, presupunem că s-a estimat că legalizarea avortului tardiv din motive sociale este în beneficiul/utilitatea femeilor sărace, sau violate, sau părăsite, sau îndoliate etc., pentru că le scutește de riscul de avort clandestin (criminal) pe de o parte, iar pe de altă parte le degreveză de povara educării copiilor în condiții sociale derizorii și /sau într-o atmosferă psihologică necorespunzătoare. Poate fi de asemenea presupus că au fost discutate și utilitățile/beneficiile pentru copilul nenăscut. Probabil, s-a estimat că, calitatea vieții unui copil care crește într-o situație socială nefavorabilă ar fi atât de rea încât, dacă acesta ar fi putut decide pentru sine, ar fi preferat să nu să se nască mai curând decât să se nască. Este în același timp de asumat că beneficiul general pentru societate a fost, de asemenea, examinat și câteva argumente probabile ar fi putut fi următoarele: a) Legalizarea avortului social duce la evitarea costurilor derivate din avortul penal, care de altfel ar putea fi o povară reală pentru sistemul autohton de sănătate, având în vedere că acestea se pot realiza în condiții periculoase, cel puțin pentru femeia care solicită avortul; b) Decesul probabil al femeii în/sau după procedura de avort clandestin poate fi extrem de malefic pentru familia acesteia (mai ales atunci când vine vorba de o mamă cu mulți copii minori); c) Legalizarea avortului social ar putea economisi cheltuielile de stat necesare pentru educația copiilor abandonăți din motive economice sau sociale etc.

Având în vedere că orice politică în domeniul sănătății publice trebuie să tindă să crească starea generală de bine, unele întrebări cu privire la aceasta ar fi legitime. Aduce oare legalizarea avortului tardiv o îmbunătățire a bunăstării femeilor supuse acestei proceduri? Aceste femei devin după procedură mai sănătoase, mai împlinite emoțional/mental, sau mai bogate? A adus aplicarea acestei politici o creștere a bunăstării sociale în general? Din păcate, nu avem date empirice exacte cât privește evidența unor răspunsuri pozitive la aceste întrebări. Cu toate acestea, astăzi pare a fi sigur/evident faptul că o consecință a acestei politici asociată cu absența programelor sociale adecvate care ar trebui să sprijine femeile cu mulți copii, văduve sau mame singure, este scăderea natalității. Această stare de lucruri pe termen lung poate duce la schimbări în structura demografică a țării. Există posibilitatea ca reducerea ratei de populație activă asociată ratei în creștere a populației de vârstă pensionară să aibă drept rezultat probleme socioeconomice și mai mari decât se atestă acum.

În același timp, ar fi de menționat că prioritarizarea unei vieți omenești garantate din punct de vedere economic în comparație cu o viață mai puțin asigurată duce în mod sigur la subminarea valorii intrinseci a vieții umane. Legitimarea unei asemenea tendințe poate fi extrem de periculoasă, după cum arată lecțiile istoriei universale.

Prin urmare, factorii de decizie ar trebui să-și ghideze activitatea nu numai de analiza preferințelor umane cu tentă utilitaristă, ci de fapte dovedite științifice, inclusiv și de valori general umane fundamentale. Cunoașterea datelor științifice, dar și res-

pectarea valorilor general umane ar permite evitarea unor consecințe indezirabile pe termen lung, căci o bună politică de sănătate publică ar trebui să se concentreze asupra bunăstării populației de astăzi, dar și asupra bunăstării /interesului generației viitoare” [3, p. 22-23].

Cele prezentate până acum reflectă schițat câteva condiții medicale și juridice cu privire la subiect. Însă aceste relatări trezesc o serie de probleme bioetice care vizează *consecințele bio-psiho-sociale* ale avortului atât **pentru femeia** care avortează, cât și **viața entității concepute**. Mai mult, întrebarea ce apare în acest context este: *Poate fi justificat moral ceea ce este admis de cadrul juridic și cel medical?* În acest sens, putem începe analiza de la obiectivele bioetice semnalate în tema 2 (**a.** protejarea și perpetuarea viului, a vieții; **b.** diminuarea suferinței; **c.** îmbunătățirea și ameliorarea calității vieții), care, de fapt, reprezintă și indicator dacă vreun subiect conține sau nu o problemă de cercetare bioetică. Astfel, se poate înainta alte întrebări: *Protejează omul viața (viul) prin avort? Activitatea medicală și cadrul normativ asigură protecția unei vieți vulnerabile?* Sigur, ultima întrebare vizează și conflictul dintre viața mamei și viața entității concepute (acest subiect va fi analizat mai jos). *Va fi sau nu afectată calitatea vieții femeii care avortează?* Aceste întrebări necesită a discuta două subiecte: consecințele și/sau complicațiile avortului (deoarce ele vizează direct calitatea vieții femeii înainte și după avort) și statutul moral al embrionului.

Consecințele și/sau complicațiile avortului

Consecințele și/sau complicațiile avortului chirurgical (prin vacuum-aspirație, dilatare și chiuretaj, dilatare și evacuare) pot fi: **immediate, precoce** sau/și **tardive**:

A. Complicațiile imediate survin în primele câteva ore de la avort: hemoragia uterină; perforația uterină: este o complicație de temut, ea poate apărea în timpul histerometriei (măsurarea uterului cu ajutorul histerometrului), a dilatării sau a chiuretajului; leziunea colului uterin; complicații anestezice; embolismul: se pot dezvolta 3 tipuri de embolii potențial letale: trombi sanguini, de aer sau de lichid amniotic. Moartea intervine prin colaps cardiovascular, hemoragie și comă.

B. Complicațiile precoce apar după primele 3 ore, până la 28 de zile după avort: retenția produsului de concepție: rămâne una din cele mai importante cauze ale morbidității post-abortum, având ca rezultat infecția sau hemoragia, sau ambele; infecția (deseori asociată retenției de țesuturi fetale) este cea de-a doua complicație importantă din cele precoce.

C. Complicațiile tardive se manifestă după 28 de zile de la avort: anomaliile menstruale; infertilitatea sau sterilitatea secundară (prin inflamația post-avort a trompelor uterine cu ocluzia acestora); avortul spontan; sarcina ectopică: aproximativ 1% din avorturile provocate vor avea o infecție post-avort, ceea ce predispune la un risc crescut de sarcini ectopice la o concepție ulterioară; imunizarea Rh: se poate dezvolta la femeile Rh negative, prin pătrunderea hematiilor fetale în circulația maternă în timpul actului operator. Acest risc crește odată cu creșterea vârstei gestaționale; naștere de feți vii: este, desigur, mai frecventă în al doilea trimestru de sarcină (făt de 3-6 luni). Se întâmplă când medicul a subestimat vârsta sarcinii, iar aceasta este mare și în consecință survine:

mortalitatea (prin complicații potențial letale); efectele psihice (sindromul post-abortum);

Sindromul post-abortum se poate manifesta prin: sentimente de respingere față de partener (probleme în relație); reacții depresiv-anxioase; sentimente de vinovăție (care pot fi foarte intense); labilitate emoțională (plâns nemotivat, iritabilitate crescută); scăderea capacității de concentrare; criză de identitate; tulburări de somn, coșmaruri, vise obsesive; “sindromul de aniversare” (simptomele se accentuează în preajma „aniversării” datei avortului și/sau a datei la care ar fi trebuit să se nască copilul avortat); atenție exagerată la femei gravide, copii mici.

Opus acestor manifestări pot apărea: inhibarea vieții emoționale; fenomene somatice: migrene, dureri în micul bazin; o nouă sarcină compensatorie; teama de a fi pedepsită prin accidente ale celorlalți copii; abuz de medicamente, alcool, droguri. De obicei, femeile cu risc mai crescut de a dezvolta sindrom post-abortum sunt: femeile tinere și adolescentele; femeile necăsătorite sau în relații neconsolidate; femeile care amână avortul până la vârste înaintate de gestație; cele care au avut sentimente ambivalente cu privire la sarcină; cele care au fost presate de anturaj să ia această decizie; cele cu probleme emoționale preexistente; dacă există conflicte de valori etc.

Valoarea vieții umane. Statutul moral și cel juridic al embrionului/fătului

Perspectiva unei analize cu privire la valoarea vieții umane atrage după sine o serie de subiecte, cum ar fi: originea vieții, statutul vieții, condiția vieții etc. Aceste întrebări trezesc dezbateri sofisticate fără de sfârșit, care la un moment dat poate să trezească și o pasivitate sau indiferență față de studiile cu privire la aceste probleme. Un lucru este cert, o analiză amplă cere să invocăm cunoștințe și experiențe de natură religioasă, filosofică, etică și științifică. O asemenea incursiune ar face studiul destul de anevoios, dar, interesul nostru este altul, să găsim o formă neutră, o sinteză despre valoarea vieții umane ce ar rezulta din ele (din cunoștințe și experiențe de natură religioasă, filosofică și științifică). Mai mult, să accentuăm acele particularități care nu se neagă, ci se completează reciproc.

O caracteristică esențială o întâlnim la Cristina Gavrilovici, care constată: „...peste limitele acestei polemici, interesante și nelimitate, se conturează o noțiune mult mai „dominatoare” din punct de vedere moral: valoarea vieții. Indiferent de argumentele de tip liberal sau conservator, cu toții considerăm cel puțin intuitiv, că viața organismului uman are o valoare intrinsecă [care există prin sine însuși], în orice formă a sa, chiar și în cel mai timpuriu și nediferențiat stadiu al existenței embrionare. Am spus „intuitiv” pentru a apăra opiniile celor care nu găsesc sau nu exprimă un argument solid pentru opțiunea pro sau contra avort, sau poate nici nu au o opțiune fermă, dar ...intuiesc un anumit aspect moral care le va contura decizia” [2, p.78].

Dincolo de această constatare, putem semnală o altă particularitate. La baza embrionului stă celula rezultată din unirea a două celule – spermatozoidul și ovulul. Corpurile care au „emis” sau „produs” aceste două tipuri de celule deja au conștiință și sunt mature. Atunci, este logic a constata, că aceste celule deja le reprezintă (moștenirea genetică), ele sunt vii și reprezintă continuitatea corpurilor care le-au „produs”. Din momentul contopirii, în mod logic e necesar, însă, un al treilea component – Forța vitală sau Viața,

fără de care este imposibilă dezvoltarea ulterioară a noului organism. Toate dilemele (de orice gen: morale, religioase, științifice etc.) referitor la viață (adică, la această forță vitală) se centrează anume pe ea, deoarece în momentul concepției aceste celule se distrug, nu mai sunt celule – se neagă pe sine și apare o nouă entitate – baza viitorului organism. Din momentul concepției apare și independența relativă a viitorului om.

În context, embriologia atestă, la rândul său, o serie de etape cu caracteristici specifice în dezvoltarea zigotului și a fătului, și anume:

✓ la 8 săptămâni embrionul posedă o schiță de sistem nervos (circuite tri-neuronale, baza a unui sistem nervos necesar gândirii raționale) și dezvoltă reflexe simple ca răspuns al sistemului nervos;

✓ la 12 săptămâni fătul are toate organele definitiv conturate, funcționează sistemul cardiovascular, digestiv, excretor, el se mișcă, își schimbă expresia feței, lipsindu-i doar respirația, cu alte cuvinte este un om în miniatură;

✓ în a 20-a săptămână de viață embrionară se definitivează formarea talamusului, regiune a creierului implicată în integrarea informațiilor;

✓ între a 24-a și a 27-a săptămână de la concepție apare un traseu EEG recognoscibil (baza punctului de vedere neurologic asupra începutului vieții umane);

✓ după 25 de săptămâni de gestație fătul poate respira, fiind definitivată formarea plămânilor (precocitatea viabilității extrauterine, deși susținută de tehnologia modernă, ridică probleme legate de dezvoltare tehnico-medicală a diferitelor țări, feții născuți prematuri în țările dezvoltate având șanse mult mai mari de supraviețuire decât cei din țările sărace);

✓ celulele nervoase se înmulțesc și se diferențiază până la sfârșitul celui de-al II-lea trimestru de sarcină, dar totuși până în luna a 7-a se stabilesc puține conexiuni neuronale; în trimestrul al III-lea de sarcină se produce maturarea cortexului cerebral, esențială pentru achiziția umanității.

Cele menționate permite să accentuăm judecata, conform căreia viața umană are o cauză, un principiu-cauză, care determină o serie de particularități în procesul devenirii umane, iar condiția devenirii bio-psiho-socială urmărește o finalitate. Acestea sunt specifice pentru toți oamenii, este o interpretare integrală și existențială a constituirii vieții umane. Respectiv, deciziile morale care implică subiecți din reproducerea umană trebuie să respecte această integritate structurală, iar subiecții implicați în decizie să fie conștienți că intervin în cursul unui proces al vieții umane în devenire, care are o cauză, determinată de o condiție specifică omului și urmărește o finalitate (un sens) și unde se cere o responsabilitate morală maximă. Mai mult, pentru a avea un tablou obiectiv cu privire la provocările noi din medicina reproductivă actuală propunem să analizăm în particular subiectele noi ale reproducerii umane din perspectivă bioetică.

Analizați și comentați textul.

Structurați o poziție cu privire la statutul moral și cel juridic al embrionului.

2. Drepturile embrionului și fătului

„Problemele morale legate de începutul vieții derivă în cea mai mare parte din relația materno - fetală, așa cum este ea acceptată sau din contra, rejețată, după cum este ea percepută de către mamă, medic, societate. Fetusul devine un pacient în momentul în care femeia însărcinată s-a adresat sistemului medical. În acest punct pot apare obligații conflictuale de fidelitate sau loialitate „divizată”. De exemplu, o întrerupere de sarcină poate declanșa o disensiune între starea de sănătate sau chiar lupta pentru supraviețuire a fătului și dorințele femeii gravide. În prezent se acceptă că regulile de confidențialitate și consimțământ informat permit ca interesele femeii însărcinate să aibă întâietate în fața celor fetale. De exemplu, în cazul unei paciente însărcinate (cu vârsta gestațională de 26 săptămâni), aflată în stadiul terminal de cancer Instanța Americană a decis efectuarea cezarienei împotriva dorinței pacientei, considerând că medicii au datoria de a salva viața copilului, dacă decesul mamei este iminent. S-a concluzionat că interesul statului de protejare a celei de a treia părți implicate (fetusul) față de decizia adultului de refuz a tratamentului medical poate depăși interesul pacientului cu privire la integritatea corporală. Copilul a decedat însă la două ore, iar mama după două zile. După multiple controverse publice, Curtea de Apel a Districtului Columbia a redeschis cazul. Majoritatea opiniilor de data aceasta s-au focalizat pe drepturile adultului competent de a face o alegere informată, între acceptarea sau refuzul tratamentului. S-a notat că instanțele au refuzat în mod repetat în trecut să oblige pe cineva să doneze țesuturi sau organe pentru transplant în beneficiul altuia. Extrapolând la cazul de față se pare că instanța a greșit punând în balanță drepturile embrionului împotriva drepturilor pacientei, fără un efort prealabil de determinare a preferințelor ei; sau dacă era incompetentă mental, trebuiau să aplice standardul judecății substitutive (să determine care ar fi fost alegerea pacientei în momentul în care avea discernământ). Ca urmare, concluzia finală a fost ca dorința femeii însărcinate trebuia să fie suverană.

Fătul are drepturi?

Drepturile în general derivă din trei surse majore: drepturi divine, drepturi naturale și drepturi politice (pozitive, derivate din lege și tradițiile sociale).

Drepturile de origine divină nu reprezintă astăzi baza drepturilor politice în nici o societate liberală democratică (pentru că în esența liberalismului modern NU religia constituie baza ordinii politice (este foarte greu să obții consens politic în probleme care implică și aspecte religioase, cum ar fi de exemplu avorturile sau libertatea procreației). Totuși acest lucru nu împiedică individul unei societăți liberale de a crede că omul este creat după imaginea lui Dumnezeu, și ca atare drepturile sunt atribuite lui Dumnezeu.

A doua sursă posibilă, natura, descrie drepturile ca și derivat al “legii naturale”. Practica sclavagismului este în principiu contrar naturii, deci injustă. Acest concept nu a fost agreat de filozofii secolului XX, în baza faptului că natura nu poate furniza un fundament justificabil pentru drepturi, moralitate, etică, pentru că natura nu dă nici un ghidaj asupra valorilor umane.

Și în fine, drepturile „politice” reprezintă practic orice îi face pe oameni să fie de acord. Watson, laureat al premiului Nobel și cel care a descoperit structura ADN-ului, propune înlocuirea „drepturilor omului” cu „nevoile omului”. Totuși, drepturile vor prevala întotdeauna asupra intereselor, pentru că sunt dublate de o mai mare semnificație morală. Interesele sunt perisabile și pot fi schimbate sau negociate unul contra celuilalt, similar unui sistem comercial. Drepturile însă, deși foarte rar absolute, sunt mai puțin flexibile, tocmai pentru că nu li se poate atribui o valoare economică. Nici filosofi politici clasici (Platon, Aristotel) nu folosesc limbajul „drepturilor”, ei vorbesc despre „binele” uman și despre virtuțile și datoriile pe care le implică atingerea lui.

Răspunsul legii la întrebarea dacă „fătul are drepturi?”, este în majoritatea țărilor negativ. Doar după naștere se poate spune cu precizie că nou-născutul deține drepturi. Trebuie să remarcăm că această decizie legală vine în contradicție cu unele considerente morale potrivit cărora fătul trebuie să aibă drepturi, pentru a fi protejat. Dacă ar fi să acordăm drepturi fătului ar trebui să deliberăm dacă și în ce condiții le pot întrece pe ale mamei. Există două curente morale în acest sens. Așa-numiții susținători ai „dreptului la viață” („pro-life”) revendică drepturile fătului, care datorită inocenței și neajutorării lui trebuie să fie apărat. De cealaltă parte, susținătorii „dreptului de a alege” consideră că o acordare nelimitată de drepturi fătului l-ar plasa într-o poziție superioară oricui, ceea ce este nejustificabil și nerealist, pentru că nimeni nu se bucură de o exprimare completă sau liberă a drepturilor sale. Unii ezită în a acorda vreun drept feteșilor pentru că nu îi consideră persoane, ci mai curând ființe umane sau organisme. Din această perspectivă, fetușii sunt doar persoane potențiale, dar pentru că nu au rațiune sau memorie nu pot deține același statut ca și persoanele protejate prin Constituție.

La polul opus dreptului de a fi protejat se află dreptul de a nu te naște. Acesta a fost invocat de către părinții nemulțumiți de procrearea unui copil cu Sindrom Down sau cu rubeolă congenitală, în baza faptului că aceste situații ar putea fi anticipate la consulturile prenatale, și ca urmare au cerut medicilor și spitalului compensații materiale pentru ...daune morale” [2, p. 78-80].

Avortul terapeutic. Conflictul dintre viața mamei și viața entității concepute

Acest subiect necesită să fie dezbătut în câteva etape: **I-a.** Termenul „terapeutic” nu corespunde cu înțelesul să medical; **II-a.** „Temeiurile” avortului terapeutic; **III-a.** Particularitățile discursului bioetic cu privire la avortul terapeutic.

În *Manual de bioetică*, autorii Elio Sgreccia și Victor Tambone relatează faptul că este impropriu folosirea adjectivului „terapeutic”, pentru că nu este vorba de terapie, decât în sens impropriu și lărgit. Unele condiții care face trimitere la principiul terapeutic este faptul că intervenția medico-chirurgicală este menită să trateze sau să extirpe partea bolnavă a corpului; în cazul la care ne referim nu este vorba să acționăm asupra unei boli în desfășurare, ci mai degrabă se intenționează suprimarea fetusului (sănătos) pentru a se evita înrăutățirea sănătății sau amenințarea vieții mamei. Trecerea nu este de la acțiunea terapeutică asupra bolii în scopul însănătoșirii, ci se configurează mai ales o acțiune asupra a ceea ce este sănătos (fetusul care poate fi chiar sănătos), pentru a preveni o boală sau riscul morții. Mai nimerit este să se vorbească eventual de întreruperea

sarcinii în prezența pericolului pentru viața sau sănătatea mamei. O clarificare ulterioară pentru a se înțelege „avortul indirect”, care în schimb ar reintra în accepția propriu-zis terapeutică: este cazul în care se descoperă o tumoră la uter, care indirect presupune moartea fătului. Astăzi această distincție nu se mai uzează, iar problema nici nu se mai pune din punct de vedere etic, în timp ce uneori este folosită noțiunea de „avort indirect”, pentru a indica avortul „terapeutic” la care ne referim, care este o cu totul altă problemă, atât din punct de vedere etic, cât și medical [4, p. 142].

Următorul subiect – „temeiurile” avortului terapeutic – aceiași autori constată: sunt necesare precizări ulterioare privind consistența și relevanța indicațiilor medicale pentru a ne limita la acest capitol al materiei: **a)** înainte de toate există de facto condiții organice care complică sarcina, sau în care sarcina provoacă o agravare a stării de sănătate; ele sunt oricum mai bine controlate și compensate printr-o asistență adecvată. Progresele medicinei și ale asistenței medicale reduc tot mai mult riscurile asupra vieții și sănătății mamei. Este clar că în aceste cazuri este lipsită de orice motivație întreruperea chiar și numai din punct de vedere medico-deontologic; **b)** există apoi stări de sănătate, care în general sunt luate în considerație prin IVG, în care, totuși, întreruperea sarcinii influențează mai mult și în mod negativ starea de sănătate decât continuarea ei, sau în orice caz avortul nu ar determina o îmbunătățire substanțială. Rezultă clar că nu se justifică întreruperea sarcinii din punct de vedere medical; există însă condiții în care agravarea este reală, dar ea poate fi înfruntată prin metode terapeutice diferite de întrerupere (dializa periodică a gravidei care suferă de o gravă insuficiență renală, cardiochirurgia pentru femeile cu afecțiuni cardiace). Este clar că în aceste cazuri adevărata terapie, cea care elimină direct boala fără să afecteze viața fătului, este singura terapie permisă.

Umbrind indicațiile socioeconomice, care deși sunt reale, nu pot fi confruntate cu viața celui ce urmează să se nască, să revedem riguros pe plan medical și deontologic „indicațiile sanitare” IVG pe care se bazează practica medicală. În lumina progreselor științei și asistenței medicale, multe din aceste „indicații” și-au pierdut capacitatea de motivație. Pe când tuberculoza, cardiopatiile, bolile vasculare, bolile aparatului hematopoietic (unele forme de anemie), bolile renale, bolile hepatice și ale pancreasului, bolile gastro-intestinale, chorea de sarcină, miastenia gravis, tumorile (cu excepția celor ale aparatului genital): toate aceste boli sunt indicate ca motivații ale respectivelor „indicații”. Dar un studiu serios al fiecăreia dintre ele, în lumina celor afirmate, ne orientează spre o drastică reducere a bazei medicale a „acestor indicații” și spre o progresivă reducere a cazurilor în care, în lipsa unor alternative terapeutice, persistă un adevărat risc pentru viața sau sănătatea mamei [4, p. 143].

În acest context intervine și cel de-al treilea subiect, care implică o evaluarea etică și/sau bioetică a avortului terapeutic. Recunoaștem că există cazuri în care sarcina poate constitui o circumstanță agravantă: condițiile social-economice, cu influențe asupra stării de sănătate psihică a pacientului; condițiile de sănătate fizică, ce comportă o permanentă agravare a lor; o stare de real și grav pericol pentru viața mamei până în situația în care va fi necesară alegerea între viața mamei și pierderea atât a mamei, cât și a copilului.

Particularitățile etice și/sau bioetice vor fi întemeiate pe o serie de judecăți morale asupra omului, și anume „1) ...persoana umană este cea mai mare valoare din lume

și transcende orice bun temporal și orice considerație economică. Deci, rațiunile care vor sta la baza motivațiilor economice trebuie să fie luate în considerație de autoritatea publică și de comunitate în sensul că economia trebuie să fie adaptată persoanei și în nici un caz persoana să fie sacrificată în favoarea economiei. Acest lucru este cu atât mai adevărat dacă ne gândim că viața fiecărui individ nu este numai un bun personal inalienabil, ci și un bun social, al tuturor: de aceea societatea are obligația de a o apăra și promova. 2) Nici motivul „social” (numărul copiilor, obligații de educație etc.) nu poate subordona valoarea vieții personale a nici unei persoane. Persoana din punct de vedere ontologic și axiologic are prioritate față de societate, întrucât la baza originii societății se află persoanele; fundamentul persoanei este să completeze și să ajute la creșterea tuturor persoanelor. Societatea este, deci, pentru persoane și a persoanelor. De asemenea și principiul „cumpănirii” valorilor este inconsistent din punct de vedere etic, atunci când se aplică în justificarea socială a avorturilor. Nu este vorba de cumpănire, ci de armonie și subordonarea valorii sociale față de persoana umană. În joc se află mai mult filosofia juridică decât cea medicală. Comparația însăși este de nepropus între o persoană și societatea în ansamblul ei, pentru că valoarea-persoană nu este numerică sau cantitativă, ci ontologică și calitativă. De aceea cine autorizează uciderea directă a unei persoane nevinovate lovește valoarea de bază a întregii societăți și a fiecărei persoane. 3) Viața fizică care este în discuție chiar dacă nu reprezintă totalitatea valorilor persoanei, reprezintă primul fundament indispensabil al tuturor altor valori personale. De aceea suprimarea vieții fizice a viitorului nou-născut prin avort, fie ea și „terapeutică”, echivalează cu compromiterea totală a tuturor valorilor temporale care se bazează în mod necesar pe viața fizică. 4) Principiul „terapeutic” este invocat aici în mod abuziv și este extrapolat, după cum am demonstrat, nu numai pentru că foarte des nu sunt examinate posibilitățile alternative la eliminarea fătului, dar și pentru că scopul terapeutic este indirect și privește suprimarea unui bun suprem – viața. De aceea opoziția „sănătatea mamei - viața fătului” nu este în echilibru și este răsturnată și în orice caz viața celui ce urmează să se nască nu poate fi instrumentalizată în favoarea sănătății mamei (bun secundar față de viață); trebuie să se țină seama și de faptul că maternitatea în sine reprezintă un risc în sine, ca orice altă datorie din viață, pentru sănătatea proprie. 5) Obligația etică a societății, a științei și a fiecăruia este să se angajeze în prevenirea prin mijloace legitime și permise a situațiilor de risc și de deteriorare a sănătății gravidelor, pentru a garanta cea mai bună asistență de spitalizare și tehnologică celor care urmează să nască, pentru orientarea politicii sanitare în sprijinul vieții și nu spre suprimarea ei cu ușurință. Știința este pentru viață, societatea este pentru persoană: aceasta este angajarea etică de fond” [4, p.144-145].

Or, nu putem nega existența unor cazuri, limitate față de cele invocate de legile favorabile avortului, în care conflictul alegerii între viața copilului ce urmează să se nască și supraviețuirea mamei se pune în mod dramatic pentru părinți, pentru cadrele medicale și paramedici.

Apel la sursă: E. Sgreccia, V. Tambone. Manual de bioetică.

„...Ne vom ocupa acum de aceste cazuri dramatice, fiind foarte atenți la drama subiectivă, la implicarea personală și profesională a medicului, a chirurgului sau ginecologului, cu o viziune obiectivă a valorilor în cauză și a orientării etice de care ținem seama. Teoretic, și poate nu numai, există două gradații în cazul conflictului între viața mamei și cea a fătului: continuarea sarcinii nu numai că provoacă moartea mamei, dar nici nu salvează copilul; dimpotrivă, avortul provocat este salvarea mamei; continuarea sarcinii presupune moartea mamei, dar se speră salvarea copilului.

Noi ne vom referi mai întâi la pozițiile etice privind primul caz, pentru că sunt mai complexe și mai grave față de cel de al doilea, mult mai clar în sine. Unii moraliști... au căutat motivații în primul caz care să justifice avortul în scopul salvării mamei - desigur, dacă alternativa este moartea amândorura. Să analizăm fiecare din aceste motivații.

1. Conflictul obligațiilor. Medicul are datoria să asigure viața mamei și nașterea copilului; neputând să le facă pe amândouă, existând un conflict al stării de fapt și nu în voința persoanelor, se alege obligația cea mai accesibilă. Este important de văzut că aici alegerea nu se referă la o asistență prioritară acordată mamei, de care în mod involuntar depinde moartea fătului; este vorba de o alegere ucigașă, printr-o acțiune directă de suprimare a fătului viu...

2. Calitatea subordonată a fătului deja condamnat. Nu se poate vorbi de viață umană deplină în cazul unui fetus care este deja condamnat să moară singur: avortul poate fi considerat în acest caz o anticipare a morții, motivată în plus prin salvarea mamei. Nu este greu să descoperi o dificultate în această teză: faptul că acel copil este oricum condamnat să moară nu constituie un motiv suficient pentru suprimarea lui, pentru că nu se poate compara moartea naturală cu uciderea directă, altfel s-ar putea justifica prin acest principiu orice act de eutanasiu.

3. Evaluare generală. Se consideră că problema asistențială mamă-copil în pericol ar fi o problemă globală; globală este și activitatea medicului responsabil: în această globalitate, în lipsa posibilității de a se obține un succes deplin și complet, se încearcă obținerea succesului posibil; această orientare se bazează între altele pe angajarea în apărarea vieții, care poate fi garantată cel mai bine prin salvarea vieții mamei. Și această soluție poate fi învinuită de caracter empiric, pentru că în realitate nu este vorba de un fapt general din moment ce viețile sunt două; iar angajarea în apărarea vieții (a mamei) nu autorizează mijlocul neproporționat și anormal al suprimării fătului; nici intenția celui care acționează (*finis operantis*) nu poate pleca de la o reală obiectivitate a acțiunii (*finis operis*).

4. Avortul indirect. Este cunoscut principiul cu dublului efect, unul bun și altul rău: în aceste cazuri este permis ca acțiunea să fie considerată ca având ca scop un efect bun, chiar dacă indirect din ea se desprinde un efect negativ nedorit. O confirmare este admiterea și legalitatea avortului indirect în cazul extirpării tumorii. Dar nici în acest caz lucrurile nu se prezintă ca făcând parte din aceeași discuție, pentru că în situația la care ne referim acțiunea directă este suprimarea fătului, efectul indirect este salvarea mamei. Vechiul precept: *non sunt facienda mala ut veniant bona* este aplicat și luat în considerare aici pentru a deveni legal atât scopul, cât și mijlocul.

5. În fine, o altă motivație: lipsa elementului absolut al normei. A nu ucide nu este o normă absolută, pentru că a avut deseori și excepții justificate: legitima apărare de un agresor nedrept, sacrificiul pentru binele aproapelui, pedeapsa cu moartea. Nici acest raționament, de fel nou, nu se poate suprapune cu cazul nostru: pentru că aici este vorba de o viață nevinovată și nu de un agresor nedrept sau de un vinovat care, cunoscând pedeapsa cu moartea, o încalcă în mod conștient. Cine se sacrifică pentru binele aproapelui o face dintr-un motiv superior și adevărul este că nu el se omoară, ci alții îlucid în mod nejust.

Concluzie

Concluzia noastră, conformă cu pozițiile personaliste și alte norme de etică obiectivă, este următoarea:

a. datoria medicului este să apere viața, atât a mamei, cât și a copilului, și să ofere toate mijloacele terapeutice pentru salvarea amândorura. Printre aceste mijloace nu figurează cel al uciderii directe, care nu este nici un act medical, nici un act etic. Viața umană se poate pierde și se pierde din mai multe cauze, dar viața nevinovată nu poate fi suprimată în mod direct, sub nici un motiv, fiind o valoare transcendentă, după cum nu poate fi sacrificată în mod direct de nimeni, nici măcar pentru salvarea cuiva. Admițând derogări de la acest principiu și insinuând afirmații de genul: "viață fără valoare", "valoare subordonată", "viață ce nu este pe deplin umană" se deschide calea către eutanasiu sau spre orice alt procedeu discriminatoriu;

b. la prima vedere, cazul cel mai simplu este prevederea morții mamei, prin continuarea sarcinii, unită însă cu speranța salvării fiului.

Nu se poate alege viața mamei, printr-o acțiune directă de suprimare a fiului, pentru că nimeni nu are dreptul de alege în viața altuia.

Se poate desigur încerca în acest caz o cezariană, care este o intervenție normală, când există o speranță de a salva copilul, la o femeie care stă să moară: dacă este posibil să se aștepte până în momentul morții clinice, prin conectarea la plămâni artificiali, așteptându-se moartea naturală a mamei.

Este posibilă și situația în care este necesar să fie menținută "în viață" în mod artificial o femeie în moarte cerebrală, gravidă, cu scopul de a face ca fătul să atingă un stadiu de dezvoltare care să-i permită o viață autonomă în afara uterului.

Implicarea profesiei medicale este de așa natură că ea n- ar mai rămâne legată de viață, ci și de activitatea care ucide în mod direct.

In această alegere etico-deontologică intervine argumentul obiecției din motive de conștiință" [4, p. 145-146].

2. Tehnologiile de asistare medicală a reproducerii umane în contextul bioeticii

Sănătatea reproducerii umane asigură ocrotirea sănătății mamei, a copilului și existența unei națiuni sănătoase. Actualmente, cunoștințele cu privire la reproducerea umană s-au dezvoltat considerabil, oferind noi posibilități și soluții, mai ales când condiția umană este lipsită de potențialitatea nașterii, totodată și în contextul diversității patologice. În ultimii 50 de ani, în literatura de specialitate apar concepte noi, precum: reproducerea asistată medical, procrearea asistată medical, procrearea fără raport sexual. Astfel, noțiunea de

procreație apare după anul 1985, ca rezultat al aplicării noilor tehnici de reproducere umană asistată și al apariției unor noi noțiuni: donatori de gameți, bănci de gameți, donatori de embrioni, maternitate de substituție, mama purtătoare etc. Iar prin *reproducerea umană asistată medical* se înțelege ansamblul de metode utilizate pentru a obține o sarcină prin mijloace artificiale sau parțial artificiale. Ea este reprezentată de procedurile prin care gameții sunt manipulați în vederea obținerii unei sarcini. La aceste procedee apelează cuplurile infertile, fie că infertilitatea este masculină, feminină sau ambele. Împrejurările existente determină noi abordări, noi provocări, care să reflecte particularitățile etice, legale și sociale ale situațiilor fără precedent în practica reproducerii umane.

Apel la sursă: Cristina Gavrilovici. Introducere în bioetică.

3.1. Aspecte etice generale legate de noile tehnologii reproductive

„Între procreare și reproducere nu este numai o deosebire semantică, ci și una de concept biologic, social, genetic, cultural. Dacă reproducerea este un act de perpetuare a speciei, formatat de schema comunitară, un proces oarecum individualist, procrearea este un fenomen care antrenează profunde aspecte etice, medicale, legale și religioase. A vorbi despre libertatea procreației în prezent este o dezbatere în care drepturile persoanei sunt plasate înaintea celor comunitare, pentru că trăim într-o societate liberală, iar ideea fundamentală de liberalism se bazează pe faptul că individul este cel care deține scaunul judecății morale.

Referitor la tehnologiile care afectează începutul vieții (fie că favorizează reproducerea, controlează prezența și transmiterea unei boli sau este vorba de avort), apărarea idealurilor morale se face prin apel la demnitatea umană. Se poate oare accepta o libertate procreativă absolută dar care să nu afecteze demnitatea umană? Depinde cum definim demnitatea. A o descrie exhaustiv este în afara scopului acestui capitol, dar la o succintă analiză am putea-o identifica ca un atribut onorabil, nobiliar, incoruptibil, adică acea calitate esențială, specifică omului, care rămâne după înlăturarea „caracteristicilor întâmplătoare și accidentale ale persoanei”. Este vorba de acea valoare intrinsecă, tipică ființei umane, care rămâne după ce multe compromisuri, situații sociale sau medicale dramatice au alterat scara de valori...

Tehnologiile reproductive reprezintă un tip de intervenție biomedicală cu caracter excepțional. Ele nu pot fi percepute la fel ca orice act medical tehnic, cum ar putea fi, de exemplu, dializa renală, care, neputându-se petrece în interiorul organismului este practicată în exterior, în mod artificial, fără ca acest fapt să comporte în sine probleme etice. Procrearea umană este un act personal al cuplului și are drept rezultat un individ uman. Consecințele profunde ale acestui act derivă din însăși structura vieții conjugale, valorile personale asupra maternității și familiei, și evident din responsabilitatea partenerilor. Problema etică de clarificat este următoarea: până la ce punct actul medical rămâne un ajutor terapeutic, sau devine un act substitutiv sau chiar manipulator?

Pornind de la cunoașterea posibilităților deschise de știință și de tehnică, ne întrebăm care este limita peste care fecundarea artificială în uter sau in vitro rămâne o activitate moral acceptabilă pentru medic. Aceasta presupune o referire centrală la valorile umane care sunt chemate în cauză (căsătoria, copilul pe cale de a se naște, familia etc.)... ” [2, p. 82-83].

Legislația autohtonă prin Legea Nr. 138 din 15-06-2012 privind sănătatea reproducerii definește tehnologiile de asistare medicală a reproducerii umane, ca fiind actul medical ce cuprinde ansamblul tratamentelor și procedurilor de inseminare artificială sau de fertilizare in vitro, de manipulare medicală în laborator a materialului genetic feminin și masculin în scopul fecundării artificiale a ovulelor și implantării acestora. Totodată, norma juridică enumeră și tehnologiile de asistare medicală a reproducerii umane care sunt permise în Republica Moldova: inseminarea artificială cu sperma soțului; inseminarea artificială cu sperma donatorului; fertilizarea in vitro cu transferul intrauterin de embrioni; injectarea intracitoplazmatică a spermatozoizilor; ecloziunea asistată; extragerea spermatozoizilor din testicule; crioconservarea de spermă, de oocite, de embrioni; donarea de spermă, de oocite, de embrioni; diagnosticul preimplantor genetic; reducerea numărului de embrioni în cazul sarcinii multiple.

Astfel, se observă că **din punctul de vedere al tehnicilor utilizate** avem:

a. Tehnici de favorizare a fecundării “in vivo” (inseminarea artificială) – facilitează apropierea spermatozoidului de ovul.

b. Tehnici de fecundare (fertilizare) “in vitro” (FIV).

Respectiv, **din punct de vedere al implicațiilor de dreptul familiei:**

a. Reproduseri asistate medical intraconjugale (gameții provin de la partenerii unui cuplu).

b. Reproduseri asistate medical extraconjugale (cu donor de gameți sau cu transfer de embrioni) – cel puțin unul din gameți provine de la o terță persoană, din afara cuplului.

La rândul său, norma juridică interzice: alegerea sexului viitorului copil, cu excepția cazurilor de risc al moștenirii maladiilor genetice severe legate de sex; avortul selectiv al embrionilor de un anumit sex, specificat în reglementările internaționale de bioetică; clonarea ființei umane, crearea de himere și transplantarea acestora în organismul uman; aplicarea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane fără consimțământul persoanei; prestarea serviciilor de reproducere umană în lipsa autorizațiilor/licențelor necesare; violarea confidențialității datelor privind donările de spermă, de oocite și de embrioni; obținerea spermei și a oocitelor de la persoane cu vârsta sub 18 ani (cu excepția cazurilor de crioconservare în baza indicațiilor medicale).

Conținutul legii vizate prin capitolul „Modalitățile de aplicare a tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane” înaintează o analiză din perspectivă bioetică pentru a putea înțelege cât de permis este din punct de vedere moral ceea ce e admis prin lege. Respectiv, ce ar trebui să prevaleze norma morală sau cea juridică? Printre acestea, până acum a fost discutate aspecte etice generale legate de noile tehnologii reproductive, în continuare se cere o implicare bioetică particularizată cu referire la tehnologiile reproductive.

Inseminarea artificială

Procedura inseminării artificiale a devenit recunoscută ca standard pentru infertilitatea unui cuplu când soțul este steril, când are tulburări de dinamică sexuală sau când are malformații ce nu-i permit un contact sexual fertilizat. De exemplu, cum ar putea fi soluționate cazurile când bărbatul posedă azoospermie fără vreun atentat la morali-

tatea clasică? Tratament adecvat nu există, dar se pot utiliza tehnologiile inseminării artificiale atunci când soția este fertilă. Sperma ce va fi folosită provine, de obicei, de la un donator anonim, care nu va fi considerat tatăl legal al copilului, posedând doar titlul de “tată biologic”. Chiar dacă sterilitatea este principalul motiv pentru a apela la inseminarea artificială, procedeul mai poate fi folosit atunci când există riscul ca soțul să transmită o boală genetică urmașilor, sau când femeile își doresc copii, dar sunt singure, sau lesbiene.

În practica biomedicală s-au imaginat și se aplică actualmente câteva tipuri de inseminare artificială în funcție de tehnicile utilizate, de indicațiile concrete etc.

Metoda de inseminare intrauterină

Este cea mai răspândită și folosită metodă de inseminare și constă în: (a) prepararea spermei cu obiective concrete, cum ar fi eliminarea lichidului seminal și a factorilor ce scad puterea fecundată a spermatozoizilor, selectarea celor din urmă cu mobilitatea cea mai bună, izolarea lor din urină în caz de ejaculare retrogradă; (b) inseminarea propriu-zisă, adică sperma preparată se introduce prin injecție la 36 ore după declanșarea ovulației.

Metoda de inseminare intravaginală

Este o metodă de inseminare rar utilizată. Ejaculatul nelichefiat este recoltat cu o seringă și depus imediat la nivelul fundului vaginului. Inseminarea se realizează cu 48 ore înaintea ovulației și poate fi făcută chiar de cuplu după o consultație preliminară. Dacă sperma prezintă caracteristici normale, iar ciclurile sunt regulate, rata succesului se ridică la 25% pe tentativă.

Metoda de inseminare intracervicală

La fel este o metodă de inseminare rar utilizată. Sperma preparată în prealabil se depune la nivelul exocolului uterin folosind o capă cervicală, atașată apoi pe col timp de 6-8 ore. Metoda descrisă ne oferă rezultate destul de modeste, circa 3-4% din tentative.

Metoda de inseminare intratubară

În această metodă sperma preparată se diluează în lichid și se injectează intratubar cu ajutorul unei canule cervicale sau prin alte metode. Inducerea și monitorizarea ciclurilor este identică cu cea intrauterină. Se folosește puțin grație tehnicii dificile ce implică riscuri multiple.

**Analizați cele două texte redată mai jos și descrieți problemele observate.
Comparați modul de abordare.**

Textul 1: „În procedeul inseminării artificiale sunt implicate mai multe persoane cu o responsabilitate bine determinată atât morală, cât și juridică. Printre ele pot fi nominalizate: pacientul (soțul-soția sau o femeie aparte), donatorul de spermă și în fine medicul. Apare înainte de toate întrebarea: care sunt funcțiile și locul lucrătorului sferei medicale de pe pozițiile bioeticii și a medicinei în pregătirea și realizarea procedurii inseminării artificiale?

Implicarea medicului în acest proces constă, în primul rând, în sfătuirea femeii și a soțului ei cu toate detaliile acestui mare eveniment în viața lor, în al doilea rând, în recrutarea și în selecția donatorului și în fine în înfăptuirea propriu-zisă a inseminării. Afară de aceste acțiuni, adică înainte de inseminarea artificială, medicul e dator să stabilească dacă nu există bariere medico-bioetice spre realizarea procedurii nominalizate și dacă există certitudinea că soțul este infertil sau poate transmite o boală genetică dintre cele circa 2 mii de maladii ereditare depistate de biomedicină până în prezent. E clar că dincolo de adopția unui copil inseminarea artificială devine cea mai populară metodă de a rezolva problemele cuplurilor infertile.

O altă problemă a medicului în preajma reproducerii umane artificiale o constituie obținerea consimțământului soțului (verbal sau scris) pentru realizarea acestui procedeu. În practica medicală de azi se întâlnesc atât acordul scris, cât și cel verbal. Totuși, dacă există un consimțământ pus pe hârtie este mult mai ușor de stabilit faptul că soțul a fost informat la momentul oportun, așa cum cer în majoritatea cazurilor legile morale și juridice. În contextul acordului informat medicul de asemenea e obligat să indice șansele cuplului (foarte mici sau nule când soțul este steril) de a avea un copil pe cale naturală și în aceeași măsură trebuie atenționat că el (cuplul) poate avea un copil cu o boală ereditară transmisibilă, dacă bărbatul (soțul) suferă de ea.

Medicul e obligat în procesul inseminării artificiale să prezinte cuplului toate variantele posibile ale acesteia, de asemenea ale adopției etc. Tot aici ar trebui să se spună câte ceva și despre donator, mai ales despre testările prin care acesta a trecut în prealabil. Dacă boala este determinată de o genă dominantă, riscurile de transmitere sunt de circa 50%. Primejdiile care derivă dintr-o sarcină obținută prin inseminare artificială sunt aceleași ca la orice sarcină. Dar aici pot apare și riscuri noi grație testelor prin care trec donatorii. Medicina contemporană nu poate întrutotul garanta sarcina și deci rata de succes variază considerabil. Despre acest fapt soții trebuie numaidecât informați la etapa inițială de inseminare.

O problemă importantă a medicului ține de selecția donatorilor de spermă, care în prezent în majoritatea cazurilor provin dintre studenții la medicină, medicii rezidenți sau soții pacientelor ce se prezintă în serviciile de obstetrică. Ca donatori sunt aleși, de regulă, acei ce și-au demonstrat nu doar fertilitatea, dar și abilitatea de a face copii. Selectând posibii donatori, doctorul se va asigura că ei sunt sănătoși și că sperma lor este de o calitate bună. Tot aici se va verifica istoricul medical al donatorului și al familiei acestuia, încercând în același timp să se aleagă donatorul cu caracteristice

fizice apropiate de cele ale soțului. Nu este stabilit actualmente în practica medicală cât de mult ar trebui să fie testați donatorii pentru a exclude pe cei cu boli genetice. Și aceasta se întâmplă din cauză că în prezent nu s-a identificat încă standardul cotidian în screeningul donatorilor de spermă.

Încă o problemă importantă legată de implicarea medicului în inseminarea artificială este cea a confidențialității. Bioetica clinică cere acestuia, drept regulă generală, să nu dezvăluie nimic din ceea ce a aflat despre pacienții săi, ca și despre identitatea donatorului, în cursul relației profesionale. Doar în condiții excepționale judecătorul îi poate cere să divulge astfel de informații” [5, p. 116-117].

Textul 2: „Inseminarea artificială (IA) este o procedură care implică injectarea unei mostre de spermatozoizi, special tratați, în aparatul reproductiv feminin. Se utilizează atunci când, din diferite motive, ce țin de parteneră/partener, este imposibilă depozitarea spermei în vagin pe cale naturală. Inseminarea se poate face in vivo sau in vitro cu donator de spermă (în cazul afectării cantitative sau calitative a spermatozoidelor partenerului) (IA heterologă) sau cu sperma soțului/partenerului (IA homologă).

Inseminarea de tip homolog nu prezintă, în general, dificultăți de ordin moral, în măsura în care este vorba de un ajutor terapeutic pentru ca actul conjugal să poată avea efect procreativ. Magisteriul Catolic, deja prin Pius al XII-lea și prin Paul al VI-lea, a stabilit în Instrucțiunea "Donum Vitae" un prag de netrecut: salvagardarea unității fizico - spirituale a actului conjugal. Astfel, intervenția ginecologului este permisă doar dacă ajută eficiența acestui act și caracterul lui complet procreativ, dar nu trebuie să i se substituie. Inseminarea de tip heterolog a ridicat diverse probleme de ordin moral, psihologic, teologic. Rațiunile privesc unitatea cuplului și indisolubilitatea căsătoriei. "Fecundarea artificială heterologă este contrară unității căsătoriei, demnității soților, vocației proprii a părinților și dreptului fiului de a fi conceput și adus pe lume în cadrul și prin viața de căsătorie. Unii au considerat-o o ofensă adusă valențelor comune soților, care sunt chemați la paternitate și maternitate. Se produce o ruptură între parentalitatea genetică, parentalitatea gestațională și responsabilitate. Asupra viitorului copil se pot răsfrânge consecințe de ordin psihologic: el va trebui să știe și să accepte această situație anormală, în care eventuala "identificare" cu tatăl ar fi dificil de realizat. De asemenea, trebuie ținut cont de posibilitatea instaurării unor conflicte intraconjugale, mai ales din partea celui considerat tată, dar care știe că este tată doar din punct de vedere juridic, nu și din punct de vedere biologic; din acest motiv el se află chiar într-o poziție particulară, într-o mare discrepanță față de poziția mamei; se poate spune că, cei doi soți nu sunt și în mod egal părinți ai fiului lor. În privința donării spermei și a existenței unei "bănci de sperme" se insinuează și tendința eugenică pentru achiziționarea de "spermă selecționată". În afara băncii rezervate premiilor Nobel, în California, în momentul prelevării se urmărește din ce în ce mai mult selecția biologică, chiar dacă pretenția de a obține spermă selecționată prin tehnologii genetice este mai mult teoretică decât practică. De aici derivă pe plan științific faptul că pentru procreare nu mai este suficientă verificarea sănătății clinice a donatorului: aceasta trebuie extinsă și la teste genetice. Altă complicație cu caracter etic și juridic este faptul că în IA he-

terologă, dorindu-se să se instituie așa-zisa "bancă de spermă", s-ar putea constata că o singură prelevare poate fi utilizată pentru diferite inseminări, determinând apariția unor fii consangvini din partea tatălui. Riscul este de a nu se mai putea recunoaște paternitatea viitoarelor generații, nu cea juridică, ci aceea genetică, și astfel ar putea apărea căsătorii între consangvini, cu consecințe ereditare ușor deductibile" [2, p. 84-85].

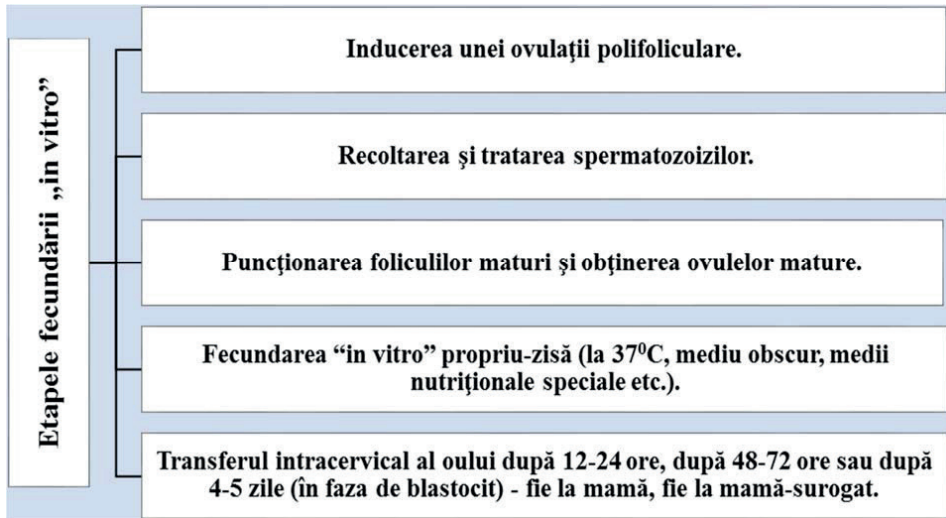
Consiliul European de la Strassbourg, studiind în anul 1979 proiectul de inseminare artificială, a recomandat o serie de condiții cu privire la subiectul analizat:

- (1) necesitatea consimțământului ambilor soți;
- (2) fecundarea se efectuează într-o unitate medicală specială doar de către medicul genetician și echipa sa;
- (3) medicul are obligația de a păstra un secret absolut asupra cuplului ce are un copil pe această cale;
- (4) copilul născut va fi considerat fiul (fica) legitim (mă) al soției și al soțului;
- (5) medicul trebuie să păstreze datele referitoare la donor pentru ca în anumite situații acestea să poată fi puse la dispoziția cuplului;
- (6) se interzice mixajul de spermă de la mai mulți donori, care s-a practicat uneori pentru atenuarea consecințelor morale, psihice și eventual legale;
- (7) se va limita numărul de gravidități de la același donor;
- (8) se va cerceta evoluția psihologică a copiilor care au fost concepuți prin inseminarea artificială și a familiilor lor;
- (9) se vor lua măsuri de precauție ca să nu se poată stabili legătura de filiație între donor și copil.

Tehnici de fecundare (fertilizare) "in vitro"

Ideea de fertilizare "in vitro" aparține lui Paracelsus (1540), dar abia în 1960 Petrucci reușește creșterea și dezvoltarea unui embrion până la vârsta de 29 de zile (după fecundarea in vitro a gameților). În 1978 se reușește prima fertilizare "in vitro" finalizată și se naște primul copil prin această metodă - o fetiță: Patricia Brown.

După stimularea hormonală a ovarelor, ovocitele sunt extrase și puse într-un recipient în contact cu spermatozoizii soțului/partenerului. Spermatozoizii vor fecunda ovocitele și astfel se vor obține embrioni, care vor fi introduși în uterul viitoarei mame, unde vor continua să se dezvolte în condiții adecvate, rezultând sarcina. Metoda este aplicabilă și femeilor care, fie că au trompele uterine înfundate, fie că nu mai sunt funcționale, și nu mai este posibilă înlăturarea chirurgicală a acestei cauze de sterilitate. În prezent, doar jumătate din cazurile de fertilizare in vitro (FIV) se adresează cauzelor de sterilitate datorate unor boli ale trompelor uterine. Dacă în cazul inseminării artificiale momentul fecundării rămâne în naturalitatea sa, în fertilizarea in vitro (FIV) fecundarea este controlată și condusă la termen pe cale artificială.



Probleme etice/bioetice în contextul fecundării „in vitro”:

- ✓ Metodă contestată de unele mișcări feministe (dezumanizează femeile);
- ✓ Riscuri medicale, risc de abuzuri, dezinformări (mergând până la a echivala metoda FIV cu experimentul pe om);
- ✓ Problema supraovulației ca efect secundar:
 - Ce se întâmplă cu ovulele fertilizate și neutilizate?
 - Se aruncă la coș, se folosesc în alte experimente, se folosesc în scopuri caritabile, pe ce criterii vor fi aleși care vor fi implantați?
 - Pot rezulta chiar 8 copii după o astfel de procedură (problema sarcinilor supra-numerare – cu riscuri ptr. mamă, dar și ptr. fiecare din acești copii).
- ✓ Rata eficienței este destul de mică.

Citiți cu atenție textul și determinați o poziție bioetică față de problemele etice/bioetice enumerate.

„...În evaluarea morală trebuie amintite două condiții etice fundamentale ale procreării umane: prima este să fie salvată viața embrionului, a doua, ca procreația să fie rezultatul unirii și raportului personal al soților legitimi. În privința protejării vieții embrionului uman, în cazul FIV, există câteva probleme: în general se realizează fecundarea cât mai multor embrioni, pentru că procentajul de nidare și de continuare a gravidității este foarte scăzut (1, 2 la 10), și de aceea, pentru a garanta reușita, sunt prevăzuți mai mulți embrioni, pentru a putea repeta tentativa în caz de insucces. Așa-zisul "surplus" ridică probleme etice și juridice: poate fi eliminat, utilizat pentru experimente, pentru producerea de cosmetice, pentru transferul la altă femeie. În unele laboratoare sunt congelați. Eliminarea programată sau suprimarea embrionilor reprezintă o distrugere a unei ființe umane, la fel ca și întreruperea voluntară a sarcinii. Unii folosesc pentru justificarea morala a acestei distrugerii de embrioni supranumerari faptul că, și în cazul fecundării naturale apar multe mini-avorturi, imediat după fecun-

clare și înainte sau imediat după implantare, datorita anomaliilor sau incompatibilității.

Se spune că dacă natura însăși operează o selecție între diferiți embrioni, dacă face să se implanteze și să crească doar cei care au vitalitate mai mare, este acceptabil ca și în laborator să fie operate mai multe tentative în căutarea celui mai bun rezultat. Medicul nu ar face decât să "imite" ceea ce se întâmplă în natură. Pe de altă parte, chiar dacă este invocată natura pentru a justifica pierderile de embrioni, trebuie să se facă o clară distincție între moartea naturală și moartea provocată omului.

Alt argument adus pentru fertilizarea in vitro este următorul: respectiva pierdere de embrioni este un fapt temporar; când tehnicile vor fi îmbunătățite se va reduce acest risc la indicele normal existent în cazul oricărui act terapeutic. Acesta un raționament de tip "eficientist", întrucât este utilizată o tehnică provocatoare de moarte, ca experiment tranzitoriu pentru a obține o tehnică mai bună. Dar cine ar accepta acest criteriu în experimentarea farmacologică, de exemplu? Cu siguranță nu s-ar putea admite că pentru a modifica un dozaj de medicamente, să se facă experiențe pe om dacă acestea ar comporta un risc mortal de 80% (cifra procentuala aproximativă a pierderii de embrioni prin FIV). În orice caz, ar trebui cel puțin să se admită că în momentul de față, FIV comportă o pierdere nejustificată de embrioni umani, cărora trebuie să li se recunoască structura și valoarea de ființe umane.

Dar există și o altă rațiune cu caracter etic care trebuie considerată: fecundarea in vitro chiar atunci când este homologă, disociază dimensiunea unitiv - afectivă a actului conjugal, de dimensiunea procreativa și fizică. Despărțirea momentului unitiv de cel procreativ echivalează cu ruperea unității de iubire și de viață a actului conjugal.

Succesul lui Louise Brown, primul caz de fertilizare in vitro (1974), a produs în mod nerealist speranțe pentru toți cei infertili, pentru că în realitate rata de reușită rămâne foarte mică. În plus criticii fertilizării in vitro consideră că orice reglementare legislativă care încurajează fertilizarea artificială va afecta orfanii, care nu vor mai fi astfel adoptați, și care se vor regăsi instituționalizați în număr din ce în ce mai mare. O balanță risc - beneficiu adaptată fiecărui caz și un consimțământ informat adecvat rămân condiții sine qua non pentru derularea acestor tehnici.

La peste treizeci de ani distanță de Louise Brown, în România, primul caz de fertilizare in vitro a fost cel care a stârnit polemici uriașe nu din cauza unei mentalități greu penetrante în cultura est europeană, ci prin însăși contextul clinic: mama dornică de fertilizare era trecută de mult de vârsta maternității: 67 ani. Cazul Adrianei Iliescu a făcut ocolul lumii, reiterând faptul că „fabrica de sănătate” trebuie să funcționeze cu valorile societății, în care individul este un membru activ, cu drepturi și responsabilități deopotrivă” [2, p. 86-87].

Maternitatea de substituție

Maternitatea de substituție reprezintă acceptul unei femei de a purta o sarcină (implantarea unui embrion) la cererea unui cuplu steril (gratuit sau contra cost) și în angajamentul acelei femei de a ceda necondiționat, imediat după naștere, nou-născutul acelui cuplu cu care a semnat contractul.

Mama surrogat sau mama foster, cum mai este numită în literatura de specialitate, ridică o serie de probleme etice/bioetice, juridice și sociale:

Filiația copilului, poate fi o sursă potențială de conflict între părțile contractante.

Al cui este copilul (maternitate sau graviditate)?

Violare a drepturilor și demnității copilului.

Este un fel de adopție prenatală?

Potențialitate de exploatare a femeii. Încălcarea principiului necomercializării corpului uman.

Este el un contract civil? A naște e un drept natural, iar, dacă mama purtătoare se răzgândește, care drept prevalează - cel natural sau contractual?

Este un contract de vânzare a copilului sau de prestări de serviciu?

Este el o comercializare a corpului?

Alte întrebări care se cere a căuta un răspuns etic în contextul problemelor enumerate:

- ✓ Ce se întâmplă dacă mama surogat sau cuplul beneficiar se răzgândesc?
- ✓ Ce se întâmplă în caz de pierdere a sarcinii sau de sarcină multiplă?
- ✓ Ce se întâmplă dacă copilul prezintă anomalii severe?
- ✓ Care sunt drepturile copilului?

Apel la manualul de bază: Teodor N. Țirdea. Bioetică: curs de bază.

„...În opinia specialiștilor de materie (maternitatea de substituție) constituie una din tehnologiile reproductive artificiale similare fecundării in vitro, întrucât această metodă se folosește în „tratamentul” sterilității cuplului. Chiar dacă maternitatea de substituție se va desfășura în diverse forme, totuși particularitatea ei generală (și specifică) o reprezintă contractul încheiat între mama purtătoare și cuplul steril (părinții urșiți, adică recunoscuți în mod public), conform căruia ea (mama surogat) poartă sarcina, naște copilul, iar mai apoi nou-născutul îl va ceda părinților urșiți.

Actualmente practica în domeniul biomedical evidențiază câteva tipuri de contract. În funcție de rudenția genetică dintre mama surogat și copil se înfățișează contracte totale și parțiale. În primul caz rudenția dintre aceste două ființe complet nu există, în cel de al doilea se preconizează utilizarea ovulului femeii foster și a spermei tatălui urșit. Sunt cunoscute de asemenea cazuri când perechile de homosexuali sau de lesbiene încheie contracte cu femeia de a le naște un copil.

Acordul privind maternitatea de substituție poate fi comercial și necomercial (altruist). Dacă maternitatea de substituție comercială prevede profit (cîștig) material, apoi cea altruistă nu preconizează remunerări, plăți, afară de acele cheltuieli ce țin de asigurarea sarcinii, gestației. Numeroase controverse (juridice, morale, sociale, psihologice) provocate de maternitatea de substituție țin de faptul incertitudinii caracterului

contractului încheiat între mama purtătoare și cuplul steril, mai ales că cel din urmă este cu titlul oneros. Aici permanent sunt frecvente întrebările vizavi de tipul de contract: Este el un contract civil? Este un contract de vânzare a copilului sau de prestări de serviciu? În fine, este el o comercializare a corpului?

Dacă contractul se face contra cost, e clar că avem situația când el încalcă principiul necomercializării corpului uman. Din această cauză maternitatea de substituție este contestată, este interzisă de comunitatea mondială. Nici un lucrător al sferei medicale n-are dreptul să folosească metode artificiale de fecundare cu scopul de a implanta embrionul în uterul mamei foster. Statul poate permite, în cazuri excepționale, unei organizații medicale de a efectua fertilizarea artificială a mamei surogat, îndeplinind două condiții: 1) mama foster (purtătoare) nu va primi nici un avantaj material de la această operațiune; 2) mama purtătoare are dreptul după naștere să-și leze copilul ei.

Deci putem concluziona că problemele bioetice ridicate și provocate de maternitatea de substituție țin, mai întâi, de filiația copilului. Aici asistăm la o disociere clară între graviditate și maternitate, de asemenea la o adopție antinaștere. Dacă ovulul și spermatozoizii provin de la membrii cuplului steril, atunci echivalarea din punct de vedere social și legal cu adopția sau chiar cu filiația biologică poate fi acceptată. În alte cazuri situația nou-născutului se complică, deoarece ovulul poate proveni de la altă femeie, sau chiar de la mama foster. Dacă maternitatea este dovedită de actul nașterii, fătul este recunoscut fiul mamei purtătoare, iar pentru a-l „livra” părinților sterili, care l-au comandat, e necesar consimțământul acesteia. În al doilea rând, multiplele probleme bioetice ale maternității de substituție țin de caracterul și de modul de contract, despre ce deja s-a vorbit. Dar, totuși, la urma urmei ultimul cuvânt, adică decizia hotărâtoare rămîne din partea mamei surogat” [5, p. 123-125].

Analizați și comentați articolul

„Părinții infertili decid din ce în ce mai des să apeleze la mame-surogat pentru a avea copii. În Statele Unite ale Americii și în India [din anul 2015 în India maternitatea surogat este interzisă] există clinici de specialitate care facilitează procesul de găsimă a unei mame-surogat pentru cuplurile infertile din străinătate. Cele mai multe state membre ale Consiliului Europei interzic folosirea serviciilor oferite de mamele-surogat, ceea ce forțează multe cupluri europene să caute astfel de servicii în alte țări.

Franța refuză înregistrarea copiilor născuți de mame-surogat

Cuplurile franceze Mennesson și Labassee au beneficiat de serviciile oferite de către mame-surogat în SUA. După ce s-au întors acasă, acestea au încercat să își înregistreze copii; autoritățile franceze însă au spus că suspectează că respectivii copii au fost născuți de mame-surogat, acesta fiind motivul pentru care refuză înregistrarea la starea civilă. Ambele cupluri au apelat apoi la instanțele de judecată din Franța, care le-au respins cererile, deoarece, în această țară, utilizarea serviciilor oferite de către mame-surogat este interzisă.

Conform instanțelor de judecată, înregistrarea copiilor ar deschide o porțiță care ar permite eludarea legii, ceea ce ar încuraja alte cupluri să meargă în străinătate pentru a apela la serviciile oferite de către mame-surogat. Instanțele au menționat și că decizia lor nu constituie o încălcare a drepturilor părinților la viața privată și de familie,

deoarece actul în sine de înregistrare a copiilor nu are implicații directe asupra relației dintre părinți și copiii lor.

Plângeri separate

În aceste condiții, părinții au apelat la Curtea Europeană a Drepturilor Omului. Atât în *Menesson v. Franța* (plângerea nr. 65192/11), cât și în *Labassee v. Franța* (plângerea nr. 65941/11) au fost depuse plângeri separate, în numele părinților și în numele copiilor. Curtea a judecat plângerile separat, ajungând la concluzii diferite în ceea ce privește drepturile părinților și drepturile copiilor.

În ceea ce privește drepturile părinților, Curtea a stabilit că ingerința autorităților franceze în legătură cu viața privată și deciziile personale ale părinților a fost întemeiată din punct de vedere legal și justificată, deoarece Franța nu încerca decât să descurajeze alte cupluri franceze de la a pleca în străinătate în căutare de servicii oferite de către mamele-surogat. Judecătorii de la Strasbourg au considerat că părinții nu au putut demonstra că refuzul de a înregistra copiii ar interveni în vreun fel în funcționarea normală a familiei lor, deoarece ei puteau în continuare, chiar și în aceste condiții, să se stabilească în Franța. Prin urmare, s-a ajuns la concluzia că instanțele locale au decis în mod corect atunci când au pus în balanță interesele familiilor și interesele statului.

Identitatea copiilor și dreptul lor la viață privată

În ceea ce privește drepturile copiilor Curtea a ajuns la o concluzie diferită. Judecătorii au subliniat faptul că, pentru că nu li s-a permis înregistrarea, copii au rămas într-o stare de incertitudine juridică. Deși aceștia fuseseră înregistrați în SUA drept copii ai unor donatori de celule, refuzul autorităților franceze de a-i înregistra le-a pus în pericol statutul și protecția juridică de care s-ar putea bucura pe teritoriul țării unde se afla noua lor casă.

Refuzul de a-i înregistra le-a pus în pericol, de asemenea, identitatea, atât din punct de vedere legal cât și personal, putând avea un impact asupra abilității lor de a se identifica drept membri ai societății franceze. Deși tații lor erau cetățeni francezi, neexistând nici o îndoială în ceea ce privește paternitatea, copiii nu puteau fi siguri că vor obține cetățenia franceză. Pe lângă aceasta, fără a fi înregistrați legal, copiii nu puteau fi moștenitori ai părinților lor.

Curtea a discutat și despre importanța rudelor biologice în formarea identității. Având în vedere potențialul impact negativ asupra copiilor, atât din punct de vedere legal, cât și personal, Curtea a decis că autoritățile franceze au atacat în mod nejustificat dreptul copiilor la viață privată, încălcând astfel articolul 8 din Convenția pentru apărarea Drepturilor Omului. Curtea a acordat ambilor copii câte 5.000 de euro cu titlu de daune.

Alte două cazuri în care se discută despre utilizarea serviciilor oferite de către mamă-surogat sunt încă pe rol la CEDO. În *Paradiso & Campanella v. Italia*, autoritățile italiene au luat de la părinți un copil născut de o mamă-surogat din Rusia, iar în *D.&R. v. Belgia* li s-a refuzat accesul în Belgia unor copii născuți de o mamă-surogat din Ucraina. Având în vedere legislația din Polonia, este ușor să ne imaginăm că așa ceva s-ar întâmpla și aici. Potrivit Codului Familiei polonez, este considerată mamă a unui copil acea persoană care poartă sarcina, indiferent dacă este vorba despre o mamă-surogat. Singura opțiune pe care o au părinții infertili este adopția, aceasta constituind un proces deosebit de complicat, mai ales atunci când copilul locuiește în străinătate” [1].

Sarcină individuală:

- I. Identificați problemele morale, juridice și sociale redată în articol.**
II. Găsiți suplimentar în ce țări nu este permis oficial maternitatea de substituție.
III. Găsiți suplimentar în ce țări este permis oficial maternitatea de substituție și care sunt condițiile morale, medicale și juridice.

Sarcini pentru lucrul individual al studentului

- ✓ Embrionul uman în lumina geneticii și a eticii vieții
- ✓ Vulnerabilitatea embrionului și responsabilitatea umană
- ✓ Avortul în viziunea medicinei și a bioeticii
- ✓ Avortul terapeutic și cel criminal
- ✓ Avortul în viziune teologică și științifico-medicală
- ✓ Avortul și drepturile omului
- ✓ Reproducerea umană asistată medicală în cadrul normativ autohton
- ✓ Maternitatea de substituție în cadrul normativ internațional

Studiu de caz**Cazul Adriana Iliescu: fertilizare in vitro la o femeie de 67 ani [2, p. 88].**

Adriana Iliescu, profesor universitar de literatură, a urmat timp de nouă ani un tratament hormonal pentru a înlătura efectele menopauzei și a avea din nou ciclu menstrual. Pentru a rămâne însărcinată, s-a făcut o pregătire cu terapie de substituție hormonal, care să o ajute să păstreze sarcina, dar fără succes. În final, s-a hotărât să apeleze la fertilizare in vitro pentru a avea un copil. Până la vârsta de 67 ani a mai avut trei tentative de obținere a unei sarcini într-o clinică din Timișoara. La una dintre ele, sarcina s-a oprit în evoluție la vârsta de 4 luni, iar o alta nu a fost depistată decât biochimic, nefiind detectată la ecograf. La București însă s-a mai tentat o nouă inseminare, implantându-i-se în uter trei embrioni concepuți în eprubetă, din ovocitele și spermatozoizii unor donatori tineri (aparent sănătoși). Primul embrion a fost avortat spontan în săptămâna a-9-a de sarcină. Ceilalți doi au evoluat normal până la aproximativ 7 luni, dar una dintre fete (cu o greutate de aproximativ 700g) s-a oprit în evoluție. S-a sperat ca sarcina să se dezvolte măcar până în săptămâna a-34-a pentru a naște, astfel încât fătul viu să ajungă la maturitate pulmonară. În cele din urmă s-a decis să se facă cezariana în săptămâna 33.

Cazul femeii reprezintă o premieră în România, dar și în lume, fiind extrem de rare situațiile în care femei a căror vârstă depășește 55-60 de ani, reușesc să aducă pe lume copii.

Referințe bibliografice

1. CEDO susține drepturile copiilor născuți de mame surogat. În: www.liberties.eu/ro/stories/cedo-mame-surogat-franta/1558, publicat 12 August 2014. (accesat: 12.12.2020).
2. Gavrilovici C. Introducere în bioetică. Iași: Junimea, 2007. 239 p.
3. Paladi A., Rubanovici L. Avortul tardiv în Republica Moldova: analiză etică utilitaristă. În: Actualități în promovarea în promovarea principiilor bioetice în Republica Moldova. Materiale ale Seminarului Științific Național, 14 decembrie 2017. Chișinău: CEP: Medicina 2018, p.22-23.
4. Sgreccia E., Tambone V. Manual de bioetică. București: Everest, 2001. 305 p.
5. Țirdea T. Bioetică: curs de bază. Chișinău: Medicina, 2017. 332 p.

Tema 5.

PROBLEME BIOETICE ÎN CONTEXTUL CERCETĂRILOR GENETICE

Scopul temei: Însușirea și identificarea problemelor bioetice în contextul cercetărilor genetice.

Durata și tipul de activitate: Conținutul temei este studiat în 5 ore academice, unde 2 ore sunt rezervate cursului teoretic și 3 ore de seminar.

Obiective trasate în lucrare:

- ✓ să identifice subiectele bioetice în abordările contemporane ale genomului uman;
- ✓ să cunoască impactul etic, social și juridic al Proiectului Genomului Uman;
- ✓ să caracterizeze impactul bioetic al diagnosticului genetic.
- ✓ să constituie condițiile bioetice ale sfatului și consultului genetic;
- ✓ să definească conținutul polemicilor bioetice pe marginea clonării și a ingineriei genetice.

Metode și materiale pentru realizarea lucrării

Materialul teoretic al temei este predat în manieră clasică, prin prelegere și seminar. Seminarul presupune aplicarea a unui șir de metode precum: conversația euristică, problematizarea, brainstorming, lucrul în grup, studiul individual, dezbateră, rezolvarea situațiilor de problemă, joc de rol, studiul de caz.

MATERIALUL TEORETIC**1. Proiectul Genomului Uman și impactul său etic, social și juridic**

În toamna anului 1990, *Departamentul pentru Energie și Institutul Național de Sănătate* al SUA lansează *Proiectul Genomului Uman*, planificat pe o durată de 15 ani și cu un buget de 3 miliarde dolari. Proiectul Genomului Uman a fost un program de cercetare internațională, unde au participat peste 2800 de savanți din mai multe țări. Scopul principal al proiectului a fost cartografierea și înțelegerea completă a tuturor genelor ființelor umane. Primele rezultate au fost comunicate în anul 2001 (3,2 gigabaze - 32.000 gene din care 26.000 au fost identificate până în anul 2001). O constatare uimitoare a acestui prim proiect a fost că numărul de gene umane părea a fi semnificativ mai mic decât estimările anterioare, care a variat de la 50.000 de gene la 140.000. Secvența completă a fost finalizată și publicată în aprilie 2003.

Cercetătorii Proiectului Genomului Uman intenționau prin descifrarea genomului uman să atingă trei obiective majore:

Determinarea ordinii sau „secvenței” tuturor bazelor din ADN-ul genomului nostru.

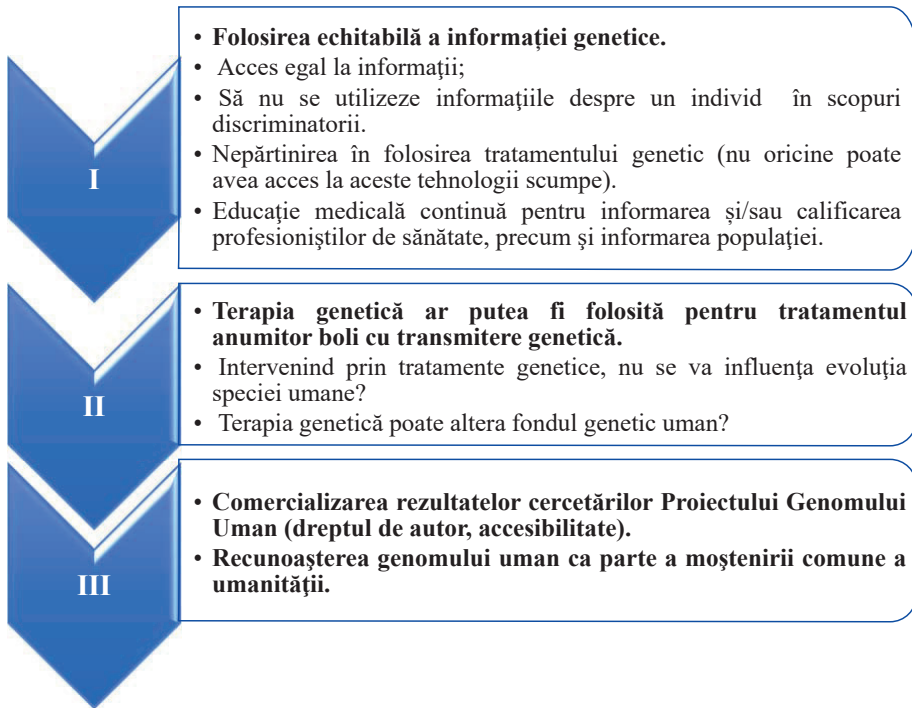
Realizarea de hărți care arată locațiile genelor pentru secțiunile majore ale tuturor cromozomilor noștri.

Producerea unor hărți de linkage, prin care trăsăturile moștenite (precum cele pentru bolile genetice) pot fi urmărite de-a lungul generațiilor. O harta de linkage nu arată distanțele fizice dintre gene, ci mai degrabă pozițiile relative, ce sunt determinate de cât de des sunt moștenite împreună.

Aceste trei obiective majore presupuneau: identificarea celor aproximativ 20.000-25.000 de gene din ADN-ul uman; determinarea secvenței celor 3 miliarde de perechi de baze azotate ce alcătuiesc ADN-ul uman; stocarea acestor informații într-o bază de date; îmbunătățirea metodelor de analiză a datelor; încercarea de rezolvare a problemelor etice, legale și sociale care pot apărea în urma studiilor.

În contextul activității medicale, Proiectul Genomului Uman oferă speranțe legate de: diagnosticul exact al bolilor și detecția precoce a predispoziției genetice pentru o boală, adică, oferă posibilitatea detectării unor boli la orice vârstă a pacientului (de la stadiul de embrion la adult). În domeniul prevenției, posibilitatea de a decela existența sau nu a predispoziției genetice pentru o anumită boală oferă posibilitatea aplicării unui tratament preventiv. Însă, pe lângă aceste beneficii incontestabile, proiectul ridică anumite întrebări de ordin etic, social și, nu în ultimul rând, juridic, de exemplu: *Cine are controlul și deține informația genetică asupra unei persoane? Cine are acces la ea?*

Impactul etic, social și juridic al Proiectului Genomului Uman



2. Clonarea, ingineria genetică și eugenia în contextul debaterilor bioetice

Clonarea

Clonarea reprezintă totalitatea procedurilor care permit obținerea unui număr de “coppii genetice” ale unor organisme cu însușiri cunoscute, fără raport sexual. Aceasta, în opinia altor autori, poate să devină o formă de tranziție de la modul de reproducere umană naturală spre cea artificială. Ea constituie o tehnică specifică de creare a geno-copiilor individuale și a celor de masă (a organismelor animaliere și a celor umane). Totodată, poate include gene, celule, țesuturi sau organisme întregi.

Tipuri de clonare

Când vorbim de clonare, ne gândim, de obicei, la clonarea organismelor, însă există de fapt trei tipuri diferite de clonare.

Clonarea moleculară: Clonarea moleculară se concentrează pe realizarea de copii identice ale moleculelor de ADN din cromozomi. Acest tip de clonare se mai numește clonarea genelor.

Clonarea Organismului: Clonarea Organismului presupune realizarea unei copii identice a unui întreg organism. Acest tip de clonare se mai numește și clonare reproductivă.

Clonarea terapeutică: Clonarea terapeutică implică clonarea embrionilor umani pentru producerea de celule stem. Aceste celule ar putea fi utilizate pentru tratarea bolilor. Embrionii sunt în cele din urmă distruși în acest proces.

Tehnici de bază

Secționarea (clonarea) embrionară – o celulă se împarte în două părți și se creează artificial doi gemeni.

Transferul nuclear – clonarea de celule adulte cu nuclei ai altor celule.

Unele realizări istorice:

1928	• primul transfer nuclear
1963	• Haldane introduce termenul “clonă”
1984	• clonarea unei oi din celule embrionare
1996	• 5 iulie - se naște oaia Dolly (Institutul Roslin, Scoția)
1997	• 4 martie - Bill Clinton (SUA), interzice utilizarea de fonduri federale pentru studii în domeniul clonării
2000	• octombrie - se interzic tentative de clonare a speciilor pe cale de dispariție
2002	<ul style="list-style-type: none"> • clonarea unei pisici – numită CC (Carbon Copy = copie la indigo); • noiembrie – dr. Severino Antinori (Italia) anunță că se așteaptă prima naștere a unui copil clonat; • 27 decembrie – Clonaid (o companie asociată cu secta raeliților) anunță nașterea primei fete prin clonare, Eva, prin operație cezariană, cu Gn = 3100g; • (Întrucât firma Clonaid nu a pus la dispoziție datele științifice, nu au fost certificate evenimentele anunțate).
2003	<ul style="list-style-type: none"> • 3 ianuarie - cercetători din Olanda anunță nașterea unui copil clonă într-un cuplu de lesbiene; • cercetători din Japonia anunță nașterea unui băiat clonat; • 14 februarie - oaia Dolly a trebuit să fie eutanasiată, datorită unui cancer pulmonar de origine virală; • 14 august - cercetători chinezi au utilizat pentru prima dată tehnica clonării pentru a obține embrioni hibrizi (amestec de AND de la iepure și om), numiți HIMERE, relansând dezbaterile etice.

Alte evenimente istorice cu referire la clonare:

- ✓ În 2004, omul de știință Hwang Woo-Suk a clamat că a clonat primul embrion uman, dar cercetătorii au descoperit curând că și-a falsificat descoperirile.
- ✓ În 2008, Departamentul de Agricultură American a aprobat carnea și laptele obținute din materialul genetic al unor vite, porci sau capre, permițându-le fermierilor să cloneze un specimen reușit în loc să creeze unul nou prin reproducerea convențională. Între timp, compania biotech Sooam a lui Hwang a produs mai bine de 400 de animale de companie clonate în 12 ani.
- ✓ Parlamentul European a votat, în 2015, interzicerea clonării animalelor de fermă a bovinelor, porcinelor, ovinelor, caprinelor și ecvideelor, crescute și reproduse în scopuri agricole, din cauza suferinței extreme.
- ✓ Oamenii de știință americani au clonat cu succes un dihor cu lăbuțe negre, pe cale de dispariție, folosind ADN de la un animal identic care a murit în urmă cu 33 de ani. Dihorul a fost numit Elizabeth Ann și a fost clonat pe 10 decembrie 2020. Savanții consideră că acest demers va contribui la creșterea rezervei genetice a populației de dihori cu lăbuțe negre.

Poziții etice, juridice, religioase și sociale cu privire la tehnica clonării

Opinii pro	Opinii contra
<ul style="list-style-type: none"> ✓ O cale nouă de a furniza unui cuplu steril un copil biologic pe cale oarecum naturală. ✓ Deschide porți pentru eugenie (tehnică de ameliorare a unor specii din regnul vegetal sau animal pentru îmbunătățirea materialului genetic și creșterea productivității). <p>Problema etică:</p> <ul style="list-style-type: none"> • în ce măsură consumul acestor produse rezultate afectează omul; • mari îngrijorări în legătură cu extrapolarea metodei la om. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Clonarea unor specii pe cale de dispariție. (A fost clonată o specie de antilope). <p>Scenariu ipotetic: cazul unui copil bolnav în stadiu terminal ce necesită transplant de măduvă.</p> <p>Problema etică:</p> <ul style="list-style-type: none"> • poate fi clonat acest copil pentru a putea avea la dispoziție măduvă compatibilă în scop de transplant? <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se preconizează constituirea unor bănci de organe obținute prin clonare și folosirea acestora la transplanturi (inclusiv xenotransplanturi = transplant de organe modificate genetic de la animale la om) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instituțiile religioase: “Cercetătorii se joacă de-a Dumnezeu!”. ✓ Costul ridicat. Cine va avea acces? – doar cei bogați? ✓ Temeri legate de abuzuri de clonare (de exemplu: crearea soldatului perfect). ✓ Afectarea diversității genetice (va rezulta o populație relativ uniformă. Extrapolând, în caz de afectare a unui individ cu un anumit tip de virus, această uniformitate poate determina îmbolnăvirea întregii populații). ✓ Posibilitatea ca prin această metodă să se ajungă la anumite malformații genetice la urmașii clonelor. S-a demonstrat că aceste clone sunt predispușe la îmbolnăviri și îmbătrânirea prematură (nucleul se prelevează de la o celulă adultă, o celulă având un număr limitat de diviziuni celulare). ✓ Posibilitatea creării unor supraoameni și a unor infraoameni (utilizați țintit: supraoamenii constituie elita = clasa alfa, clasa de mijloc = clasa beta, iar infraoamenii, cei care trebuie să muncească, constituie clasa inferioară = clasa gama)

Problemă etică:

- ce statut vor avea clonele din băncile de organe? Exemplu: ar exista situația ca donatorul să fie în același timp frate geamăn și părinte.

- ✓ Ar putea înlătura comportamentul sexual normal al oamenilor (situații extreme - de exemplu: n-ar mai fi nevoie de bărbați).
- ✓ Se creează porțița discriminărilor sociale. (Poate apărea o categorie nouă de sclavi).

Ingenieria genetică și eugenia

Ingenieria genetică se referă la modificările controlate de om asupra genomului uman. Mai mult, aceasta poate fi definită ca un ansamblu de metode și tehnici care permit fie introducerea în patrimoniul genetic al unei celule a uneia sau mai multor gene noi „de interes”, fie modificarea expresiei unei/unor gene prezente, deja, în celulă.

**Analizați textul și structurați o serie de judecăți morale
cu privire la subiectul „eugenia”.**

„*Eugenia* a fost la început un cuvânt, ce exprima o idee. Termenul de eugenie (*eugenics* în limba engleză) a fost introdus în 1883 de către Francis Galton și derivă de la adjectivul grec *eu-genos*, ce semnifică „bine-născut”; ideea exprima „orice influență susceptibilă de a ameliora calitățile înnăscute ale unei populații și a le dezvolta cât mai bine”. Galton se baza pe faptul (eronat în fond) că însușirile specifice omului, în special calitățile sale mentale, sunt ereditare, deși el accepta posibilitatea influențării lor prin educație. Din această perspectivă ameliorarea populațiilor umane s-ar putea face – în viziunea adepților lui Galton – fie prin creșterea fecundității și încrucișarea celor „mai buni” (eugenie pozitivă), fie prin evitarea degradării patrimoniului genetic al unei populații, reducând fecunditatea sau împiedicând reproducerea celor „inapți” (eugenie negativă). Este iluzoriu să crezi că una sau alta dintre versiuni este „mai” benignă, ambele fiind condamnabile.

Din punct de vedere cronologic, primele mișcări de eugenie au debutat în secolul XIX, atingând apogeul în 1920 în Statele Unite ale Americii, odată cu restricționarea doctrinei sanctității vieții doar pentru cei a căror viață era percepută drept utilă social, solidă medical, creând astfel o nouă definiție pentru „viața care merită trăită”. Excluderea eugenică a fost întotdeauna avansată pe baza argumentelor economice, a valorilor societății care nu își permite să suporte „imbecilii”, condamându-i chiar și pe cei cu susceptibilitate genetică pentru un comportament violent.

La începutul secolului XX, eugenia devine o ideologie, într-un context științific dominat de teoriile eredității și evoluției, și într-un context social dominat de inegalități și conflicte. După Primul Război Mondial, eugenia devine o politică, fiind consfințită în mai multe țări – SUA, Țările Scandinave și Germania – prin legi eugenice bazate pe sterilizarea celor „inapți”. A urmat apoi holocaustul. Ororile naziste au „întrerupt” evoluția eugeniei clasice, iar criticile serioase și vehemente – bazate pe principii morale, politice, sociale și științifice – i-au dat „lovitura de grație”:

- (1). Moral – indivizii handicapați fiind creaturi ale lui Dumnezeu merită respectul datorat oricărei ființe umane;
- (2). Politic – ideea că oamenii nu sunt egali la naștere este antidemocratică;
- (3). Social – este iresponsabil să te interesezi de viitorul „rasei” în loc să ameliorezi starea prezentă a societății;
- (4). Științific – nu există rase; inteligența și retardul mental sunt multifactoriale; programele de eradicare ale tarelor genetice nu sunt realiste științific.

Termenul de *eugenie* a căpătat o conotație peiorativă și orice idee sau practică calificată drept „eugenică” pare a fi de la început condamnată. Și totuși sunt suficiente personalități care cred că eugenia a căpătat forme noi în special datorită...geneticii medicale. O serie de practici biomedicale, susținute de genetică, au reactualizat temerile unei noi eugenii: fecundarea in vitro, diagnosticul preimplantator (și sortarea embrionilor), diagnosticul prenatal și avortul selectiv, prevenirea căsătoriilor între heterozigoți și, de ce nu, selecția gameților și terapia germinală, ambele posibile dar (pentru moment) interzise. Mai mult, ele au fost deja etichetate cu calificativele: eugenie individuală, eugenie domestică (home eugenics) sau „noua” eugenie – deoarece, potrivit celor care acordă aceste „calificative”, geneticienii își arogă dreptul de a decide ce este uman și acționează în consecință, selectând embrionii.

Toți cei care știu ce este și ce face genetica medicală se pot întreba, firesc, cum este posibilă o astfel de interpretare? Preocupându-se mai mult de sănătatea individului și familiei sale și mai puțin de populații, genetica medicală critică deschis eugenia clasică, refuzând orice metode coercitive și bazându-și sfatul genetic nondirectiv pe principiul neutralității consilierului. În sfatul genetic nu este important viitorul populației, ci prosperitatea individului/familiei, iar regula fundamentală este respectul autonomiei de decizie a persoanei/cuplului. În testările genetice și screening-ul genetic populațional principiul de bază este non-ingerința societății în deciziile reproductive ale cuplului. Diagnosticul prenatal (urmat de avortul selectiv) ar putea fi catalogat ca o practică eugenică din punct de vedere al efectelor disgenice dar acestea sunt consecința neintenționată a alegerii individuale (femeile nu aleg avortul pentru ameliorarea patrimoniului genetic al speciei). Toate practicile geneticii medicale se bazează pe voluntariat și sunt justificate de grija de a preveni suferința umană; este drept că unele au efecte disgenetice (scăderea homozigoților, a heterozigoților dominanți și purtătorilor de aneuploidii, asociate cu creșterea heterozigoților recesivi) dar ele sunt mici și temporare.

În realitate este imposibil de trasat o linie de demarcație clară între ceea ce este eugenic și ceea ce nu este. Filozoful american Philip Kitcher (1996) propune evaluarea oricărei acțiuni practice ca fiind sau nu eugenică pe baza a patru criterii:

- (1). acțiunea este sau nu discriminatorie;
- (2). gradul de libertate/coerciție în luarea deciziilor reproductive;
- (3). criteriile care ghidează opțiunile, alegerile;
- (4). calitatea informației genetice utilizată pentru luarea deciziilor.

Există cert riscurile unui derapaj eugenic. Starea actuală a cunoștințelor și tehnicilor au spulberat inocența noastră genetică și nu ne mai permite să acționăm ca și cum nu am ști că există aceste riscuri.

Referindu-ne la gradul de libertate sau coerciție, vom preciza că nu este suficient să privim libertatea numai din punct de vedere legal; într-o societate liberală constrângerile economice pot avea o formă puternic coercitivă. Dacă costurile îngrijirii și educării copiilor cu handicap sunt crescute și cad numai în sarcina părinților, opțiunile lor reproductive vor fi determinate de această constrângere.

Toți cei implicați în activități sau tehnici genetice ce ar putea deveni eugenice au responsabilitatea de a evita riscurile derapajului. Trebuie să veghem ca erorile și ororile trecutului să nu se repete niciodată și în nici o formă. Etica responsabilității consideră că libertatea individului face parte integrantă din demnitatea sa dar îi impune să ia parte la evoluția societății. Faptul că știința „constituie adevăruri fără finalitate” (G.Canguilhem) îl face pe om responsabil de folosirea progreselor. În concluzie, întreaga natură are astăzi nevoie de apărare împotriva contaminării și a distorsiunilor masive pe care le provoacă abuzul tehnic. Omul este parte integrantă a acestei lumi, și viața lui, începând de la naștere, este elementul cel mai prețios. Or, aceasta este vocația eticii care vizează să dea un sens pozitiv progreselor științei și tehnicii” [1, p. 99-102].

3. Testarea genetică. Implicații bioetice în contextul sfatului și consultului genetic

În literatura de specialitate testarea genetică este definită drept analiza ADN, ARN, a cromozomilor, a proteinelor și a unor metaboliți umani pentru detectarea unor boli cu transmitere ereditară și/sau a unor mutații și de a identifica purtătorii de boli recesive sau dominante cu scopul de a stabili un diagnostic și/sau prognostic prenatal și clinic, de a realiza un screening prenatal și al nou-născuților.

Cunoștințele și subiectele etice și/sau bioetice analizate până acum înaintează o întrebare > *Ce informații pot fi dezvăluite din genomul uman?* Astfel, e cazul să relatăm că genomul este totalitatea informației ereditare conținută în setul haploid al fiecărui gamet. Mai mult, studiul genomului uman oferă posibilitatea detecției anomaliilor genetice și nu doar. În raport cu cota de participare a eredității în etiologia bolilor acestea se pot clasifica în:

A. Boli genetice:

- ✓ boli genice:
 - monogenice;
 - poligenice, multifactoriale;
- ✓ boli cromosomice:
 - numerice;
 - structurale.

B. Boli parțial genetice

Bolile monogenice sunt rezultatul unor mutații genice în una sau ambele alele. Bolile poligenice, multifactoriale rezultă prin cumularea acțiunii mai multor gene cu diverși factori de mediu. Componenta ereditară este reprezentată de o predispoziție moștenită care creează organismului o vulnerabilitate față de anumiți factori de mediu.

Bolile parțial genetice sunt determinate simultan de tulburări ereditare și factori de mediu. În cele mai multe cazuri, zestrea ereditară nu prezintă gene patologice, ci doar anumite combinații genice care prin prezența lor conferă organismului o susceptibilitate pentru boală, în prezența unor factori de mediu favorizanți. Practic, susceptibilitatea

este starea de predispoziție genetică ce se poate converti în boală în anumite condiții de mediu.

Noile descoperi din cercetarea genetică au făcut posibilă identificarea cauzelor genetice care sunt responsabile de apariția unor boli, deschizând calea pentru individualizarea unor strategii de detectare precoce, prevenire și tratament. Aceste descoperiri promit mult în ceea ce privește îmbunătățirea stării de sănătate, dar, în același timp, ridică și anumite probleme de natură etică. Informația genetică poate fi folosită în mod greșit, ca formă de discriminare a persoanelor: **discriminare între un făt sănătos și un făt afectat de o boală genetică, discriminare la locul de muncă** sau în cadrul **agențiilor de asigurări de sănătate**. Dacă în cadrul unei agenții de adopție se află că copilul are o predispoziție genetică spre o anumită boală, s-ar putea ca, pe aceste considerente, să fie refuzată adopția. Determinarea predispozițiilor genetice poate duce la discriminarea la locul de muncă, chiar și în cazul muncitorilor sănătoși, improbabil de a dezvolta boala. Aceasta, chiar și în lipsa unei dovezi științifice care să argumenteze relația dintre un factor genetic neexprimat și abilitatea individului de a-și presta munca. Utilizarea testărilor genetice în domeniul asigurărilor de sănătate reprezintă un alt exemplu de discriminare a persoanelor. Asigurările de sănătate sau asigurările de viață au obligația de a despăgubi persoana asigurată sau beneficiarul acesteia în cazul producerii unui eveniment nedorit. Din acest motiv, companiile de asigurări vor dori introducerea testării genetice. Însă, ea trebuie să fie refuzată, deoarece rezultatele testării pot fi folosite la condiționarea accesului la asigurare sau la justificarea creșterilor de contribuții financiare. Informația genetică trebuie să fie confidențială.

Diagnosticul antenatal reprezintă una dintre cele mai actuale metode de depistare a afecțiunilor genetice. Teoretic, diagnosticul prenatal poate fi realizat pentru orice eroare înăscută de metabolism, unele malformații congenitale, pentru depistarea anomaliilor cromozomiale însoțite de modificări fenotipice severe și prognostic vital. În cazul metodelor de diagnostic prenatal un eventual rezultat patologic este oferit cuplurilor după 12 săptămâni de gestație. În urma consultului genetic trebuie acordat sfatul genetic, precum și consilierea psihologică a viitorilor părinți. Poate fi însă considerată etică decizia de întrerupere a sarcinii în cazul depistării unei boli genetice a fătului?

Diagnosticul genetic preimplantator (DGP) este o tehnică modernă folosită pentru identificarea bolilor genetice a embrionilor creați prin tehnici de fertilizare in vitro. În ultimii ani, aria de aplicabilitate a DGP s-a extins de la indicațiile medicale la cele non-medicale (selecția sexului copilului). Preferința pentru un anumit sex al viitorului copil poate fi din rațiuni economice, sociale, religioase, din constrângeri sau necesități medicale sau pur și simplu pentru satisfacerea dorințelor individuale. Dacă selecția sexului are o motivație destul de puternică în ceea ce privește evitarea unor boli genetice și a perpetuării lor, nu același lucru s-ar putea spune despre motivele non-medicale. Distrugerea embrionilor datorită faptului că sexul viitorului copil nu este cel dorit de părinți este considerată a fi total neetică. Este acceptabilă selecția sexului embrionilor în cazul bolilor genetice cu transmitere x-linkată? Plecând de la premisa că medicina și progresele medicale sunt în folosul individului și al societății, putem considera că alegerea unui embrion de sex feminin care cu siguranță nu va fi afectat de distrofie musculară Duchenne, poate fi acceptată.

Au fost semnalate și situații în care cuplurile afectate de o boală genetică au recurs la metoda DGP și au cerut să fie selectați și implantați acei embrioni care prezintă același tip de mutație genetică. În acest fel, un copil cu o boală genetică este conceput în mod intenționat, plecând de la ideea că un astfel de copil se va integra mai bine în familie. Comitetul Internațional de Bioetică a considerat o astfel de abordare ca fiind neetică, deoarece nu ia în considerare multiplele dezavantaje care vor împovăra acea persoană pe tot parcursul vieții.

În ceea ce privește diagnosticul genetic preimplantator, Comitetul Internațional de Bioetică a afirmat că trebuie luate în considerare anumite probleme de ordin etic, precum statutul embrionilor umani, selecția și distrugerea acestora.

Mai mult, în baza principiilor etice, **Comitetul de Apreciere a Riscului Genetic din SUA** a stabilit următoarele recomandări:

- ✓ *Sreeningul nou-născuților nu poate fi avizat fără demonstrația necesității lui.*
- ✓ *Confidențialitatea datelor obținute este esențială.*
- ✓ *Falsa paternitate poate fi relevată exclusiv mamei (nu și partenerului).*
- ✓ *Statutul de purtător al unei gene nu poate fi relevat partenerului fără consimțământul purtătorului.*
- ✓ *Propuneri de lege ferenda: riscurile genetice nu trebuie luate în considerare la asigurarea medicală și costurile acestei asigurări.*
- ✓ *Propuneri de măsuri legislative: baza de date conținând informațiile genetice ale angajaților sau viitorilor angajați să nu poată fi accesată de către angajatori (pentru a nu se face discriminare).*

Recunoscând aceste riscuri de discriminare pe considerente genetice, ONU a elaborat un ghid de conduită genetică (Geneva, 1997), cele mai esențiale repere etice sunt:

- ✓ *Testarea și screeningul genetic nu se pot face fără a fi solicitate și persoanele în cauză trebuie să fie informate asupra scopului acestora. (Consimțământ Informat)*
- ✓ *Rezultatele testării genetice și ale sreeningului nu vor fi dezvăluite fără obținerea autorizării în acest sens din partea persoanei testate. (Autodeterminare)*
- ✓ *Rezultatele testării genetice vor fi urmate de consilierea genetică și, dacă există un tratament, acest tratament va fi început de îndată. (Echitate, Nepărtinire)*
- ✓ *Screeningul nou-născuților este gratuit dacă, prin depistarea și tratamentul bolilor, ar fi avantajat nou-născutul.*

Analizați textul și aplicați principiile morale ale bioeticii pentru fiecare situație specifică testării genetice

4.2. Situații specifice pentru testare genetică

4.2.1. Testarea presimptomatică

„În unele boli autosomal dominante cu debut tardiv testarea presimptomatică imagistică (de exemplu, CT sau RMN în cazul ADPKD), biochimică (de exemplu, bilanțul lipidic în hipercolesterolemia familială sau alte dislipidemii ereditare) și/sau moleculară (de exemplu, în boala Huntington) poate pune un diagnostic înaintea apariției manifestărilor clinice. Pentru familie, cunoașterea statusului genetic al persoanei cu risc poate fi importantă în planificarea familială. În principiu, consecințele unui rezultat pozitiv pentru pacient depind de posibilitățile actuale de tratare a bolii sau ale complicațiilor ei. Se pare însă că diagnosticul pozitiv presimptomatic determină

o schimbare profundă în stilul de viață și produce puternice traume psihologice. În schimb, un rezultat negativ la o persoană cu risc de 50% de a moșteni mutația aduce bucurie și liniște.

În toate aceste cazuri se pune problema dacă beneficiul testării este superior prejudiciului psihologic posibil, la care se poate adăuga riscul stigmatizării sau discriminării (la angajare, asigurări de viață sau medicale). Oricum, se va respecta cu strictețe principiul autonomiei și confidențialității, asigurând pacientului înaintea testării informații complete, corecte și imparțiale (non-directive) pe baza cărora acesta va lua singur o decizie informată. Dacă pacientul acceptă testarea, orice rezultat pozitiv va fi însoțit de un program special de consiliere și sprijin, în concordanță cu gravitatea bolii. Rezultatele testelor vor fi confidențiale și nici o terță persoană nu va avea acces fără acordul pacientului.

4.2.2. Testarea predispoziției la boală

Acest tip de testare, numit și predictivă, se adresează în special rudelor sănătoase, de gradul I sau II, ale unui pacient afectat de o boală comună cu predispoziție genetică, inclusiv unele forme de cancer ereditar sau familial, pentru care există teste de punere în evidență a genelor de predispoziție.

Testarea susceptibilității genetice a unei persoane cu antecedente familiale pentru boli comune cu posibilă predispoziție genetică ar trebui să fie încurajată, cu condiția ca informația dată de teste să fie folosită exclusiv pentru prevenția sau tratamentul bolii (beneficiul). Toate testele de susceptibilitate vor trebui să fie voluntare, precedate de o informare corectă și pe baza consimțământului informat (autonomia).

În informarea pretestare se va insista în mod deosebit asupra faptului că mutațiile predispozante nu produc inevitabil boala. De exemplu, purtătorii unor mutații ale genelor BRCA1 sau BRCA2 implicate în cancerele de sân ereditare au doar un risc de 50-90% de a face un cancer de sân sau de ovar. Beneficiul identificării purtătorilor de mutație constă în supravegherea atentă și frecventă pentru a depista precoce o tumoră; or este greu de apreciat dacă acest beneficiu este mai mare decât “vătămarea” psihologică produsă de un rezultat pozitiv.

4.2.3. Testarea genetică la copii

Testarea predictivă a copiilor cu risc de a moșteni o mutație ce se manifestă clinic la adult ridică delicate probleme etice și psihologice. Părinții pot cere stabilirea statusului genetic al copilului, considerând că acest lucru ar putea fi benefic pentru controlul evoluției bolii, reducerea morbidității, creșterea longevității și/sau pentru orientarea lui educațională. Refuzul acestei solicitări ar putea fi considerat ca o contestare a drepturilor de părinți (autonomiei parentale), inclusiv a datoriei lor de a informa și pregăti copilul pentru posibilitatea dezvoltării unei boli severe. Acceptarea testării însă ar putea veni în contradicție cu autonomia viitoare a copilului și, în situația unui test pozitiv, are riscul unei afectări psihologice, al stigmatizării sau discriminării (non-beneficiu și vătămare).

În prezent se consideră, pe baza respectului autonomiei individuale (autodeterminării), că testarea precoce a copilului trebuie amânată până la vârsta la care adolescentul este suficient de matur pentru a lua singur o decizie informată (oricum înainte de a-și constitui o familie). Totuși, testarea copiilor va fi acceptată – pe baza principiilor

non-vătămării și beneficiului – numai în situațiile în care o intervenție medicală precoce este utilă și le aduce un beneficiu direct și clar (precum în hipercolesterolemia familială sau unele forme de cancer ereditar, cum este neoplazia endocrină multiplă tip 2)” [1, p. 97-99].

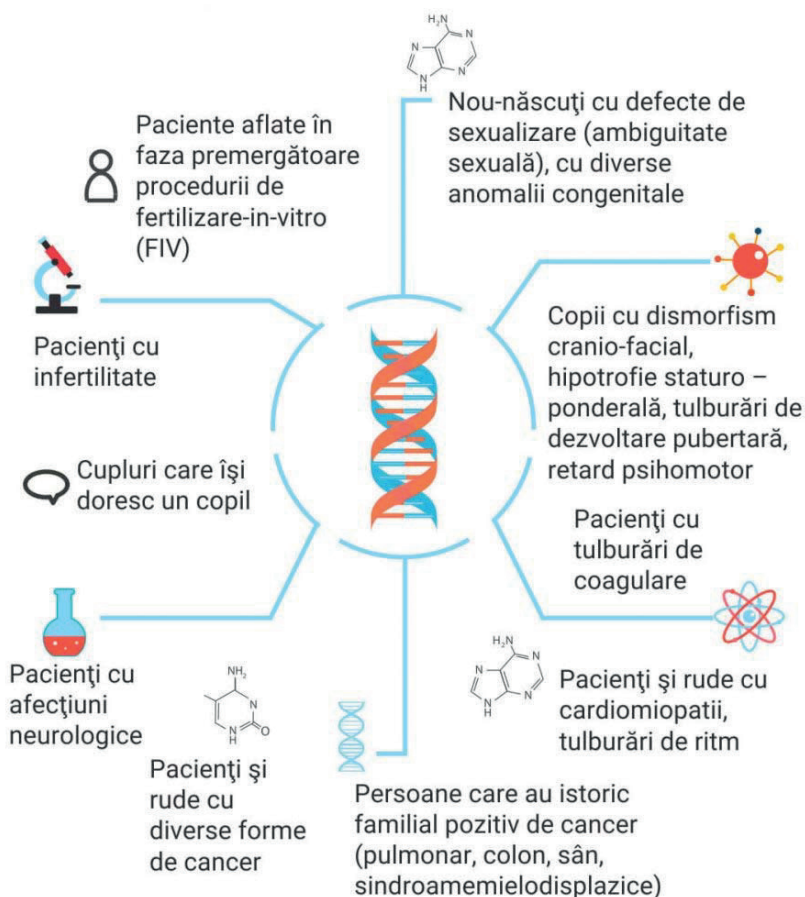
Implicații etice/bioetice în contextul sfatului și consultului genetic

Consultul genetic este un act medical specializat și complex constituit dintr-un ansamblu de investigații clinice și biologice prin care se stabilește diagnosticul unei boli și se oferă un sfat genetic pacientului sau familiei sale. Printre obiectivele consultului genetic se numără:

- ✓ **depistarea bolilor genetice,**
- ✓ **bolilor cromozomiale și ale purtătorilor.**

La rândul său, consultul genetic poate fi solicitat de:

- ✓ **pacientul bolnav (în cazul unei afecțiuni posibil genetice);**
- ✓ **pacientul sănătos, dar cu risc genetic crescut (are o rudă cu o afecțiune genetică);**
- ✓ **cuplul sănătos: consult preconcepțional, prenatal sau postnatal.**



(Sursa: Ce este consultația genetică. În: <https://www.synevo.md/ce-este-consultatia-genetica/> (accesat: 20.08.2020).

Consultul genetic presupune următoarele etape:

- ✓ *consultația propriu-zisă (examen clinic, anchetă familială, investigații biologice, diagnosticul antenatal);*
- ✓ *elaborarea prognosticului genetic;*
- ✓ *acordarea sfatului genetic.*

Sfatul genetic implică informarea pacientului sau cuplului care solicită consultul în ceea ce privește diagnosticul, precum și probabilitatea de transmitere și manifestare a unei boli ereditare la descendenți fără a impune luarea unei anumite decizii.

Una din problemele etice legate de consultul și sfatul genetic se referă la confidențialitatea datelor, cu atât mai mult cu cât informația genetică este atât de diferită față de celelalte informații medicale. Rezultatele investigațiilor genetice trebuie să fie confidențiale și nu trebuie dezvăluite angajatorilor, agențiilor pentru adopție sau companiilor care încheie polițe de asigurare de sănătate. Dezvăluirea acestor informații ar putea duce la discriminarea persoanelor pe baza criteriilor genetice.

O altă dilemă etică se referă la atitudinea consilierului genetic (atitudine directivă sau non-directivă). În cadrul sfatului genetic pot fi aduse în discuție de către pacienți și problemele referitoare la deciziile care trebuie luate. De exemplu, în situația decelării unor afecțiuni genetice ale fătului, în cadrul informării viitorilor părinți despre rezultatul testului genetic se poate ajunge la dilema vizavi de "cea mai bună decizie": decizia de a păstra sarcina sau de a recurge la întreruperea cursului sarcinii. Însă această decizie are un caracter profund personal și aparține cuplului, iar medicul nu trebuie să intervină în luarea deciziei.

Citiți cazul, analizați-l prin prisma cunoștințelor acumulate și a textului redat mai jos.

„Lorna, 37 ani, și Gus, 38 ani, sunt căsătoriți de 3 ani și au fost extrem de fericiți când au aflat că vor avea un copil. Lorna a fost un copil adoptat și are păreri solide despre importanța familiei. Amândoi sunt nerăbdători să devină părinți, dar sunt realiști cu privire la modificările dramatice care pot apare în viața lor de părinte, astfel încât au căzut de acord să se supună unei testări și screening prenatal, pentru a afla la ce se pot aștepta pe viitor. Cei doi acceptă ideea libertății de terminare a sarcinii dacă rezultatele ar fi pozitive, informând medicul că sunt deschiși și pentru această posibilitate. În evoluția ulterioară a sarcinii testele nu au indicat prezența sindromului Down sau a spinei bifide, iar la final Lorna l-a născut pe Charlie, un copilăș aparent sănătos. După trei ani, tocmai când se gândeau la o a doua sarcină, Charlie a început să prezinte modificări progresive ale stării de sănătate, și în cele din urmă a fost diagnosticat cu distrofie musculară Duchenne. Lornei i s-a explicat că este purtătoare a acestei boli, ea fiind neafectată, iar transmiterea se face pe cale maternă către urmașii de sex masculin. Familia este devastată la aflarea suferinței pe care o va îndura băiețelul și care va duce la deces iminent.

În timp ce încercau să se resemneze cu circumstanțele prezentate, un genetician a sugerat eligibilitatea pentru screening genetic preimplantator în cazul sarcinilor următoare. Acesta este un procedeu în care se poate determina sexul embrionilor și uneori chiar anumite boli genetice după fertilizarea in vitro. Scopul este de a se asi-

gura că doar embrionii sănătoși sunt implantați, ceea ce înseamnă că în cazul de față doar embrionii de sex feminin vor fi implantați, pentru a preveni nașterea unui băiat cu această boală incurabilă. Gus a motivat această opțiune: „Nu vrem să renunțăm la băiețelul nostru pentru nimic în lume, și știm că nu există niciodată certitudine totală nicăieri, dar a putea avea un copil care să nu sufere la fel de mult ca și Charlie ar însemna că lumea este a noastră” [1, p. 90-91].

Text pentru comparare

„Testarea genetică se va face numai în laboratoare acreditate, de către un personal a cărui competență este confirmată, și pe baza unor protocoale obligatorii, aprobate de către o comisie instituțională, care va efectua periodic un control de calitate și va valida calitatea rezultatelor obținute. Testarea genetică nu va fi oferită niciodată fără un sfat pre-testare. În 25-75% din cazuri, prin testele curente, nu se pot identifica mutațiile (“refractare” la depistare), iar rezultatele neconcluzive pot fi greșit interpretate de pacienți și pot deveni o sursă suplimentară de anxietate. Ele cresc de asemenea costurile și riscurile testării, deoarece implică folosirea altor metode.

Procesul de consiliere se desfășoară în două etape – înainte și după testare. Înainte de testare – pentru a obține un consimțământ informat – medicul trebuie să explice pacientului sau părinților săi, complet și corect: (1). Scopul testării, beneficiile și riscurile (psihologice, sociale) testului, șansa unei predicții corecte (inclusiv posibilitatea unor rezultate ambigue), eficacitatea și limitele testului; (2). Implicațiile și consecințele ulterioare individuale și familiale; (3) opțiuni și alternative la testare – inclusiv opțiunea de a nu face testul. Informațiile vor fi transmise “non-directiv”, fără nici o recomandare, mai ales în cazul testelor ce pot influența o decizie reproductivă, sau ale testelor pentru boli netratabile; o situație deosebită apare în cazul testelor care oferă oportunități de prevenire a bolii sau de îmbunătățire a îngrijirilor, în care tot mai mulți consilieri preferă un sfat „suportiv” care să sprijine eventual luarea unei decizii pozitive. După testare, discuțiile cu pacientul se vor orienta pe trei probleme: comunicarea și explicarea rezultatelor, accesul la informație, stocarea probelor.

Rezultatele testelor, inclusiv cele normale, vor trebui comunicate persoanei în cauză fără nici o întârziere (*informația care ar putea cauza afectări grave psihologice sau sociale poate fi temporar reținută. Consilierul trebuie să hotărască când persoana testată este pregătită să primească informația.*). Medicul va explica pacientului – dar numai dacă acesta dorește acest lucru – semnificația rezultatelor obținute pentru sănătatea lui și/sau a copiilor săi, consecințele și alternativele de care dispune pacientul. Trebuie să subliniem că pacientul are și „dreptul de a nu ști”, de a nu cunoaște rezultatele testărilor; atunci când exprimă această dorință ea trebuie respectată (exceptând testele nou-născuților sau ale copiilor pentru afecțiuni tratabile). Medicul nu este obligat să informeze pacientul asupra unor informații/rezultate (de exemplu, nonpaternitatea) atunci când acestea nu au implicații asupra sănătății pacientului sau descendenților săi și ar putea genera situații neplăcute.

Odată informațiile primite, utilizarea lor face apel la problema responsabilității. Aceasta are cel puțin două dimensiuni. Prima se referă la responsabilitatea indivi-

dului de a dezvălui informații relevante către alți membri ai familiei, iar a doua este responsabilitatea altor membri ai familiei de a manipula informația. Pentru început, acceptăm părerea conform căreia o persoană de bună credință ar dori în mod normal să comunice informațiile genetice importante altor membri ai familiei, care ar putea avea interes pentru acea informație, iar aceștia la rândul lor și-ar dori să primească o astfel de informație, în special dacă ar fi necesară pentru asumarea unei anumite decizii de viitor. De asemenea, considerăm că responsabilitatea principală pentru comunicarea informației genetice unui membru al familiei sau unei a treia părți aparține individului, și nu medicului, deși acesta ar putea-o face la cererea persoanei implicate.

Situația în care membrii familiei NU ar dori să afle informații este mult mai dificilă. Dacă ei nu știu că una din rudele lor a fost supusă screening-ului, ei nu vor ști nici dacă ar dori sau nu să fie informați asupra rezultatelor. În aceste circumstanțe individul care a fost testat ar trebui țină cont de maniera în care alți membri ai familiei ar trebui informați.

Experiența noastră sugerează că nerelatarea informației genetice obținută prin procedurile de screening, celor care au nevoie de ea, nu este o situație frecventă, deși se practică din când în când. Deși pot apare probleme serioase ca urmare a ne-dezvăluirii, în condițiile în care anumite rude ar putea fi legitim interesate, nu considerăm că acest fapt ar trebui să fie superior dreptului individului la intimitate, indiferent de circumstanțe. În orice situație, pot exista motivații perfecte pentru a explica de ce un individ nu și-ar dori să-și informeze membrii familiei despre rezultatul testului genetic. De exemplu, o femeie care a fost diagnosticată ca fiind purtător al bolii “distrofie musculară *Duchene*” ar putea să nu dorească să îdezvăluie această informație surorii sale însărcinate, în virtutea concepțiilor puternice asupra sacralității vieții (împiedicându-și astfel sora de a lua o decizie importantă și informată asupra continuării sarcinii).

Cea mai bună metodă de a ne asigura că informația genetică este comunicată adecvat celorlalți membri ai familiei (și ocazional unei a treia părți) este prin procedurile de consiliere. Inevitabil, anumiți indivizi vor refuza permiterea comunicării informației, ceea ce va crea medicului sau profesionistului din domeniul medical o problemă etică. După cum am rejețat sugestia de a institui o datorie legală a persoanelor supuse screening-ului genetic de a comunica rezultatele testelor și celorlalte rude sau unei a treia părți, la fel excludem și ideea ca doctorilor să li se impună prin lege relevarea informațiilor împotriva dorinței persoanei implicate. În extrem o lege ar putea admite că, într-o situație de excepție a unui caz de boală, rămâne la discreția doctorului destăinuirea informației genetice unei a treia părți. Aceasta este varianta maximă în care legea ar putea interveni, deși chiar și în această circumstanță suntem reticenți în a sugera că dorința unei persoane ar putea fi rapid anulată.

Deși suntem în totalitate de acord că intimitatea și confidențialitatea ar trebui respectate și menținute, acceptăm de asemeni că pot apare situații de excepție în care preferința individului ar putea fi ignorată de medic. Ne reamintim astfel exemplul unui caz în care informația nu a fost semnalată rudelor, din malițiozitate. Noi nu sugerăm că dorința individului trebuie nesocotită numai în acest tip de situație. Este imposibil să anticipăm toate circumstanțele în care un doctor ar putea revela informații confidențiale

le membrilor familiei. Deși ar putea fi util să creăm niște ghiduri pentru a ajuta medicina în luarea deciziilor, și să solicităm clarificarea unei poziții legale pentru a asigura că dezvăluirea în cadrul acestor ghiduri poate fi făcută, decizia de a divulga informația nu poate fi luată decât individualizat, de la caz la caz.

Pe de o parte, a menține o confidențialitate absolută impune o responsabilitate imensă pe umerii medicului. Ar fi o acceptare fermă a obiecțiilor persoanei, în condițiile în care păstrarea informației ar favoriza o decizie cu potențial vătămător, nu doar niște consecințe neconvenabile pentru alți membri ai familiei. Dacă am putea ști că acest refuz provine din rea-voință, atunci luarea deciziei nu va fi complicată. Totuși, dacă motivul ar fi teama că informația ar putea aduce evidențe compromițătoare asupra paternității, apar deja alte aspecte etice. Dacă informațiile asupra unei falsei paternități nu au fost relatate, un bărbat care s-a considerat incorect tatăl unui copil cu un anumit status genetic ar putea lua o decizie eronată de a avea sau nu copii. Pe de altă parte, pentru un medic, relevarea unei astfel de informații ar putea dăuna femeii din cuplul respectiv, nu doar prin încălcarea confidențialității ci și prin impactul asupra relației de cuplu. Pentru o astfel de dilemă nu există un răspuns ușor.

Cu privire la păstrarea probelor, inclusiv a ADN-ului, aceasta poate aduce beneficii reale pentru pacient, în momentul în care vor fi necesare noi analize, dar și pentru familie, pentru diagnosticul genetic la rudele prezente sau viitoare. O situație specială o reprezintă folosirea probelor/rezultatelor în diferite proiecte de cercetare; după explicații adecvate, se va cere un acord de principiu "în alb" pentru accesul cercetătorilor, dar numai după îndepărtarea semnelor de identificare a persoanei.

În concluzie, pentru testarea și screening-ul genetic întrebarea fundamentală rămâne: cine va folosi informația rezultată, cum se va utiliza și în ce scopuri. Screening-ul antenatal a apărut ca o binecuvântare pentru multe cupluri care își începeau viața de familie sub amenințarea posibilității de a da naștere unui copil cu sindrom Down sau spina bifida. Pentru exemplificare să luăm în considerare un caz de testare genetică pentru distrofia musculară *Duchenne*, o boală severă, debilitantă, caracterizată prin slăbiciune musculară progresivă, în care copiii ajung în scaun cu rotile până la vârsta de 10 ani, întârziere în dezvoltarea neuropsihică și retard mental. Este o boală genetică X linkată, în care femeile sunt purtătoare iar băieții afectați.

Cel mai important beneficiu citat de susținătorii programelor de screening antenatal este o mare libertate de alegere conferită membrilor societății spre a decide dacă acceptă sau nu să își completeze familia cu un copil care ar putea deveni o sursă de suferință sau chiar o povară. La scară socială se presupune că reducerea costurilor de tratament paleativ al acestor boli este un avantaj net, mai ales pentru cei care ar putea beneficia chiar într-un sens curativ. Cazul prezentat confruntă iminența unui diagnostic letal cu temerile, incertitudinile și chiar frustrările unor oameni care împart valori comune. Familia știe ce înseamnă să ai un copil cu DMD, fapt ce îi permite să își exprime o opinie avizată referitor la acceptarea sau refuzul de a perpetua aceleași gene „defecte”. Astfel, screening-ul genetic reprezintă un instrument de diagnostic nu doar cu rol informativ, ci și de „triare” a embrionilor (în exemplul dat, selecția urmărește îndepărtarea fetoșilor de sex masculin, care în contextul genetic descris ar putea dezvolta

boala). Această metodă a fost asimilată cu o tehnică de tip „caută și distruge”, motivată nu de o preferință nejustificată pentru genul feminin, ci de dorința seculară de a avea un copil sănătos. Întrebările de ordin moral sunt:

(1). Ar fi mai acceptabil o procreare in vitro urmată de eventuala distrugere de embrioni versus testare in vivo (în sarcină) urmată de avort? Ambele situații rezultă oricum în moartea unei ființe (sau a unui produs). Diferența ar fi perceptibilă real funcție de momentul transformării produsului de concepție în persoană: la începutul procesului de diferențiere (când ovulul s-a divizat în două celule), la aproximativ patru săptămâni de la concepție, când apar primele bătaii fetale, sau la șasesăptămâni când pot fi detectate primele semne de funcționare a creierului. Deci dacă embrionul nu este persoană și nu are statut moral, distrugerea sa in vitro (în circumstanțele cazului prezentat) ar părea mai acceptabilă comparativ cu avortul;

(2) dacă testarea genetică va fi cu adevărat o tehnică de tip „caută și distruge”, cine ar trebui să dețină controlul ei și cine îi va seta limitele? Legislația, societatea, medicii sau indivizii autonomi și responsabili?

(3). Care dintre cele patru mari principii ale bioeticii ar trebui ales, urmărit, respectat?

(a) principiul autonomiei. Dar dacă în virtutea acesteia o persoană matură și competentă mental va dori un screening și o implantare selectivă a embrionilor consecutivă alegerii pe bază de sex, inteligență, ochi, culoarea pielii, orientare sexuală etc.? De ce să nu li se dea copiilor un avantaj genetic, și în plus să li se și corecteze „defectele” obținute în urma loteriei genetice?

(b) principiul beneficiului;

(c) principiul non vătămării. Cât de bine și cât de mult rău antrenează simultan aceste super tehnologii este greu de apreciat într-un prim timp. Orice hotărâre surrogat (în numele unei alte persoane) chiar luată în virtutea altruismului ar putea avea repercusiuni negative pe termen lung pentru o generație concepută...artificial;

(d) dreptatea și echitatea: sunt cele mai relative concepte și cele mai amenințate de noile tehnologii reproductive. Genetica necontrolată ar putea deveni o putere care să adâncească stratificarea socială” [1, p. 91-97].

Sarcini pentru lucrul individual al studentului

- ✓ Progrese tehnologice în explicarea și manipularea genetică
- ✓ Consecințele morale, sociale și medicale ale clonării omului.
- ✓ Manipulări cu ființa umană: un larg diapazon de interpretări - de la curiozitatea științifică pînă la faptul moral.
- ✓ Experimentul pe feteși și pe embrionii umani.
- ✓ Bioetica, genetica și diagnosticarea prenatală.
- ✓ Eugenia și problema genomului uman.
- ✓ Testarea genetică și screening-ul genetic ante și neonatal în abordare bioetică
- ✓ Testarea genetică și screening-ul genetic ante și neonatal în contextul normativ național și internațional

Studiu de caz

La un medic genetician cu renume s-a adresat un tânăr pentru consultație. Pacientul urma să-i propună căsătorie unei domnișoare, dar înainte de aceasta dorea să cunoască probabilitatea prezenței unor patologii genetice. După anumite teste, medicul a depistat că tânărul este purtătorul unor gene patologice. Maladia care o avea înscrisă în gene urma să se manifeste doar după vârsta de 40 de ani, provocând handicap sever până la invaliditate. Defectul genetic se putea transmite și copiilor. Tânărul trebuia să decidă transmiterea sau nu a acestei informații viitoarei soții. S-a confesat medicului despre dilema ce o avea. Pe de o parte, pacientul se temea că va fi refuzat din cauza patologiei ascunse. Dorindu-și nespun această căsătorie, tânărul era gata să păstreze în taină starea sănătății sale pentru a se bucura de viață pe deplin până la momentul când va deveni invalid. Pe de altă parte, el înțelegea că nu este onest cu viitoarea soție și mai ales îl speria gândul cu privire la copii. Medicul nu a insistat asupra formulării vreunei decizii, lăsând pacientul să plece cu stare de incertitudine, spunând că tânărul are dreptul să decidă și oricare va fi decizia finală, ea va fi respectată.

Peste puțin timp fiica medicului dorește să prezinte părinților pe viitorul său soț. Tatăl și mirele au rămas șocați când s-a dovedit că se cunosc mirele fiind pacientul geneticianului din cazul prezentat [5, p. 202-203].

Întrebare la caz: **Cum va proceda medicul genetician?**

Referințe bibliografice

1. Gavrilovici C. Introducere în bioetică. Iași: Junimea, 2007. 239 p.
2. Oprea L., Rotaru T.-Ș., Cojocaru D., Gavrilovici C. Relația medic-pacient. În: Bazele comportamentului social în sănătate. București: Pro Universitaria, 2015, p. 155-156.
3. Sgreccia E., Tambone V. Manual de bioetică. București: Everest, 2001. 305 p.
4. Țirdea T. Bioetică: curs de bază. Chișinău: Medicina, 2017. 332 p.
5. Țirdea T., Gramma R. Bioetica medicală în Sănătate Publică. Suport de curs. Chișinău: Bons Offices, 2007. 248 p.
6. Zanc I., Lupu I. Bioetica medicală – principii, dileme, soluții. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2001. 158 p.

Tema 6.

PROBLEME BIOETICE ÎN SITUAȚII EXTREME DE SĂNĂTATE ȘI PE FINAL DE VIAȚĂ

Scopul temei: Configurarea problemelor bioetice în situații extreme de sănătate și pe final de viață.

Durata și tipul de activitate: Conținutul temei este studiat în 9 ore academice, unde 3 ore sunt rezervate cursului teoretic și 6 ore de seminar.

Obiective trasate în lucrare:

- ✓ să definească noțiunile cheie ale transplantologiei și să identifice condițiile bioetice în realizarea transplantului de organe.
- ✓ să definească conceptul de eutanasiu și suicid asistat medical și să cunoască argumentele împotriva și în favoarea practicării/legalizării eutanasiei active voluntare;
- ✓ să înțeleagă obiectivele îngrijirilor paliative și să demonstreze deosebirea dintre unele practici aplicate în context paliativ și eutanasiu;
- ✓ să aplice capacitatea de structurare și consolidare a gândurilor cu privire la opțiune, găsind în același timp resurse/căi de acceptare a perspectivei/poziției opuse;
- ✓ să înțeleagă importanța cunoașterii problemelor etice ale eutanasiei și îngrijirilor paliative ca două alternative medicale pe final de viață.

Metode și materiale pentru realizarea lucrării

Materialul teoretic al temei este predat în manieră clasică, prin prelegere și seminar. Seminarul presupune aplicarea a unui șir de metode precum: conversația euristică, problematizarea, brainstorming, lucrul în grup, studiul individual, dezbaterile, rezolvarea situațiilor de problemă, joc de rol, studiul de caz.

MATERIALUL TEORETIC

1. Finalul vieții în contextul tehnologiilor biomedicale contemporane

Subiectele bioetice nu pot fi examinate independent de etica tradițională. De altfel, interogațiile bioetice actuale, precum cele de la finalul vieții, erau abordate inițial în cadrul filosofiei morale. Sigur, odată cu noile oportunități oferite de știința și tehnologiile biomedicale, problemele morale la final de viață au căpătat proporții mai ample și au devenit mai complexe, iar etica tradițională cu greu oferă un răspuns. Respectiv, apare întrebarea: *Ce permite dezvoltarea tehnologiei medicale?* Un răspuns ar fi: *progres în domeniul sănătății*, dar, în ce constă acest progres în domeniul sănătății, ce permite acest progres? Cunoaștem că știința medicală astăzi permite ca viața să fie prelungită și să crească perspectivele de supraviețuire, prin transformarea bolilor considerate cândva

acute sau cu evoluție fatală în boli cronice sau cu evoluție lentă. Totodată, prin intermediul tehnologiei medicale se intervine în situații extreme de sănătate și cu ajutorul acesteia se susține sau se menține viața (exemplu: ventilarea artificială, dializa, hidratarea și alimentația parenterală). Acestea creează situații complexe și reaprind, fără îndoială, dezbaterile privind finalul vieții și cadrul în care sunt luate deciziile referitoare la tratamentul medical în situații critice de sănătate.

SARCINĂ

Analizați textul și selectați provocările morale survenite în viață și sănătate, drept urmare a aplicării tehnologiilor biomedicale contemporane pe final de viață.

Mutațiile științifice și morala

„Aceste achiziții privesc direct imensul sector al vieții și sănătății umane... viața, moartea, mecanismele eredității – toate aceste date, considerate înainte imuabile, sunt transformate prin biologia și medicina contemporană. Ele deschid spații de acțiune noi, pentru care nu există reglementări morale sau juridice, pentru simplu motiv că sunt tipuri de acțiune inedite. Ele creează dileme, situații de alegere și decizie în domeniul care înainte erau dincolo de puterile noastre de alegere și acțiune. Exemplul cel mai simplu e furnizat de posibilitățile de intervenție în domeniul procreației (procreația asistată medical), unde, cu câteva decenii în urmă, se manifesta atotputernicia naturii. Acest lucru modifică relația clasică dintre sistemele etice și științele biomedicale în mai multe sensuri.

În primul rând, e vorba de *elaborarea unor norme specifice de conduită în noile situații create prin progresele științifice*. Aceste situații se multiplică și fac să intre în sfera competenței etice probleme care înainte nu i-au aparținut: de la fecundația in vitro la mamele de substituție, de la transplantul de organe și țesuturi la experimentele pe fetoși la suicidul asistat medical etc.

În al doilea rând, e vorba de *reconsiderarea preceptelor și normelor etice tradiționale și „ajustarea” lor la situațiile „inedite”* și complexe, care sfidează deseori baza regulilor morale generale. De exemplu, vechile precepte ale respectului vieții, demnității și persoanei umane, refuzul „instrumentalizării” corpului uman trebuie privite dintr-o altă perspectivă în condițiile prelungirii artificiale a vieții, a prelevării de organe, fecundației in vitro etc. Chiar și conceptele de viață și de persoană sunt puse în discuție. Poate fi considerat fetoșul „persoană” umană? Dacă da, din ce moment al dezvoltării sale? (Dacă este, se bucură de toate drepturile: îngrijire medicală; nu se pot efectua experimentele pe el etc.). Este preferabilă o moarte demnă unei vieți ce nu mai are nici o demnitate, prelungită artificial și redusă la o simplă existență vegetativă? Este cazul pacienților aflați în stare cronică vegetativă, cazuri ce cunosc o amplificare dramatică prin creșterea explozivă a accidentelor rutiere, pe de-o parte, și a progreselor, neurochirurgiei, pe de alta.

Bolnavul aflat în comă profundă ca expresie a decerebrării ireversibile, plutind între viață și moarte, poate rămâne astfel luni sau ani de zile. El supraviețuiește numai

dacă este hrănit artificial. Suspendarea alimentației antrenează moartea. Două întrebări se ridică în legătură cu această situație:

1. Alimentația artificială este considerată tratament sau nu? Dacă este considerată tratament, medicii o pot opri fără de a fi sancționați. Dacă este considerată ca atare, suspendarea este considerată eutanasiu.

2. Cât timp trebuie menținută terapia de supraviețuire? Răspunsul este diferit. În aceleași condiții o parte din medici continuă terapia, în timp ce alții o suspendă. Decizia suspendării terapiei e luată de medici, în acord cu membrii familiei sau, dacă pacientul a lăsat un testament biologic, medicii se supun dorinței acestuia. Când nu se ajunge la un acord, se cere intervenția justiției.

În SUA s-au desfășurat mai multe procese intentate, fie de medici, fie de rudele apropiate bolnavilor. „Întotdeauna este vorba de cazuri limită, care pun și medicina și justiția în fața unor dileme cu ecouri neobișnuit de întinse” (*Maximilian C. et. al., 1995*).

Iată două cazuri relatate de autorii lucrării citate mai sus:

„Herbert, un bătrân, avea encefalită și era în comă. Familia a cerut suspendarea tratamentului intensiv și medicii s-au conformat. După moartea bolnavului, medicii au fost acuzați de homicid. Tribunalul i-a achitat deoarece bolnavul, fiind incompetent și în faza finală a tulburării, aveau libertatea de a lua orice decizie” .

„Brophy-Massachusetts, 1986, după o intervenție neurochirurgicală era într-o stare vegetativă cronică. Era hrănit artificial, deși era evident că nu va mai fi niciodată lucid. Familia reclamă oprirea tratamentului. Medicii, din prudență, cer părerea justiției. Familia demonstrează că bolnavul a susținut că vrea să supraviețuiască doar în condiții neurologice acceptabile. Tribunalul a fost de acord cu întreruperea alimentației artificiale. El a reținut ca argument ideea că alimentația artificială este un mijloc terapeutic extraordinar și ca atare, medicii aveau de la început libertatea de a-l institui sau nu. Renunțând la el, lasă procesul patologic să-și continue drumul. În nici un caz nu pot fi acuzați de sinucidere asistată medical”.

În al treilea rând, *posibilitățile deschise de științele biologice și medicale generează întrebări și neliniști privind consecințele aplicațiilor tehnice* (ingineriile genetice, biotehnologiile etc.) *asupra destinului individual și colectiv al umanității*.

Deseori aceste realizări au fost comparate cu cele două fețe ale lui Ianus. Pe de-o parte, **beneficiile** sunt incontestabile:

- sinteza unor noi vaccinuri și medicamente;
- noi mijloace de diagnostic: diagnosticul genetic și dezvoltarea medicinei predictive;
- depistarea – prin testare genetică – a unor structuri genetice care favorizează dezvoltarea unor boli genetice, descoperirea mutațiilor cu consecințe negative și corectarea lor;
- posibilitatea evaluării riscului pe care îl are o persoană de a dezvolta o tulburare genetică, detectarea genelor de susceptibilitate, a înțelegerii modului de transmitere a bolii, evoluției și consecințelor ei și luminarea posibilităților de a-și planifica viața proprie sau planificarea familială;

- crearea de rase de animale mai productive și specii de plante rezistente la factori dăunători, etc.

De cealaltă parte, **riscul scăpării de sub control a acestor aplicații:**

- posibilitatea creării unor bacterii transformate genetic, împotriva cărora nu există nici un tratament (de fapt, se presupune că în arsenalele marilor armate există astfel de arme bacteriologice);
- posibilitatea apariției unor noi forme de discriminare socială, în urma testelor genetice: purtători ai unor gene de susceptibilitate la diferite boli (cancer, diabet, hipertensiune) vor fi refuzați de societățile de asigurări de sănătate, li se va refuza accesul la diferite profesii, la promovări în posturi, la căsătorie, etc.
- ruperea echilibrului ecologic;
- pericolele consumului de produse alimentare obținute prin inginerie genetică în legătură cu care, Consiliul pentru o genetică responsabilă din Boston semnală în 1992 că; pot conține substanțe toxice, neurotoxine sau substanțe hemolitice, proteine care determină reacții alergice, gene care determină rezistența la antibiotice, pot periclita viața animalelor sălbatice, etc. (*Maximilian C. et. al., 1995*)” [6, p. 33-35].

2. Probleme bioetice privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane

Noțiuni și tipurile de transplant de țesuturi și organe umane.

Transplant - activitate medicală cu scop de reconstituire a funcției organismului uman prin transfer echivalent de organe, țesuturi și celule de la un donator la un primitor.

Prelevare - procedeu prin care organele, țesuturile sau celulele donate devin utile pentru transplant.

Bancă de țesuturi și/sau celule - unitate specializată a unui spital sau instituție care desfășoară activități de prelucrare, conservare, stocare și distribuție a țesuturilor și celulelor umane.

Donator – persoana care donează unul sau mai multe organe, țesuturi și/sau celule pentru utilizare terapeutică, indiferent dacă donarea a avut loc în timpul vieții persoanei în cauză sau după decesul acesteia.

Primitor – persoana care beneficiază de transplantul de organe și/sau de țesuturi, și/sau de celule umane.

TRANSPLANTUL POATE FI:

De la o persoană la alta (alogenic) - este o transplantare efectuată între membrii ai aceleiași specii. Este cel mai frecvent tip de transplantare folosit în practică. În majoritatea cazurilor sistemul imunitar al primitorului percepe organul transplantat ca pe un corp străin. De aceea, pentru a evita fenomenul imunologic de respingere a transplantului, primitorul trebuie să urmeze toată viața tratament imunosupresor. Sunt și cazuri care nu impun tratament imunosupresor, cum ar fi transplantarea de cornee.

De la sine la sine (autolog) - este tipul de transplantat în care primitorului i se transplantează țesuturi proprii, prelevate din altă parte a corpului. Această metodă are aplicabilitate numai în cazul transplantului de țesuturi sau celule. Țesuturile sau celulele se prelevează din zone regenerabile sau zone cu exces de țesut. Sunt și situații în care se prelevează țesuturi non-indispensabile din unele zone, pentru a fi transplantate în zone unde sunt imperios necesare (în unele proceduri de by-pass arterial realizat din țesut venos).

De la animal la om - este o transplantare efectuată între organisme aparținând unor specii diferite. Fenomenul de respingere de transplant este mult mai puternic în cazul acestui tip. Mai mult, ele sunt utilizate curent în medicina umană (de exemplu transplantul de valve cardiace de porc, la om). Multe din acestea se realizează experimental între diferite specii, în vederea studierii unei posibile aplicabilități la om (un exemplu în acest sens este transplantul experimental de țesut insular pancreatic de la pești la primate non-umane).

Sarcină: Citiți textul și constituiți

Statutul moral al donatorului și primitorului în transplantologie

„Semnificația morală fundamentală a donării de organe provine din însăși natura a ceea ce putem da, lua sau primi. Baza oricărei discuții despre transplant trebuie să cuprindă o analiza a ceea ce înseamnă conștiință, altruism sau ideal moral. Consider conștiința drept autoritatea morală supremă în luarea unei decizii și o plasez pe poziția cea mai înaltă a justificării morale: „Lasă-ți conștiința să decidă” – nu este un slogan retoric, ci ar putea fi ultima soluție într-o dilemă cu profunde implicații etice, sociale și legale...

Etica transplantului derivă din confruntarea a două valori, una individuală – integritatea corporală, și una socială – *solidaritatea umană*. Persoana este întrupată într-un corp unic – un „instrument” personal prin care trăiește, reflectează, exprimă, acționează, receptează, relaționează. De aceea trebuie protejată integritatea corporală,

a omori, a răni, a mutila sau a abuza de corpul uman fiind inacceptabil moral. Chiar să-l denigrăm sau să-l devalorizăm! Această incorectitudine morală se exprimă în termenii legiuitorilor drept crimă sau vătămare.

Donarea de organe este un act salvator de viață, o virtute a celor pentru care altruismul este un scop în sine. Cu toate acestea, este greu de acceptat că persoana care nu donează din alte motive decât contraindicațiile de ordin medical, este un exemplar ... imoral sau egoist.

Altruismul și egoismul par a exista în ființa umană ca o dualitate complementară. Predispoziția spre egoism merge mână în mână cu instinctul de supraviețuire, și este observată atât în regnul animal, cât și la om. Contrar egoismului, altruismul este un fenomen social și ca orice fenomen social implică o acțiune de grup (nu poți să manifesti acest lucru față de tine atunci, s-ar numi vanitate, egoism). El presupune existența a doi parteneri: unul care dă și unul care acceptă. Beneficiul adus primitorului trebuie să justifice actul efectuat, iar cel care îl face trebuie să fie complet dezinteresat și să pună interesul altuia înaintea propriului interes. Dezinteresul pentru beneficiile personale este caracteristica de bază a tuturor acțiunilor ce se pot încadra în categoria faptelor de natură altruistă. Altruistul ideal este acea persoană care generează beneficii altora fără a fi măcar cunoscute lor...

Altruismul este un concept care se dobândește prin educație, se asimilează din interacțiunea cu semenii și evoluează în ființa umană ca și principiu și mod de viață pe măsură ce omul ascensionează pe scara morală. Pe un ton mai sceptic, am putea spune că este un fenomen spre care se tinde, dar e imposibil de atins: altruistul perfect nu există, este un ideal, sau o tendință.

Există două niveluri de standarde morale: ordinar și extraordinar. Primul se limitează la standardele moralității „comune”, obligatorii pentru fiecare, o „minima morală” a tuturor și care include principii educaționale de bază: adevăr, credință, fidelitate etc. Al doilea nivel este dat de moralitatea aspirațiilor, a idealurilor spre care, deși multă lume tinde puțin sunt cei care le dețin. Idealul este necesar pentru jalonarea noastră ca ființă umană. Idealul face parte din marele puzzle al personalității umane, care ne diferențiază de speciile regnului animal prin aceea că noi suntem capabili de organizare, anticipare, cogniție.

Existența noastră ca ființă complexă psiho-socială se fundamentează pe atitudini, acțiuni, fenomene în care suntem implicați și, nu în ultimul rând, pe deciziile pe care le luăm. A dona un organ face parte din acele lucruri ieșite din comun, chiar eroice, pe care le faci cel mult o dată în viață și care dau sens vieții. În țările tradiționale prelevarea de la donator viu înrudit este o datorie familială, un gest firesc născut mai curând din obligație morală decât din compasiune. În societățile în care familia se reduce la un simplu cadru genetic, membrii ei au o valoare instrumentală, sunt apreciați pentru ceea ce pot ei face nu și ceea ce sunt prin ei înșiși (nu au valoare intrinsecă). În aceste situații medicul este veriga de legătură care trebuie să facă mai mult decât un simplu act terapeutic.” [2, p.105-107].

Analiza etică/bioetică a transplantului este conturată de distincția dintre:

Organe regenerabile	Organe neregenerabile
Prelevarea de organe de la persoane decedate	Prelevarea de organe de la persoane în viață

Particularități etice/bioetice și juridice în transplantologie

În anul 1987, la cea de-a 40-a Adunare Mondială a Sănătății, au fost discutate problemele cu privire la comerțul și traficul cu organe umane. Atunci s-au constituit primelor recomandări etice și juridice ale OMS privind transplantul, aprobate în primă fază la Adunarea din anul 1991 în Rezoluția OMS44.25. Aceste recomandări au influențat în mare măsură codurile și practicile profesionale, precum și legislația din întreaga lume timp de aproape două decenii. Mai mult, după o serie de consultații de câțiva ani, la a 63-a Adunare Mondială a Sănătății din 21 mai 2010, s-a adoptat Rezoluția OMS63.22, aprobând recomandările etice actualizate ale OMS și identificând domeniile de progres pentru optimizarea practicilor de donare și transplant.

Sinteza acestor recomandări:

- ✓ *Prelevarea de țesuturi și organe de la o persoană decedată se poate face dacă a fost obținut consimțământul acesteia înainte de deces sau nu există motive a se crede că s-a opus în timpul vieții.*
- ✓ *Medicii implicați în tratarea donatorului nu pot fi implicați în declararea morții acestuia și nici în tratamentul primitorului. Mai mult, la nivel practic sunt constituite 3 comisii: una care tratează donatorul, alta care declară decesul donatorului și altă comisie care tratează primitorul).*
- ✓ *Recoltarea de la un donator decedat este preferabilă recoltării de la un donator în viață. Adulții în viață pot dona, de preferință, la rude. În acest context, se cere să fie un donator bine informat.*
- ✓ *Se interzice recoltarea de țesuturi și organe de la minori sau de la persoane fără discernământ, cu excepția țesuturilor regenerabile.*
- ✓ *Corpul uman sau orice parte a sa nu poate face obiectul unei tranzacții comerciale.*
- ✓ *Prelevarea și transplantul de țesuturi și organe se fac doar în scop terapeutic.*
- ✓ *Se interzice orice încercare de publicitate pe bază de premise comerciale.*
- ✓ *Se interzice oricărui individ sau instituții implicate să solicite sau să primească foloase materiale care depășesc cheltuielile strict necesare pentru realizarea acestei manopere.*
- ✓ *Să fie o distribuție etică a persoanelor care vor beneficia de această procedură pe bază de liste de așteptare întocmite pe baze strict medicale, fără discriminare. (Principiul echității).*

Acte normative naționale care reglementează activitatea de prelevare și transplant

- I. Legea nr. 42-XVI din 06.03.2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane.
- II. Hotărârea Guvernului nr. 386 din 14.05.2010 cu privire la instituirea Agenției de Transplant.
- III. Hotărârea Guvernului nr. 1207 din 27.12.2010 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a Comisiei independente de avizare pe lângă Ministerul Sănătății și a criteriilor de autorizare pentru desfășurarea activităților de prelevare și transplant.

CONDIȚII BIOETICE ȘI JURIDICE DE PRELEVARE DE LA DONATOR VIU

- să fie major;
- să fie în deplinătatea facultăților mintale;
- consimțământ liber, în scris, unde vor fi explicate riscurilor și consecințelor posibile ale donării (consimțământ informat), consimțământul poate fi oricând retras înainte de prelevare;
- garanția că nu există niciun pericol pentru viața donatorului;
- prelevarea și donarea de țesuturi și organe nu poate face obiectul unei tranzacții materiale, ci se face în mod gratuit;
- este un act profund umanitar;
- anonimitatea donatorului și primitorului;
- nu se va face transplant prin prelevare de la minori și nici de la persoane fără discernământ.

CONDIȚII BIOETICE ȘI JURIDICE DE PRELEVARE DE LA CADAVRU

- Prelevarea se face numai dacă decesul a fost confirmat medical, pe bază de criteriilor de natură clinică pentru declararea decesului:
 - ✓ *comă profundă, areactivă;*
 - ✓ *absența reflexelor de trunchi cerebral (fotomotor și corneean);*
 - ✓ *absența ventilației spontane (testul de apnee);*
 - ✓ *minim 2 trasee EEG care să ateste lipsa activității corticale (efectuate la interval de 6 ore pentru adulți și 12 ore pentru copii).*
- Problema bioetică poate fi: **stabilirea momentului morții.**

3. Eutanasia: definiție, esență și tipuri

Termenul *eutanasia* își are originea în două cuvinte grecești: *Eu*, având semnificația *bine, bun, armonios*, și *Thanatos*, cu sensul – *moarte* (în mitologia greacă Thanatos era zeul morții). Astfel, interpretarea etimologică categorisește eutanasia drept *o moarte bună, liniștită, plăcută*. Literatura de specialitate (și nu doar) o descrie ca fiind *o moarte fără dureri sau a omorî pe cineva din milă*. Mai mult, Dicționarul Explicativ al Limbii Române o reflectă drept „metodă de provocare de către medici a unei morți precoce, nedureroase, unui bolnav incurabil - pentru a-i curma suferința grea sau prelungită”. În sinteză, eutanasia se poate caracteriza ca *un ansamblu de acțiuni sau inacțiuni medicale având suport etico-juridic și fiind în interesul „aparent” al bolnavului, în sensul că duce la scurtarea suferințelor unui bolnav care, în stadiul actual al științelor medicale, nu beneficiază de un tratament etiologic, iar prognosticul suferințelor sale este un sfârșit apropiat și inevitabil*.

**Sarcină: Analizați textul și evidențiați
deosebirea dintre eutanasiu, suicidul asistat și îngrijirea paliativă.**

„...Acest concept comportă mai multe semnificații și este utilizat în diferite surse bibliografice cu referire la cel puțin trei tipuri de practici realizate în interesul bolnavului, care duc la scurtarea suferinței acestuia prin moarte:

- a) Eutanasiu ca provocare indirectă a morții prin abținerea de la acțiune curativă.
- b) Eutanasiu (moarte din compasiune) ca totalitate de acțiuni realizate la solicitarea pacientului muribund în vederea terminării vieții.
- c) Eutanasiu ca totalitate de acțiuni medicale realizate în vederea terminării vieții unui pacient în baza consimțământului prezumat. Este vorba de o provocare a morții fără de permisiunea explicită a pacientului, reieșită din presupuziția că dacă acesta ar fi capabil să decidă, ar alege terminarea vieții...

Cu toate acestea, conceptualizarea cea mai frecvent întâlnită în ultima perioadă de timp în publicații este definirea eutanasiu *ca un act deliberat de terminare a vieții a unui pacient competent, în fază terminală a bolii, realizată de către un medic la solicitarea explicită a pacientului și realizată întru binele pacientului...*

Eutanasiu se deosebește de suicidul asistat, care constă în eliberarea unei prescripții, la solicitarea pacientului competent, a unei substanțe care va fi administrată de către pacientul însuși în vederea terminării vieții.

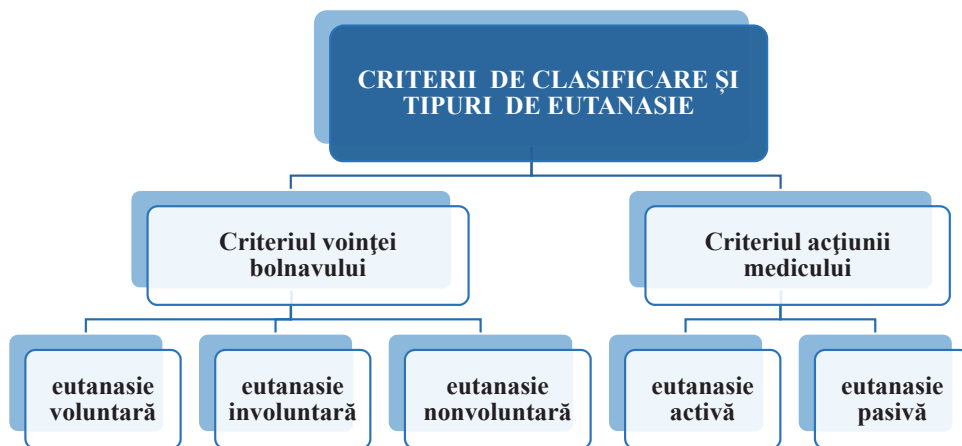
...Această definiție face o delimitare clară și între eutanasiu și unele practici ale îngrijirii paliative, precum sistarea unor tratamente care susțin viața (de exemplu, ventilarea artificială, dializa, hidratarea artificială) sau neinițierea unor tratamente considerate inutile sau fără potențial de a aduce vreun beneficiu pacientului (ex.: resuscitarea cardiopulmonară sau transfuzia de sânge în caz de hemoragie). Aceste decizii, fiind luate în concordanță cu dorințele pacientului, sunt practici etice și legale în multe țări. Inclusiv sedarea terminală, adică inducerea somnului înainte de moarte a pacienților rezistenți la tratamentul simptomatic (cu durere necontrolată, delir, dispnee), este o practică paliativă acceptată moralmente. Diferența esențială dintre aceste tratamente și eutanasiu constă în lipsa intenției de a termina viața pacientului - procesele paliative au drept obiectiv nu producerea morții, ci asigurarea confortului și calității vieții.

Actualmente eutanasiu este legalizată/decriminalizată doar în câteva țări europene: Olanda, Belgia și Luxembourg (Elveția și Germania au legalizat doar suicidul asistat medical), însă, chiar și în aceste state, eutanasiu va fi calificată ca omor, dacă nu sunt satisfăcute un șir de cerințe legale, precum:

1. În momentul solicitării pacientul trebuie să fie major sau minor emancipat.
2. În momentul solicitării pacientul trebuie să fie conștient.
3. Cererea (redactată, datată și semnată de pacient) trebuie să fie formulată într-o manieră voluntară chibzuită și repetată.
4. Cererea redactată, datată și semnată de pacient să nu fie scrisă sub influența unei presiuni exterioare.
5. Pacientul să se afle într-o situație medicală fără ieșire, datorită unei stări de suferință fizică și psihică constantă și insuportabilă, care nu poate fi tratată.

6. Dacă pacientul nu este în stare să scrie, cererea poate fi completată, în prezența medicului, de o altă persoană, care e desemnată de pacient și nu are niciun interes material de pe urma decesului pacientului (în cerere fiind obligatoriu indicate motivele neputinței de a scrie a pacientului).

7. Ca măsură de siguranță post-factum, medicul care a efectuat eutanasia trebuie să declare acest act (într-un interval de patru zile) unei Comisii federale de control și evaluare compusă din 16 membri: opt doctori în medicină (dintre care cel puțin patru sunt cadre universitare), patru juriști și patru persoane care cunosc bine problemele pacienților suferinzi de boli incurabile...” [4, p. 150-151].



EUTANASIA VOLUNTARĂ

Descriere

Pacientul este în deplinătatea facultăților sale mintale, fiind conștient de dreptul și libertatea de a alege, consimte și/sau solicită să fie eutanasiat.

Problema etică

Majoritatea suferinzilor în fază terminală au posibile tulburări psihice și mentale, respectiv, apare problema validității solicitării și consimțământului.

Context practic

Bolnavul aflat în stadiul terminal, lucid, fiind conștient că nu mai are nici o șansă să se vindece iar durerile sunt insuportabile, solicită prin eutanasi^e scurtarea suferințelor din cauza patologiei netratabile și/sau a pierderii demnității.

EUTANASIA INVOLUNTARĂ

Descriere

Această formă de eutanasiu se realizează când pacientul, deși are capacitatea de a decide, nu a fost consultat asupra gestului tanatogen sau a declarat anterior că nu dorește să fie eutanasiat.

Problema etică

Consimțământul și solicitarea pentru actul tanatogen ar fi putut fi obținut de la bolnav, dar nu a fost obținut.

Aceasta este cea mai gravă abatere etică dintre toate!

EUTANASIA NONVOLUNTARĂ

Descriere

Datorită suferințelor fizice sau psihice și a patologiei netratabile se pune capăt vieții unui bolnav care nu poate alege el însuși între a trăi și a muri.

Probleme etice

Constituie o decizie prin substituție, alții luând decizia.

Poate surveni o serie de tendințe de abuzuri și eugenie.

Familia este sau poate fi implicată în a oferi acordul pentru scoaterea din priză a aparatelor de menținere a vieții, care ulterior poate trezi învinovățiri interpersonale și intrapersonale.

Contexte practice

În cazul unui nou-născut plurimalformat, unui bolnav în comă profundă, unui bolnav în stare vegetativă susținut doar de aparate, unui bolnav cu afecțiuni psihice severe.

EUTANASIA ACTIVĂ

Descriere

Această formă de eutanasië este caracterizată prin judecata clasică rezultată din interpretarea etimologică “ a omorî din milă”. În alt sens, moartea este provocată în mod activ și deliberat, adică, se efectuează anumite gesturi care determină moartea (care, de fapt, nu ar surveni în acel moment).

Problema etică

Presupune intervenția activă a unei persoane (nu neapărat a medicului) prin utilizarea unui mijloc tanatogen.

Contexte practice

În timp de război, un rănit grav îi cere unui camarad să-i tragă un glonț pentru a fi scutit de durere și a nu fi povară.

În cazul când se aplică o injecție cu clorură de potasiu, supradoză cu insulină, supradoză de alte medicamente (morfină).

EUTANASIA PASIVĂ

O putem caracteriza prin afirmația “a lăsa să moară”, adică, presupune o inactivitate sau inacțiune. Mai mult, implică abținerea de la utilizarea anumitor mijloace terapeutice sau întreruperea unor măsuri obișnuite de nutriție sau tratament.

Contexte practice

Această formă de eutanasië apare în situații când se cere a îndepărta mijloacele de susținere a vieții sau îndepărtarea mijloacelor de terapie, precum și, îndepărtare a mijloacelor de hrănire/hidratate, adică, se reduce la acordarea de îngrijiri minimale.

REGLEMENTĂRI NORMATIVE	
Națională	Internațională
<p>Articolul 148. Lipsirea de viață la dorința persoanei (eutanasia). Lipsirea de viață a persoanei în legătură cu o maladie incurabilă sau cu caracterul insuportabil al suferințelor fizice, dacă a existat dorința victimei sau, în cazul minorilor, a rudelor acestora, se pedepsește cu închisoare de până la 6 ani.</p> <p>(Codul Penal al Republicii Moldova)</p>	<p>Articolul 2. Dreptul la viață. Dreptul la viață al oricărei persoane este protejat prin lege. Moartea nu poate fi cauzată cuiva în mod intenționat, decât în executarea unei sentințe capitale pronunțate de un tribunal când infracțiunea este sancționată cu această pedeapsă prin lege.</p> <p>Convenția pentru apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților Fundamentale</p>
<p>Asociația Medicală Mondială prin Declarația de la Madrid din anul 1987 și actualizată la cea de-a 70-a Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale de la Tbilisi, octombrie 2019, cu titlul <i>Declarația Asociației Medicale Mondiale privind eutanasia și sinuciderea asistată de un medic susține:</i></p> <p>Eutanasia, adică actul de a pune capăt în mod deliberat vieții unui pacient, chiar și la cererea pacientului sau la cererea rudelor apropiate, este lipsită de etică. Acest lucru nu împiedică medicul să respecte voința pacientului de a permite procesului natural al morții să-și urmeze cursul în faza terminală a bolii.</p>	

Una din **problemele morale majore** a eutanasiei poate fi redată prin întrebarea:

Există deosebire între omor și eutanasiere?

Un **prim răspuns** ar fi conform *Declarației Asociației Medicale Mondiale privind eutanasia și sinuciderea asistată de un medic:*

Cel care omoară aduce moartea, ceilalți lasă natura să-și urmeze cursul vieții.

Iar un **exemplu relevant** în acest context poate fi invocat, *situația de Cod Albastru (stop cardiorespirator)*, există eventualitatea ca echipa de resuscitare la cerința pacientului să nu intervină sau să nu se grăbească.

POZIȚII FAȚĂ DE EUTANASIE	
Argumente PRO eutanasiere	Argumente CONTRA eutanasiere
<p>Acestea se bazează, în esență, pe principiile libertății individuale, pe afirmația că anumite situații de viață sunt inacceptabile și pe convingeri privind valoarea și calitatea vieții umane. Ele se fundamentează, de asemenea, pe prezumția că oamenii sunt capabili să ia decizii raționale, chiar și atunci când sunt suferinzi și în stadiu terminal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Eutanasia este prea radicală</i>, adică, distruge problema în loc să o rezolve. 2. Inadmisibilă legal, Codul Penal al Republicii Moldova o asimilează cu omorul. 3. <i>Greu de pus în practică</i>. Cine trebuie să o realizeze? În alt sens, nu se găsește ușor persoana/medicul dispus să o facă. 4. <i>Devine tot mai puțin necesară</i>, îngrijirea paliativă este o alternativă, ce se

<p>1. <i>Moartea bună sau dreptul de a păstra demnitatea umană.</i> Compasiune sau milă - suferința este foarte mare, boală inumană, iar pacientul trăiește în condiții inumane.</p> <p>2. <i>Libertatea individuală.</i> Dreptul de a muri - opusul dreptului la viață – ca aspect al dreptului la autodeterminare. Nuanțat: “libertatea de a muri, dar nu neapărat dreptul de a muri”.</p> <p>3. Progresul social - conform căruia societatea ar avea obligația (de natură eugenică) de a-i elimina pe cei care nu fac față din punct de vedere fizic sau psihic (teorie utilitaristă, în vogă în anii 20 a secolului trecut, dar perimată după abuzurile naziste).</p> <p>4. <i>Necesitatea economică.</i> Acesta este argument pragmatic, conform căruia, datorită marilor costuri necesare pentru menținerea în viață a unor cazuri fără speranță, este de preferat eutanasia. Resursele se pot distribui mai eficient pentru alte cazuri (în scop terapeutic sau în scop profilactic).</p> <p>5. <i>Evitarea sinuciderilor ratate.</i></p>	<p>preocupă de calitatea vieții până la sfârșitul vieții bolnavului.</p> <p>5. <i>Riscul arbitrariului.</i> Se susține că, o dată deschisă ușa pentru a justifica crima în anumite circumstanțe excepționale, există posibilitatea lărgirii abuzive a criteriilor justificative. Există riscul ca prin <i>eutanasia nonvoluntară</i> să se ajungă la generalizare, adică, norma juridică implică o condiție generală, pe când bolnavul terminal are particularități individuale.</p> <p>6. <i>Protejarea celor slabi, incompetenți și dezavantajați.</i> Are ca justificare faptul că persoanele dezavantajate, care ar fi incapabile să ia decizii pe baza unor informații suficiente privind eutanasia, ar putea fi forțate să opteze pentru o moarte prematură sau ar putea deveni victime ale eutanasiilor nonvoluntare.</p> <p>7. <i>Sacralitatea vieții umane.</i> Această credință, bazată pe valori religioase, consideră că viața umană este sacră și inviolabilă. Instituțiile ecleziale se opun, deoarece se încalcă poruncile și se pierde semnificația religioasă a suferinței și bolii – “Să nu ucizi”, “Compasiune și milă falsă”, “Numai Dumnezeu poate hotărî când se ia viața”.</p> <p>8. <i>Imposibilitatea luării unei decizii competente și raționale.</i> O ființă umană care doarește să moară nu se comportă rațional.</p>
--	--

4. Condiții morale în actul de îngrijire paliativă

În *Carta Albă privind standardele și normele de îngrijire paliativă și hospice în Europa* se regăsesc o serie de caracteristici ale îngrijirii paliative, cele mai esențiale le redăm:

- ✓ îngrijirea paliativă este o îngrijire activă, totală a pacienților a căror boală nu răspunde la tratament curativ;
- ✓ în îngrijirea paliativă este esențial controlul durerii, al altor simptome și al problemelor sociale, psihologice și spirituale;
- ✓ îngrijirea paliativă este interdisciplinară și cuprinde pacientul, familia și comunitatea;
- ✓ îngrijirea paliativă se orientează după conceptul de bază al îngrijirii – acela de a satisface nevoile pacienților, indiferent de locul în care aceștia sunt îngrijiți – la domiciliu sau în spital;

- ✓ îngrijirea paliativă susține viața și consideră moartea un proces normal; aceasta nici nu grăbește, nici nu amână moartea;
- ✓ îngrijirea paliativă își propune să mențină calitatea optimă a vieții până la momentul morții.

Totodată, Organizația Mondială a Sănătății definește îngrijirea paliativă *drept o îngrijire menită să amelioreze calitatea vieții pacienților și familiilor acestora, pentru a face față problemelor cauzate de boli incurabile cu prognostic limitat; îngrijirea se concentrează pe prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea și tratarea impecabila durerii și a altor probleme fizice, psiho-sociale și spirituale.*

Experții europeni în îngrijirile paliative sunt în acord asupra unui set de valori comune, care reflectă un șir de temeuri etice și/sau bioetice [1].

„În ciuda diferențelor dintre abordările naționale ale îngrijirii paliative, pot fi identificate unele valori și principii comune în literatura de specialitate care au fost recunoscute și aprobate în activitățile tip „hospice” și de îngrijiri paliative.

La nivelul țărilor europene, în rândul experților în îngrijiri paliative este recunoscut un set de valori comune. Printre aceste valori se numără autonomia și demnitatea pacientului, nevoia de planificare individuală și de luare a deciziilor și de abordare holistică.

4.1. Autonomie

În îngrijirea paliativă este recunoscută și respectată valoarea intrinsecă a fiecărei persoane ca individ autonom și unic. Îngrijirea se acordă numai atunci când pacientul și/sau familia sunt pregătiți să o accepte. În mod ideal, pacientul își păstrează autodeciziunea cu privire la decizia privind locul îngrijirii, opțiunile de tratament și accesul la îngrijirea paliativă de specialitate. Pacienților trebuie să li se asigure dreptul de a decide singuri, dacă doresc acest lucru. Acest fapt presupune oferirea de informații adecvate cu privire la diagnostic, prognostic, tratament, opțiuni de tratament și toate celelalte aspecte relevante ale îngrijirii.

Cu toate acestea, există o dezbateră permanentă cu privire la aspectele etice atunci când pacientul nu mai are capacitatea de decizie sau nu dorește să ia o decizie, iar informarea și decizia sunt transferate familiei sau personalului de îngrijiri paliative. Echilibrul dintre autonomie și îngrijirea protectivă pare a fi influențat de factorii culturali, deoarece în unele țări transferul decizional de la pacient la îngrijitor este mai frecvent decât în altele.

4.2. Demnitate

Îngrijirea paliativă trebuie realizată de o manieră respectuoasă, deschisă și atentă – atentă la valorile, credințele și practicile personale, culturale și religioase, respectându-se în același timp legislația fiecărei țări.

La fel ca și în cazul calității vieții, demnitatea pare a fi un concept individual, cuprinzând diferite domenii și priorități pentru fiecare pacient. În funcție de definiție, demnitatea poate fi mai degrabă considerată o proprietate intrinsecă decât un bun care

poate fi afectat sau pierdut. Urmând această linie, îngrijirea paliativă ar trebui să ofere un mediu în care pacientul se poate simți demn și poate fi tratat cu demnitate.

4.3. Relația dintre pacienți și personalul medical

Personalul de îngrijiri paliative trebuie să întrețină o relație de colaborare cu pacienții și familiile. Pacienții și familiile sunt parteneri importanți în planificarea îngrijirii și gestionarea afecțiunilor.

Îngrijirea paliativă comportă o perspectivă salutogenică (n.t.: *salus* = păstrare și prosperitate) cu accent pe resursele și competențele pacienților, nu numai pe dificultățile întâmpinate de aceștia. În acest context, abordarea orientată către rezistență a dobândit recent o recunoaștere din ce în ce mai mare. Rezistența se referă la capacitatea pacienților de a face față bolilor incurabile și problemelor asociate și schimbării perspectivei, având în vedere speranța de viață limitată. Conceptul de rezistență oferă o schimbare de paradigmă: în timp ce accentul pe simptome, riscuri, probleme și vulnerabilitate este orientat către deficit, accentul pe rezistență este orientat către resurse. Rezistența subliniază importanța sănătății publice și creează un parteneriat între pacienți, cadre profesionale și structurile comunitare.

4.4. Calitatea vieții

Printre obiectivele centrale ale îngrijirii paliative se numără obținerea, sprijinirea, conservarea și îmbunătățirea cât de mult posibil a calității vieții.

Îngrijirea este orientată în funcție de calitatea vieții, așa cum este aceasta definită de individ. Mai exact, au fost desemnate calitatea vieții biopsihologice și a vieții spirituale, fiind utilizate chestionare standardizate pentru evaluarea calității vieții medicale și asociate bolii în speță. Cu toate acestea, semnificația calității vieții poate fi stabilită exclusiv individual de fiecare pacient aflat în îngrijire paliativă. Dimensiunile relevante ale calității vieții individuale, cât și prioritățile din cadrul acestor dimensiuni, se schimbă adesea în funcție de evoluția bolii. Calitatea vieții pare să depindă mai mult de discrepanța percepută între așteptări și statusul real de performanță, decât de o afectare funcțională obiectivă.

Îngrijirea paliativă nu grăbește și nici nu amână moartea.

4.5. Poziția față de viață și moarte

Multe definiții ale îngrijirii paliative cuprind o poziție față de viață și moarte. Prima definiție a OMS din 1990 a afirmat că „medicina paliativă susține viața și consideră moartea un proces normal”, iar alte definiții au fost de acord cu această poziție. Moartea este privită la același nivel ca și viața, inseparabilă de aceasta și parte din ea.

Îngrijirea paliativă nu încearcă nici să grăbească, nici să amâne moartea.

Eutanasia și suicidul asistat de medic nu trebuie să facă parte din responsabilitatea îngrijirii paliative.

Trebuie recunoscute „valoarea vieții, procesul natural al morții și faptul că ambele oferă ocazia de dezvoltare personală și autoactualizare”.

4.6. Comunicare

Capacitatea bună de a comunica reprezintă o condiție esențială pentru îngrijirea paliativă de calitate. Comunicarea se referă la interacțiunea dintre pacient și personalul medical, la interacțiunea dintre pacienți și rudele acestora, cât și la interacțiunea dintre cadrele medicale din diferitele servicii implicate în îngrijire.

Nemulțumirea și plângerile legate de îngrijire pot fi adesea puse pe seama comunicării ineficiente, mai mult decât pe calitatea necorespunzătoare a serviciilor, în timp ce comunicarea eficientă a dovedit că duce la îmbunătățirea îngrijirii pacienților. Comunicarea în îngrijirea paliativă este mai mult decât un simplu schimb de informații. Trebuie luate în considerare îngrijorările, adesea dureroase, ale pacientului, pentru rezolvarea cărora e nevoie de timp, dăruire și sinceritate. Comunicarea de informații oneste și complete poate reprezenta, pe de o parte, o sarcină dificilă pentru personalul de îngrijiri paliative și, pe de altă parte, respectarea speranței pacientului și a familiei sale de a supraviețui în ciuda morții iminente. Trebuie să se asigure condițiile adecvate pentru comunicarea eficientă,⁴ inclusiv instruire și educare, spațiu și cazare corespunzătoare, timpul necesar pentru a interacționa cu pacienții și familiile acestora și pentru schimbul de informații cu echipa, cât și acces la tehnologia informației de ultimă oră.

4.7. Educația publicului

Consiliul Europei afirmă că este extrem de important să se creeze un climat de acceptare a îngrijirii paliative în statele membre ale Uniunii Europene. De aceea este esențial să se dezvolte capacitatea comunitară și să fie promovată îngrijirea medicală preventivă, astfel încât generațiile viitoare să fie mai puțin temătoare de moarte și de perioada de doliu cu care inevitabil ne vom confrunta cu toții.

4.8. Abordarea multiprofesională și interdisciplinară

Lucrul în echipă este considerat o componentă centrală a îngrijirii paliative. O echipă interprofesională reunește personal medical și nemedical din diferite discipline și profesii care lucrează împreună pentru a oferi și/ sau pentru a îmbunătăți îngrijirea acordată pacienților cu anumite afecțiuni. Alcătuirea echipelor interprofesionale va diferi în funcție de o serie întreagă de factori, printre care se numără grupul de pacienți deservit, măsura în care se acordă îngrijirea și aria locală de acoperire.

Îngrijirea paliativă trebuie să se furnizeze într-un cadru de lucru multiprofesional și interdisciplinar. Deși îngrijirea paliativă poate fi pusă în practică de o singură persoană aparținând unei anumite profesii sau discipline, complexitatea îngrijirii paliative de specialitate... poate fi asigurată numai prin comunicarea și colaborarea permanentă între diferitele profesii și discipline pentru a putea oferi sprijin fizic, psihologic, social și spiritual.

Există dovezi clare că lucrul în echipă în îngrijirea paliativă prezintă avantaje evidente pentru pacient. O revizie sistematică a literaturii de specialitate privind eficiența echipelor de îngrijiri paliative în domeniul oncologic, realizată de Hearn și Higginson, a arătat că echipele de specializate în îngrijirea paliativă sporesc gradul de satisfacție

și identifică și se ocupă mai mult de nevoile pacientului și ale familiei în comparație cu echipele de îngrijire convențională.

Mai mult, abordările multiprofesionale au dovedit că se reduc costurile medicale totale prin diminuarea timpului pe care pacienții îl petrec în mediul spitalicesc. Un studiu mai recent a confirmat efectul pozitiv al echipelor de îngrijiri paliative, cel mai puternic efect fiind asupra controlului durerii și al simptomelor pacienților. Amploarea echipei poate fi stabilită de o manieră flexibilă și în funcție de nevoile pacientului. Un medic generalist și un asistent medical specializat pot alcătui componența minimală a unei echipe. Cu toate acestea, în majoritatea cazurilor, din echipă fac parte asistenți sociali, psihologi și/ sau voluntari. Consiliul Europei recomandă ca fiecare echipă de îngrijiri paliative să fie condusă de un cadru calificat în îngrijirea paliativă.

4.9. Durerea și perioada de doliu

Îngrijirea paliativă oferă sprijin familiei și îngrijitorilor apropiați pe perioada bolii pacientului, îi ajută să se pregătească pentru pierderea viitoare și continuă să ofere sprijin pe perioada doliului, după decesul pacientului, dacă este solicitat sprijinul. Serviciile de suport în perioada de doliu sunt recunoscute ca o componentă de bază a serviciilor de îngrijire paliativă.

Evaluarea riscului de durere și în perioada de doliu este un lucru de rutină, corespunzător în funcție de evoluție și permanent pentru pacient și familie de-a lungul traiectoriei bolii, recunoscând aspectele legate de pierdere și durere asociate unei boli incurabile. Serviciile de suport în perioada de doliu și suportul de urmărire sunt puse la dispoziția familiei după decesul pacientului” [1].

Împlinirea condițiilor morale ale îngrijirilor paliative se realizează în contextul suportului profesional interdisciplinar. Astfel, conform Standardului Național de Îngrijiri Paliative, domeniile implicate cuprind o gamă largă de servicii (medicale, de nursing, psihologice/emoționale, spirituale și sociale) pentru pacienții eligibil și familiile acestora [5, p. 6].

Mai mult, reglementarea națională [5] reflectă și serviciile ce formează domeniul îngrijirilor paliative:

I. Serviciile medicale se asigură de un medic calificat, licențiat în medicina generală și specializare îngustă/perfecționare în îngrijiri paliative.

Serviciile medicale cuprind:

- ✓ decizia de preluare în îngrijire;
- ✓ evaluarea inițială;
- ✓ stabilirea planului de tratament;
- ✓ reevaluarea și monitorizarea;
- ✓ supervizarea medicală;
- ✓ transferul, externarea/scoaterea din evidență;
- ✓ comunicarea și educarea pacienților și familiei/îngrijitorului;
- ✓ promovarea îngrijirii paliative, instruirea personalului, cercetare.

Prestatorul lucrează după protocoale clinice în tratamentul simptomelor și are în documentație fișe de control al durerii.

II. Serviciile de nursing se asigură de către asistenți medicali calificați, instruiți în îngrijiri paliative minim 6 săptămâni și supervizați minim 3 luni de către asistenta coordonatoare.

Sarcinile acestei activități includ:

- ✓ *observarea/evaluarea pacientului;*
- ✓ *întocmirea și adaptarea continuă a planului de îngrijire;*
- ✓ *comunicarea cu pacientul/familia/îngrijitorul și echipa;*
- ✓ *educarea pacientului și familiei;*
- ✓ *controlul activității infirmierilor/voluntarilor;*
- ✓ *consilierea familiei înainte și după deces, promovarea îngrijirii paliative, educație.*

III. Serviciile sociale se asigură de către asistenți sociali calificați, cu instruire de minim 4 săptămâni în îngrijiri paliative și supervizare de minim 3 luni de către asistenta coordonatoare.

Respectiv, ***serviciile sociale realizează următoarele atribuții:***

- ✓ *evaluarea psiho-socială;*
- ✓ *participarea la stabilirea și implementarea planului de îngrijire;*
- ✓ *consiliere, relația cu alte servicii și educație;*
- ✓ *apărarea drepturilor pacientului/familiei;*
- ✓ *participarea la planificarea externării;*
- ✓ *sprijin pentru organizarea serviciilor funerare;*
- ✓ *suportul familiei în perioada de doliu;*
- ✓ *participarea la selectarea voluntarilor, promovarea îngrijirii paliative, supervizare.*

IV. Serviciile de suport spiritual/religios sunt asigurate de clerici (reprezentant al cultului religios sau persoane cu experiență și calificare similară) instruiți în îngrijire paliativă minim o săptămână.

Serviciile de suport spiritual/religios includ:

- ✓ *consiliere spiritual-morală;*
- ✓ *rugăciune, servicii și ritualuri religioase specifice;*
- ✓ *ascultare activă, meditație, participare la servicii funerare.*

V. Serviciile de consiliere și asistență psiho-emoțională includ:

- ✓ *subiecte de consiliere pentru individ/familie/grup;*
- ✓ *intervenție în caz de criză;*
- ✓ *consiliere până și după decesul pacientului.*

Mai mult, consilierea este oferită la nivel de bază de către fiecare membru al echipei interdisciplinare. Pentru probleme psihologice complexe se va asigura accesul la profesioniști calificați.

Calificările unui psiholog: diplomă universitară în domeniul psihologiei sociale sau medicale, instruire în îngrijire paliativă – 4 săptămâni, 4 săptămâni de supraveghere de coordonatorul echipei.

VI. Serviciile de voluntari presupun:

- ✓ munca directă cu pacienții și familiile acestora (de exemplu: companie, cumpărături, transport, menaj, sprijin în perioada de doliu etc.);
- ✓ activități administrative (de exemplu: lucrări în oficiu, activități de colectare de fonduri, ajutor în organizarea evenimentelor speciale, lucrări de construcție și întreținere).

Totodată, voluntarii își desfășoară activitatea fără a primi beneficii materiale. Activitatea lor se bazează pe un contract scris, care include specificarea programului și a activităților desfășurate.

Voluntarii care lucrează în servicii de îngrijire paliativă beneficiază de instruire de bază și supervizare din partea coordonatorului de voluntari.

VII. Serviciile în perioada de doliu includ:

- ✓ suportul familiei înainte și după decesul pacientului;
- ✓ consiliere individuală și familială;
- ✓ corespondență/telefoane/vizite la familiile îndoliate;
- ✓ consiliere spirituală;
- ✓ grupuri de sprijin, legătură cu alte surse de sprijin în comunitate.

Serviciul în perioada de doliu este asigurat de către: un asistent social sau psiholog, membrii echipei și voluntari, toți cu o instruire adecvată.

Tabelul 1. Necesitățile pacientului aflat în paliativă [3, p. 19].

Dimensiunea	Necesitatea
Fizică	Înlăturarea simptomelor.
Psihologică	
Siguranța	Sentimentul de securitate.
Înțelegerea	Explicațiile în legătură cu simptomele și boala.
Respectul de sine	Posibilitatea de a discuta despre moarte.
	Implicarea în luarea deciziei, mai ales pe măsură ce crește dependența fizică de alții. Șansa de a da și a primi.
Socială	
Acceptarea	Atitudinea îngăduitoare a personalului de îngrijire față de dispoziția, sociabilitatea și aspectul pacientului.
Apartenența	
Detașarea	

	Sentimentul de a fi dorit și legat de cei din jur, de a nu fi o povară.
	Posibilitatea de a-și lua rămas bun de la persoanele sau lucrurile de care s-a atașat, de a încheia probleme nerezolvate în familie sau de afaceri, de a transmite responsabilități altora.
Spirituală	
Dragostea	Exprimarea afecțiunii; contactul uman (de exemplu atingerea).
Împăcarea	Posibilitatea de a restabili relațiile umane deteriorate, de a cere iertare.
Valoarea proprie	Conștiința faptului că este iubit și apreciat.
Scopul în viață	Sentimentul că viața are încă sens.

Analizați textul și structurați o poziție cu privire la deciziile morale pe final de viață

„Asistența paliativă are drept obiectiv sporirea calității vieții pacientului. Calitatea vieții este un concept care desemnează percepția subiectivă a vieții, măsurată din perspectiva experienței trăite și a așteptărilor cu privire la viitor. Prin urmare, realizarea obiectivului asistenței paliative este posibilă prin implicarea activă a pacientului în actul decizional, deoarece doar pacientul poate să aprecieze în mod autentic ce este benefic pentru el însuși. Această afirmație este valabilă atunci când este vorba de un pacient competent sau în capacitate decizională, fiind capabil să înțeleagă, să rețină și să cântărească o informație în baza căreia urmează să facă o alegere.

Capacitatea decizională a pacientului se poate deteriora odată cu avansarea bolii, în asemenea condiții se recomandă o decizie colaborativă a echipei paliative și a familiei (aparținătorului) cu privire la tratamentul pacientului. Această decizie de consens ar trebui să fie maximal consistentă dorințelor și valorilor pacientului...

În îngrijirea paliativă un șir de decizii trebuie să fie luate de pacient, familie și personalul medical pe marginea unor subiecte polemice din punct de vedere etic. Se are în vedere deciziile cu privire la neinițierea sau încetarea unor anumite tratamente, după cum ar fi: resuscitarea cardiopulmonară, ventilarea artificială, alimentarea și hidratarea artificială, sedarea terminală etc. Aceste decizii se iau ținând cont de nevoile pacientului, dar și de datele obiective referitoare la ceea ce poate fi un avantaj/beneficiu sau nu.

Tratamentul inutil

Deciziile cu privire la neinițierea sau întreruperea unui tratament sunt asociate, deseori, cu aprecierile unui tratament ca fiind inutil. *Futilitatea medicală* este un termen utilizat pentru a desemna:

- ✓ aplicarea inoportună/inadecvată/improprie a unui tratament fără de șanse de a aduce beneficiu pentru pacient;
- ✓ un tratament, aplicarea căruia nu aduce vreun beneficiu semnificativ pacientului;
- ✓ un tratament care nu poate aduce o îmbunătățire rezonabilă a calității vieții pacientului.

Chiar dacă judecata cu privire la futilitatea medicală este realizată de către medic, reieșind din practica clinică, studiile de caz și situația pacientului concret, judecăți cu privire la același subiect pot fi făcute de către pacient sau familie din propria lor perspectivă. Astfel, tratamentul poate fi calificat ca fiind *inutil* din perspectiva medicului (echipei medicale) sau din perspectiva pacientului/familiei. Acest fapt poate fi sursă a unor dezacorduri și dificultăți în luarea deciziilor.

Refuzul unui tratament considerat inutil de către pacient

Pacientul poate să ia decizia de a respinge un tratament, considerat ca fiind lipsit de orice beneficiu somatic sau psihic pentru el. Un pacient adult în capacitate decizională poate să refuze un tratament, chiar dacă această decizie poate deteriora starea lui de sănătate sau poate provoca moartea. Sarcina echipei paliative în asemenea condiții este să informeze pacientul cu privire la consecințele alegerii, în manieră generală, personalul medical trebuie să-l ajute pe pacient să înțeleagă opțiunile rezonabile de tratament, oferindu-i informația completă și oportună.

Aplicarea unui tratament standard considerat inutil de către medic

Există situații când un anumit tratament este considerat inutil pentru un anumit pacient de către echipa medicală, însă aceasta îl aplică, dat fiind că el este considerat drept standard terapeutic. Unele tratamente sunt inoportune/improprii din punct de vedere medical, căci nu sunt în interesul pacientului și duc doar la alocări defectuoase de resurse medicale și așa limitate. Echipele medicale sunt somate să realizeze solicitările pacienților și familiilor acestora, dacă societatea ar mandata asemenea intervenții... De exemplu, resuscitarea cardiopulmonară (RCP) este o procedură medicală care dublează rata de supraviețuire a pacienților care fac atac de cord. Aplicarea RCP în cazul pacienților muribunzi poate fi, însă, inoportună, cauzând anumite complicații. Cu toate acestea, fiind o procedură standard pentru asemenea condiție medicală, această procedură va fi aplicată și pacienților muribunzi de către medici. Pentru a evita inducerea disconfortului sau alterarea calității vieții pacientului muribund, se recomandă ca medicul să discute în prealabil cu pacientul și familia acestuia despre beneficiile și riscurile resuscitării în cazul fazei terminale. Aceasta îi va face capabili să decidă cu privire la acceptarea sau refuzul procedurii respective, dacă va fi cazul. Deci, moralmente vorbind, decizia de neresuscitare se va face la solicitarea pacientului/familiei, nu în baza unor politici prestabilite, de exemplu, reieșind din vârsta avansată a pacientului. Pentru evitarea suspiciunilor de malpraxis, această decizie trebuie să fie documentată (înregistrată și semnată).

Solicitarea din partea pacientului/familiei pentru un tratament considerat inutil de către medic

Există situații când pacientul/familia solicită aplicarea unui tratament ce este calificat de către medic ca fiind inutil. Unii autori consideră că în astfel de situații promovarea autonomiei absolute a pacienților conduce la ignorarea faptului că standardul „de a acționa în interesul și binele pacientului” presupune o conexiune a pacientului cu familia, cadrul medical și comunitatea. Altfel spus, pacientul/familia nu ar avea dreptul să insiste pe aplicarea unui tratament inutil, reieșind din necesitatea de raționalizare a resurselor, de distribuire a lor echitabilă și rezonabilă...

În asemenea condiții, medicul trebuie să evalueze situația proprie unui pacient (interesele acestuia) în raport cu interesul altor pacienți (comunității). Să ia decizii prin balansarea judicioasă a drepturilor pacientului/familiei în raport cu drepturile societății, în același timp, nu este moralmente acceptabilă decizia de sistare/ neinițiere a unui tratament în lipsa consensului, în detrimentul deciziei familiei. Aceasta poate iniția sentimentul de abandon și de insatisfacțiile de serviciile de sănătate. Medicul trebuie să vorbească cu familia în mod senzitiv/empatic, asigurând-o că va fi făcut totul pentru confortul și demnitatea pacientului, evitând formulări de tipul „*nimic nu se mai poate de făcut*”...

Medicul trebuie să înțeleagă/elucideze obiectivele pacientului/ familiei și să prezinte obiectivele tratamentului, explicând în ce măsură intervenția medicală solicitată realizează obiectivele tratamentului, obiectivele pacientului și ale familiei. Astfel, obiectivul tratamentului poate fi asigurarea confortului pacientului, pe când familia poate avea drept scop menținerea pacientului în viață cât mai mult posibil.

Un exemplu relevant este solicitarea de nutriție și hidratare artificială (NHA). Aceasta poate menține viața și greutatea corpului în limitele normei o perioadă foarte îndelungată de timp. Asociația Medicală Americană nu face distincție dintre NHA și alte tratamente de susținere a vieții. Fiind nealimentat și nehidratat, pacientul va muri în câteva zile. În contextul îngrijirilor paliative, deciziile cu privire la inițierea, neinițierea sau sistarea NHA vor fi luate de pacient sau familie în comun acord cu echipa medicală, după o analiză și discutare a avantajelor și dezavantajelor pentru pacient, în cazul unor pacienți muribunzi, NHA poate aduce beneficii minime prin extinderea limitelor vieții, dar de multe ori aceste beneficii sunt neproportionale în raport cu povara produsă pentru pacient. Cei mai mulți pacienți își reduc ingestia sau o opresc cu mult timp înainte de moarte, dat fiind stoparea funcțiilor organismului ca rezultat al procesului firesc de murire. Alimentația și lichidele pot fi cauza greții și a disconfortului intestinal, în asemenea cazuri, sistarea sau neinițierea NHA este rezonabilă și acceptabilă din punct de vedere etic. Pentru a reduce suferința familiei, medicul trebuie să le comunice aceste lucruri (despre disconfortul resimțit de pacient prin aplicarea NHA), menționând, în același timp, că moarea vine din cauza cursului bolii, nu din cauza nealimentării sau nehidratării.

Particularitățile actului decizional în cazul pacienților minori

Luarea deciziilor cu privire la sistarea sau neinițierea unui tratament inutil în cazul minorilor ridică un șir de dificultăți legate de incompetența factuală și legală a acestora, pe de o parte, iar pe de altă parte, de barierele de ordin emoțional înfruntate de părinți/ aparținători în procesul decizional. Implicarea copiilor maturi (14-18 ani) în procesul decizional - oferirea posibilității să pună întrebări, să-și exprime temerile și opiniile în măsura competenței -duce la scăderea tensiunilor dintre copii, părinți și echipa paliativă.

Totodată, există situații când opiniile părinților diferă de cele ale copilului cu privire la ceea ce este în beneficiul lui. Contradicții pot apărea și între opiniile părinților și ale echipei medicale cu privire la același subiect, în situațiile de conflict decizional, un șir de proceduri ar fi utile în vederea atingerii consensului și anume:

- ✓ acordarea suportului multidisciplinar familiei în vederea conștientizării propriei anxietăți, sentimentelor de vină și responsabilitate pentru decesul prematur al copilului; activitatea suportivă pentru refocusarea speranței și obiectivelor;
- ✓ evaluarea dinamicii familiei și a posibilelor cauze ale contraargumentului;
- ✓ cooptarea unui profesionist independent pentru consultarea echipei medicale cu privire la ceea ce poate constitui „cel mai bun interes al copilului”;
- ✓ apelarea la consultanță din partea comitetului de etică...

În cazul în care nu se reușește stabilirea unui consens, se va proceda în conformitate cu *interesul superior al copilului* (ONU, 1990)..., ceea ce înseamnă a face orice ca acestui copil să-i fie bine. A face bine unui copil bolnav în fază terminală nu este echivalent întotdeauna cu a trăi mai mult, dar, în același timp, nu este acceptabil ca un copil bolnav să moară înainte de a se încerca tot ce este posibil pentru salvarea lui...

Directiva în avans

Pentru a evita posibile conflicte în echipa medicală, dintre echipa medicală și aparținători/familie cu privire la inițierea, neinițierea, stoparea unui tratament considerat inutil de către una dintre părți pentru un pacient aflat în incapacitate decizională, este recomandabilă aplicarea procedurii planificării în avans, care va finaliza cu un document numit *directivă în avans*. Acest document stipulează preferințele pacientului exprimate în prealabil în formă de recomandare pentru personalul medical, cu privire la tratamentele viitoare, în eventuala incompetență decizională. Așadar, directiva în avans poate fi aplicată în vederea:

- a) fixării dorințelor și obiectivelor pacientului;
- a) asigurării cu instrucțiuni cu privire la anumite tratamente, precum: resuscitarea cardiopulmonară, hidratarea și alimentarea artificială, donarea de organe post-mortem etc.;
- b) desemnării unui reprezentant care va lua decizii din numele pacientului și în interesul acestuia.

Directiva în avans prezintă un șir de avantaje...:

- maximizează probabilitatea că tratamentul va satisface obiectivele și nevoile pacientului;
- minimizează riscurile tratării inoportune (insuficiente sau excesive) a pacientului;
- minimizează potențialul conflict dintre echipa paliativă și aparținători;
- minimizează povara de luare a deciziilor în numele pacientului și în interesul lui.

În Republica Moldova nu există bază legală pentru directiva în avans în activitatea clinică. Cu toate acestea, articolul 9 al Convenției de la Oviedo (1997), ratificată de Parlamentul Republicii Moldova în 2003, stipulează: „*Dorințele pacientului, exprimate în prealabil asupra unei intervenții medicale, ar trebui luate în considerare, dacă la momentul intervenției respective pacientul nu se află într-o stare care să-i permită exprimarea voinței proprii*”. Chiar dacă conținutul articolului dat nu este foarte explicit, acesta, cel puțin, presupune o procedură de luare de act de preferințele exprimate în prealabil de către pacient. Deoarece Convenția are un caracter normativ, statele care o ratifică trebuie să-și ajusteze cadrul legal în conformitate cu prevederile respective” [4, p.143-149].

Sarcini pentru lucrul individual al studentului

- ✓ Problema dreptului la viață și la moarte
- ✓ Cadrul normativ internațional aplicat în reglementarea transplantologiei
- ✓ Protejarea vieții donatorului și receptorului
- ✓ Problema constatării morții în transplantul de pe cadavru
- ✓ Traficul de organe: provocări și soluții
- ✓ Bioetica, eutanazia și demnitatea morții
- ✓ Eutanasia – moft utilitar sau act de libertate?
- ✓ Poate deveni eutanasia un interes criminal?
- ✓ Interpretarea biblică a vieții și morții
- ✓ Viața - valoare eternă a umanității
- ✓ Pluralismul semantic al morții în diverse tradiții culturale
- ✓ Problema deciziilor morale pe final de viață

Studii de caz

Alocarea de resurse în transplant: criteriile de acordare a unui transplant de cord

La un Spital din SUA s-a întâmplat un eveniment extrem de rar: a apărut un donator de cord compatibil pentru doi dintre candidații de pe lista de așteptare a aceluși spital (să-i considerăm Dnul X și Dnul Y). Fiind bolnav de insuficiență cardiacă, Dnul X a fost înscris pe listă de aproape un an, în prezent riscul de deces fiind foarte mare. Dnul Y este recent introdus pe listă și ar putea fi susținut cu tratament medicamentos încă o perioadă de timp, posibil până când un alt cord ar fi disponibil. Pentru decideți alocarea către pacientul X a părut soluția evidentă. Nu însă toți membrii comisiei de etică au ajuns la același acord. Dnul X în vârstă de 64 ani era într-adevăr cunoscut cu boală cardiacă de mulți ani. Până în prezent a avut două angioplastii și două operații by-pass coronarian pentru a corecta o „obstrucție” a vaselor inimii. Problema întrezărită de membrii comisiei era că Dnul X a continuat să fumeze, să consume grăsimi și să se mențină supraponderal. După fiecare din procedurile menționate doctorii i-au recomandat schimbarea stilului de viață, avertizându-l că starea clinică s-ar putea deteriora. Totuși pacientul nu a renunțat la fumat și nici nu și-a modificat dieta. A considerat că este prea greu. În prezent studiile științifice au arătat că fumatul și hipercolesterolemia sunt factori de risc pentru bolile cardiace, blocajul arterelor coronare fiind direct atribuit acestor doi factori. Angioplastia și bypass-ul coronarian pot corecta aceste probleme dar nu sunt un tratament curativ în totalitate. Pentru a evita complicațiile ulterioare pacienții trebuie să își controleze dieta, să oprească fumatul, să evite stresul, ceea ce într-adevăr nu este ușor.

În timp ce „inima salvatoare” este transportată de urgență cu avionul spre spitalul în cauză comisia de etică trebuie să decidă repede [întrebare la caz] cine este candidatul de elecție în acest caz [2, p. 120].

Cazul Nancy Cruzan: dreptul de a muri la o persoană incompetentă mental

Nancy Cruzan se afla de șapte ani în stare vegetativă persistentă, după un accident rutier suferit în 1983. În 1990 avea 32 de ani și era menținută în viață prin alimentație artificială. Îngrijirile medicale pentru un astfel de pacient în statul Missouri, se ridicau la 130.000 de dolari anual. În 1987, după patru ani de la producerea accidentului care o adusese pe Nancy în această stare, părinții ei au cerut să i se scoată tubul de alimentare, ca ea să poată muri. Spitalul a insistat ca cererea părinților să fie validată de un ordin al curții de justiție. O curte locală a admis cererea părinților, dar în 1988, Curtea Supremă a Statului Missouri a schimbat decizia, pe baza interesului absolut al statului în menținerea vieții și al lipsei probelor clare și convingătoare că pacienta însăși ar fi refuzat tratamentul. Ei au precizat că dreptul de refuz al tratamentului este personal, și nimeni nu îl poate exercita în interesul lui. Deși pacienta își exprimase cândva dorința “de a nu trăi ca o legumă”, iar mama ei a arătat că mai mulți copii din Missouri nu pot beneficia de salvatorul transplant de măduvă osoasă pentru că se cheltuiesc anual 130.000 \$ pentru Nancy, decizia a fost menținută. S-a conchis că prin Constituția americană nu se interzice unui stat de a cere probe clare și convingătoare asupra unei decizii exprimate de o persoană în perioada când era competentă, cu privire la renunțarea la hidratare și alimentație artificială [2, p. 128-129].

Întrebare la caz: Ce aspecte ale drepturilor omului sunt trecute cu vederea de curtea de justiție în acest caz?

Referințe bibliografice

1. Carta Albă privind standardele și normele de îngrijire paliativă și hospice în Europa: partea 1. În: <http://www.studiipaliative.ro/wp-content/uploads/2013/09/1white-paper-standards.pdf> (accesat 22.06.2020).
2. Gavrilovici C. Introducere în bioetică. Iași: Junimea, 2007. 239 p.
3. Gramma R., Munteanu M. Organizarea asistenței pacientului muribund: asistența paliativă. În: Medicina paliativă: Ghid pentru medicii de familie. Chișinău: Tipogr. "Omega Premium", 2017, p. 8-32.
4. Paladi A., Gramma R. Etica aplicată și drepturi fundamentale în practica asistenței paliative. În: Medicina paliativă: Ghid pentru medicii de familie. Chișinău: Tipogr. "Omega Premium", 2017, p. 136-176.
5. Standard Național de Îngrijiri Paliative. Aprobabil prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 884 din 30.12.2010 „Cu privire la aprobarea Standardului Național de Îngrijiri Paliative”.
6. Zanc I., Lupu I. Bioetica medicală – principii, dileme, soluții. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2001. 158 p.

Tema 7.

ASPECTE ETICE ÎN CERCETĂRILE BIOMEDICALE

Scopul temei: Configurarea aspectelor etice în cercetările biomedicale.

Durata și tipul de activitate: Conținutul temei este studiat în 6 ore academice, unde 2 ore sunt rezervate cursului teoretic și 4 ore de seminar.

Obiective trasate în lucrare:

- ✓ să definească specificul aspectului etic în cercetare;
- ✓ să cunoască diferența dintre cercetare biomedicală și activitate clinică medicală;
- ✓ să releve categoria de integritate științifică;
- ✓ să înțeleagă cerințele etice de bază în cercetarea cu implicarea ființelor umane (pacienților sau voluntarilor sănătoși);
- ✓ să aplice cunoștințele obținute la evaluarea unui protocol de studiu cu implicarea ființelor umane;
- ✓ să înțeleagă importanța abordării etice a cercetării științifice.

Metode și materiale pentru realizarea lucrării

Materialul teoretic al temei este predat în manieră clasică, prin prelegere și seminar. Seminarul presupune aplicarea a unui șir de metode precum: conversația euristică, problematizarea, brainstorming, lucrul în grup, studiul individual, dezbaterea, rezolvarea situațiilor de problemă, joc de rol, studiul de caz.

MATERIALUL TEORETIC

1. Etica cercetării biomedicale: definiții și cazuri istorice

Cadrul normativ național definește cercetarea biomedicală (*studiu clinic*) drept o activitate științifică care are ca scop studierea parametrilor fiziologici, psihologici și a altor stări ale organismului uman sub influența diferiților factori, precum și testarea clinică a noilor metode de diagnostic, curativ-profilactice, de reabilitare, a medicamentelor sau a altor remedii realizată pe un subiect uman.

Literatura de specialitate interpretează această definiție și evidențiază două elemente semnificative ale cercetării biomedicale: *obiectivul* – obținerea cunoștințelor benefice pentru promovarea sănătății, pe de o parte, iar pe de altă parte, *obținerea și testarea acestor cunoștințe* prin implicarea subiecților umani (pacienți sau voluntari sănătoși) [2, p. 7].

Totodată, antrenarea subiecților umani în cercetarea biomedicală cere echipei de cercetare o serie de prevederi etice cu caracter obligatoriu. Mai mult, contextul istoric și complexitatea științei biomedicale a determinat constituirea unui domeniu etic aplicat – **Etica cercetării biomedicale**. Acest domeniu *analizează și sistematizează valorile și normele morale care reglementează practica cercetării biomedicale*. Printre acestea,

referințele morale care conformează practica cercetării biomedicale cu valorile umane sunt constituite istoric, ca urmare a **aspirațiilor, necesității, greșelilor și abuzurilor** existente în istoria cercetărilor. Deși cunoștințele obținute în urma experimentelor biomedicale pretind a fi benefice, acestea nu vor fi acceptate dacă sunt obținute în mod incorect din punct de vedere legal și moral. Aceste relatări fac trimitere la analiza unor cazuri relevante în istoria cercetărilor biomedicale.

Sarcina redată mai jos urmărește acest obiectiv.

SARCINĂ:

Analizați textul, totodată citiți și studiile de caz de la sfârșitul temei. Determinați abuzurile observate și descrieți necesitatea aspectelor etice în cercetările biomedicale actuale.

3. Repere istorice pentru etica cercetării

„Experimentele derulate de către naziști pe prizonierii din lagărele de concentrare au șocat și au condus în final la apariția Codului de la Nürnberg. Au fost derulate cel puțin 26 de tipuri de experimente care au ridicat importante probleme etice și științifice legate în special de respectul persoanei dar și de utilizarea rezultatelor obținute (Berger, 1992; Katz & Pozos, 1992), ele fiind categorisite fie drept ”o aberație izolată în istoria experimentărilor medicale (p.235)” (Katz, 1992), fie exemplul extrem și omniprezent de abuz asupra ființelor umane în contextul cercetărilor medicale (Katz & Pozos, 1992).

Cel mai surprinzător este faptul că, în momentul desfășurării unora dintre cele mai abominabile experimente pe om, existau de fapt ghiduri de derulare a cercetărilor medicale și că acestea erau disponibile medicilor germani în perioada derulării experimentelor menționate. Deja era cunoscut faptul că experimentele științifice nu puteau fi derulate fără un scop terapeutic; că toate experimentele medicale trebuie să respecte standardele etice; că ”terapiile inovatoare” ar trebui administrate doar dacă succesul acestora a fost demonstrat anterior pe animale; consimțământul era o condiție obligatorie înainte de administrarea ”terapiilor inovatoare”, în afară de cazul în care procedura experimentală sau tratamentul era absolut necesar pentru salvarea vieții; și că experimentările nu ar trebui să implice persoane mai tinere de 18 ani dacă ar fi suspiciuni de risc (Loue, 2002). Violarea acestor precepte în lagărele de concentrare naziste subliniază nevoia de formulare de ghiduri în cercetare care să fie aplicabile în toate cercetările și asupra cărora să existe un consens în ceea ce privește conținutul și importanța.

Etica cercetării pe subiecți umani nu s-a născut în contemporaneitate. În Statele Unite au existat reglementări etice încă de la începutul anilor 1900. În anul 1907, Osler arăta că ființele umane pot fi folosite în cercetare numai după ce siguranța unui nou medicament sau proceduri medicale este demonstrată pe animale; subiectul putea participa numai după consimțământ prealabil și numai dacă cercetarea îi aducea un beneficiu direct pentru el; participarea voluntarilor sănătoși în experimente era permisă numai în condițiile cunoașterii detaliilor despre studiu și obținerii acceptului acestora.

Chiar în condițiile existenței unor astfel de reglementări menite în principal să protejeze subiecții participanți, au existat studii și experimente desfășurate în circumstanțe îndoielnice. Istoria medicinei conține înregistrări despre acțiuni întreprinse cu scop de determinare de noi tratamente, concepte medicale, proceduri, de cele mai multe ori pornite sau motivate pe baza beneficiului acestora pentru pacient. Sunt cunoscute cazuri în care intențiile inițiale au căpătat o altă turnură la sfârșit, când rezultatele remarcabile obținute au necesitat tribut uman. În acest sens, studiul Tuskegee a devenit un caz de notorietate internațională prin durată, resursele umane utilizate și, în primul rând, prin numeroasele probleme etice pe care le-a ridicat. Acest studiu s-a desfășurat în Tuskegee, statul Alabama din SUA, pe o perioadă de 40 de ani (între 1932 și 1972)...

Dintotdeauna medicina a fost guvernată de datoria de a face bine și de a nu face rău. A existat dintotdeauna prezumția că medicii nu-și vor leza în mod deliberat pacienții și nu vor permite ca aceștia să fie lezați în vreun fel. Studiul Tuskegee reprezintă un model negativ în cercetarea pe subiecți umani din multe puncte de vedere. Subiecții nu au știut că participă într-o cercetare medicală, nu au știut ce este sifilisul, o parte dintre ei fiind informați că suferă de „sânge rău”, fără a primi explicații cu privire la starea lor. Partizanii drepturilor pacienților susțin că, deși în anii 1930 a spune adevărul pacienților nu era o normă legală, aceasta nu face ca dezinformarea și chiar mințirea participanților în studiul Tuskegee în anii 1930 să poată fi acceptabilă etic. Subiecții au fost vătămați atât prin efectuarea de puncții rahidiene în scop non-terapeutic cât și prin netratarea sifilisului. Studiul Tuskegee a avut un impact important la distanță. Unele opinii subliniază caracterul rasist al studiului. Pentru mulți dintre cetățenii americani de culoare acest studiu a devenit un simbol al tratării lor inadecvate în cadrul sistemului medical, un adevărat „genocid rasial” (Strous, 2012).

Experimentele naziste din cel de-al Doilea Război Mondial...

Prizonierii supuși acestor experimente nu au fost niciodată informați cu privire la ceea ce urma să li se întâmple și nu au avut ocazia de a accepta sau refuza participarea. Nu au existat nici un fel de tentative de a minimiza riscurile la care erau supuși subiecții. Se pune întrebarea dacă experimentele derulate în Germania nazistă reprezintă un eveniment izolat în istoria experimentării medicale sau este vârful iceberg-ului abuzurilor asupra ființelor umane care se fac în toată lumea, într-o formă mult atenuată, în numele cercetării medicale.

Cert este că abuzurile în cercetarea pe subiecți umani nu au luat sfârșit, după cel de-al Doilea Război Mondial, în ciuda faptului că au fost emise reglementări naționale și internaționale stricte în acest domeniu. Multe din abuzurile în cercetarea pe subiecți umani s-au comis cu precădere asupra populațiilor vulnerabile: persoane instituționalizate, persoane sărace, militari, deținuți, persoane incompetente mental, membri ai unor grupuri minoritare etc. În acest sens, este ilustrativ cazul închisorii Holmesburg....

Subiecții participanți nu își puteau da consimțământul liber, în mod voluntar, participarea lor constituind una dintre modalitățile prin care puteau câștiga bani pentru a-și achiziționa diferite produse de care aveau nevoie, sau își puteau plăti cauțiunea. Participarea deținuților în experimente devenise un mijloc de a-i controla, în sensul că, acelor deținuți care nu se supuneau regulilor închisorii, nu li se permitea să participe

în experimente, pierzându-și astfel singura sursă de venit. Această situație a continuat ani de zile. Dezvăluirea s-a produs cu ocazia cercetărilor care s-au făcut ca urmare a comiterii unor abuzuri sexuale în sistemul penitenciar din Philadelphia. Cu această ocazie a fost dezvăluit faptul că unii dintre prizonieri au folosit puterea economică pe care o dobândiseră pentru a obține în mod abuziv favoruri sexuale din partea altor deținuți. În aceste circumstanțe, experimentele pe deținuții din închisoarea Holmesburg au încetat.

Cercetarea pe populații vulnerabile: cazul Willowbrook...

În acest experiment nu s-a luat nicio măsură pentru a proteja copiii internați la Willowbrook împotriva hepatitei prin tratament cu gama globulină, a cărei eficiență era binecunoscută la acea vreme. Părinții copiilor nu au fost informați asupra riscurilor la care sunt supuși aceștia. Mai mult, consimțământul părinților era obținut sub presiune. În schimbul consimțământului, acestora li se promitea urgentarea internării copiilor în școala Willowbrook” [3, p. 149-153].

Cazurile și evenimentele enumerate în textul supra, precum și documentele elaborate în consecință (*Codul de la Nürnberg* (1949), *Declarația de la Helsinki* (1964), *Convenția privind Drepturile omului și biomedicina* (Oviedo, 1997) etc.) sunt diferite ca formă și volum, dar ele au determinat și au reglementat standarde morale pentru o bună desfășurare a cercetării cu subiecți umani. Actualmente sunt elaborate un șir de standarde ale cercetării care reprezintă repere de desfășurare corectă a cercetării, ce garantează evoluția științei în limitele în care ființei umane îi este asigurată protecția și demnitatea. În același timp, acestea formează *consensul etic normativ internațional*.

2. Condiții etice în cercetările biomedicale

Consensul etic normativ internațional cu privire la cercetările biomedicale pe subiecți umani conține: *cerința valorii, rata risc-beneficiu favorabilă, subiecții vulnerabili în cercetare, recrutarea subiecților în cercetare, acordul informat, confidențialitatea, compensarea pentru prejudiciu și expertiza comitetului de etică/bioetică a cercetării*.

CERINȚA VALORII

„Cerința **valorii** și **validității** cercetării presupune realizarea, încurajarea și promovarea proiectelor de cercetare a căror rezultate pot contribui la ameliorarea sănătății publice (aduc beneficiu social) sau/si pot contribui la lărgirea înțelegerii unui fenomen legat de structura și funcționarea organismului uman (aduc beneficiul științific), în același timp, un proiect de cercetare poate rezulta în beneficiu social sau științific doar atunci când este organizat metodologic corect.

Cerința valorii și validității cercetării este o obligație morală a investigatorului. Ea se întemeiază pe două judecăți etice:

- a) este moralmente inacceptabil să expui ființele umane la un risc sau disconfort, chiar și minim, fără de a avea un posibil beneficiu social sau/și științific;
- b) este imoral să irosești resursele publice, distribuite pentru o cercetare, care nu va avea nici o valoare pentru dezvoltarea științei sau a comunității” [2, p. 22].

RATA RISC – BENEFICIU FAVORABIL ÎN CERCETARE

[Un] „...aspect de etică legat de protocolul unui studiu de cercetare este evaluarea riscului și a beneficiilor și descrierea explicită a acestei balanțe. Complexitatea noțiunii de risc precum și incertitudinea potențialelor beneficii produse din cercetare fac din evaluarea lor o sarcină extrem de dificilă pentru comitetele de etica cercetării. Aspectele cheie ale abordării riscurilor și beneficiilor sunt:

1. evaluarea risc – beneficiu NU se oprește la nivel individual, ci trebuie să ia în considerație și comunitatea (pacienții, comunitatea științifică etc) precum și sistemul de sănătate.

2. riscurile derivate din participarea la cercetare NU sunt limitate la potențiala vătămare fizică, ci au și ramificații psihologice, sociale, legale și economice.

Următoarele tipuri de riscuri trebuie considerate:

a. riscul afectării integrității fizice, inclusiv cel asociat medicamentelor sau tratamentelor în faza experimentală sau a altor intervenții utilizate în studiu (eg. recoltări venoase, radiografii, puncții lombare etc)

b. riscul psihologic: de exemplu, aplicarea unui chestionar sau a unui interviu poate implica un risc dacă implică evenimente traumatice sau stresante din viața individului

c. riscul social, legal sau economic: de exemplu, dacă informația/datele confidențiale colectate pe parcursul unui studiu nu sunt protejate sau sunt incorect diseminate, participanții riscă să fie stigmatizați sau discriminați. Riscul de stigmatizare socială poate apare și asociat cu anumite grupuri etnice sau minoritare în care pacienți dintr-o anumită zonă/rasă/etnie predispuși pentru o anumită boală sunt incluși în cercetare iar datele lor sunt neprotejate. Tot un risc pentru comunitate poate apărea ca urmare a impactului asupra sistemului respectiv de sănătate: resursele umane și financiare dedicate cercetării pot devia atenția de la alte nevoi presante din sistemul de sănătate.

3. evaluarea beneficiilor trebuie să facă distincția între beneficiile directe pentru indivizii participanți, beneficiile așteptate pentru comunitatea în care se desfășoară studiul și beneficiile potențiale pentru știință în general. Următoarele tipuri de beneficii trebuie considerate:

a. intervenții care au potențialul de a produce un beneficiu diagnostic, terapeutic sau preventiv direct pentru indivizii participanți. Ghidul CIOMS (Guideline-ul 8) stipulează că astfel de intervenții nu ar trebui testate în cercetarea pe subiecți umani decât dacă există date „rezonabile” care să aprecieze că intervenția testată este cel puțin la fel de avantajoasă pentru pacient ca și orice altă alternativă disponibilă.

b. intervenții care NU au potențialul de a produce un beneficiu direct pentru subiect dar care produc informații științifice de care va putea beneficia societatea în viitor. Riscul asociat unor astfel de intervenții trebuie să fie „rezonabil față de importanța cunoștințelor ce vor fi dobândite” (Ghidul CIOMS, Guideline-ul 8).

c. Nu sunt considerate „beneficii” diversele forme de plată pe care participanții le primesc pentru timpul petrecut în studiu.

4. Identificarea și evaluarea riscurilor și beneficiilor nu este o responsabilitate științifică pură și individuală. Ea implică adoptarea perspectivelor reprezentanților societății civile, juriștilor, autorităților de sănătate etc.” [3, p. 155-156].

SUBIECȚII VULNERABILI ÎN CERCETARE

„O atenție deosebită trebuie acordată participării grupurilor vulnerabile în cercetare. Protocolul unui astfel de studiu trebuie să includă: o descriere a sursei vulnerabilității lor, justificarea vulnerabilității, metode de asigurare a lipsei de coerciție în recrutarea în studii, eventuale măsuri suplimentare de protecție a acestor participanți precum și a datelor lor personale. Dacă pacienții aparțin unui grup vulnerabil (inclusiv minorii sănătoși) investigatorul trebuie să includă în protocolul de cercetare o justificare a necesității utilizării acestui grup de participanți în cercetare. Potrivit CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences), există 5 mari justificări pentru aceasta:

1. cercetarea NU poate fi condusă pe alte grupuri, mai puțin vulnerabile;
2. scopul cercetării este de a obține cunoștințe menite să îmbunătățească diagnosticul, prevenția sau tratamentul bolilor asociate respectivului grup vulnerabil;
3. riscul să nu depășească cel echivalent îngrijirii medicale de rutină a acestor pacienți;
4. subiecților li se va asigura accesul rezonabil la orice procedură/produs de diagnostic, prevenție sau tratament disponibile la finalul sau ca rezultat la respectivei cercetări;
5. dacă subiecții sunt incompetenți mental sau incapabili să își dea consimțământul, acordul lor va fi completat cu permisiunea tutorelui legal sau a altui reprezentant (după caz)...” [3, p. 155].

Sarcină: Citiți textul și caracterizați grupurile vulnerabile implicate în cercetare

4.3. Grupuri vulnerabile în cercetare

„Este, fără îndoială, important ca într-o cercetare să fie incluse toate segmentele populației, chiar și grupurile vulnerabile, pentru ca fiecare să beneficieze, direct sau indirect, de rezultatele științifice. A nu proteja grupurile vulnerabile este o încălcare a respectului persoanei și un risc de exploatare a individului. Pe de altă parte, a le proteja excesiv prin excluderea lor din protocoalele de cercetare determină o îngreunare a desfășurării cercetării, ceea ce evident împiedică o mai bună înțelegere a patologiei sau tratamentului diverselor afecțiuni la aceste grupuri. De aceea investigatorul pe de o parte, dar și comitetul de etică a cercetării pe de altă parte, au sarcina dificilă de a recunoaște când o persoană competentă poate fi/deveni vulnerabilă și ca urmare, are nevoie de protecție specială.

Persoanele vulnerabile sunt cele aflate în incapacitatea absolută sau relativă de a-și proteja propriile interese. Aceasta pentru că nu au suficientă putere, inteligență, educație, resurse, abilități sau alte atribute pentru a-și proteja interesele. În prezent sunt recunoscute două mari grupuri de persoane considerate vulnerabile în cercetarea biomedicală: în primul rând persoanele care nu au capacitatea de a conferi un consimțământ informat, și care depind de altcineva pentru a fi protejați, cum ar fi copiii, adulții comatoși și cei suferinzi de boli psihice, iar în al doilea rând este vorba de persoanele

care pot fi constrânse sau manipulate să devină subiecți de cercetare, ca urmare a unei vulnerabilități date de frică, ignoranță, suferință extremă sau presiune exagerată din exterior. Prima grupă este caracterizată de lipsa discernământului, fie din punct de vedere legal, fie prin afectarea rațiunii în condiții de boală (psihică, come etc). În a doua grupă însă, nu este vorba de o lipsă de discernământ propriu-zis, ci de o posibilă alterare a capacității de rațiune, mai exact de apreciere a riscurilor și beneficiilor în condițiile unei situații particulare: suferință sau sărăcie extremă, dezechilibru de putere etc. Vulnerabilitatea în aceste două grupuri a fost definită drept „intrinsecă” și respectiv „situațională”, sau „absolută” versus „relativă”. Totuși, există probleme și în această clasificare. În primul rând, mulți copii sau adulți legal incompetenți au capacitatea de a duce la bun sfârșit unele sarcini, iar altele nu. Astfel ei nu sunt nici „absolut”, nici „intrinsec” incompetenți. Dacă au capacitatea de a-și da acceptul sau permisiunea (atenție, nu este vorba de consimțământ informat valid din punct de vedere legal), aceasta ar trebui să fie luată în considerație în scrutinul etic al cercetării. De asemenea, este incorect (înșelător) să denumim aceste persoane incapabile (mental) la modul absolut, când pentru majoritatea membrilor acestui grup, capacitatea mentală este fluctuantă, ca și în cazul copiilor.

Persoanele instituționalizate, prizonierii, membrii armatei, sunt adesea percepuți ca fiind subiecți supuși coerciției. În plus, cei fără asigurare medicală sau simplii indivizi disperați din punct de vedere social sau financiar ar putea accepta necondiționat orice înrolare într-un studiu care le-ar aduce chiar și o minimă sursă de venit” [3, p. 159].

RECRUTAREA SUBIECȚILOR ÎN CERCETARE

Selectarea și recrutarea subiecților în cercetare trebuie realizată în conformitate cu principiul etic al distribuirii echitabile a riscurilor și beneficiilor. Acest principiu cere îndeplinirea unui șir de cerințe. Printre acestea sunt:

- ✓ Grupa de subiecți ai cercetării trebuie să fie relevantă sau reprezentativă din punct de vedere al obiectivelor cercetării, iar subiecții selectați să corespundă criteriilor de includere în studiu.
- ✓ Trebuie să fie selectate și recrutate acele persoane care au cele mai mari șanse de a beneficia de pe urma participării în cercetare.
- ✓ Trebuie să fie respinsă participarea în studiu a acelor persoane cu mare probabilitate de riscuri.
- ✓ Recrutarea nu trebuie să fie discriminatorie, adică toate persoanele din grupul relevant de studiu trebuie să aibă șanse egale de a participa în studiu și a beneficia de pe urma participării, indiferent de apartenența politică, rasă, sex, confesiune religioasă, naționalitate sau alte criterii nerelevante scopului cercetării.
- ✓ Recrutarea nu trebuie să fie explozivă (de exemplu, folosirea în studiu a persoanelor ușor accesibile/vulnerabile care au șanse mici de a beneficia de pe urma studiului sau/si probabilitate mare de a fi prejudiciate în studiu).

- ✓ Recrutarea trebuie să fie realizată în condiții de onestitate. Este obligația morală a cercetătorului să asigure participanților la cercetare condițiile unei decizii voluntare, neforțate, realizată în concordanță cu interesele persoanei invitate de a participa” [2, p. 26-27].

ACORDUL INFORMAT

„Consimțământul informat (CI) în cercetare este considerat fundamentul eticii cercetării, pivotul în jurul căruia se adună toate aspectele de etică asociate unui studiu de cercetare, și elementul cheie din convențiile internaționale, ghidurile, și legile care reglementează desfășurarea cercetării. Stipulat în mod formal pentru prima dată în Codul Nürnberg (1949), scopul său este de a garanta participarea voluntară într-o cercetare. Deși CI este adesea asociat cu studiile biomedicale, el reprezintă fundamentul oricărei cercetări, inclusiv cele din științe sociale sau umaniste. CI este un proces dinamic și interactiv în urma căreia o persoană decide, în absența oricărei influențe sau coerciții, să participe în cercetare. Pentru ca să fie valid, CI trebuie să întrunească patru condiții:

- să precedă orice intervenție;
- să fie bazat pe o informare adecvată pe care subiectul să fie capabil să o înțeleagă.
- să fie clar prezentat
- să fie acordat în mod voluntar, fără nicio influență sau coerciție exterioară

CI constă în trei componente de bază: informare corectă, caracter voluntar și competență mentală. Astfel, înainte de a consimți participarea în cercetare, subiecții ar trebui să fie în mod clar informați asupra a patru elemente majore: scopului cercetării, posibilele riscuri și evenimente adverse, protejarea confidențialității datelor personale și posibilitatea de a refuza participarea sau de a se retrage în orice moment fără nicio repercusiune.

Toate celălalte relatări conținute în consimțământ (durată, compensație etc.) se vor grupa în jurul acestui set esențial de informații. Participanții la cercetare trebuie să aibă competența mentală de a înțelege informația prezentată și să fie pe deplin conștienți de consecințele acestui CI. Mai mult, CI este necesar în orice cercetare care implică subiecți umani, produse biologice sau colectare de date personale” [3, p. 157].

Sarcină: Citești textul și descrieți ce respectă acordul informat la persoana implicată în cercetare?

„Obligativitatea consimțământului informat al participanților în cercetare reiese din principiile declarate la nivel internațional cu privire la protecția demnității și identității tuturor ființelor umane și garantării tuturor, fără discriminare, a respectului pentru integritatea personală și alte drepturi și libertăți fundamentale cu privire la aplicarea biologiei și medicinei...

Termenul de „**demnitate**” provine de la cuvântul latin *dignitas*, care înseamnă „meritare”: să meriți respectul sau alt tratament special.

Toate ființele umane se nasc libere și egale în demnitate și în drepturi. Ele sunt înzestrate cu rațiune și conștiință și trebuie să se comporte unele față de altele în spiritul fraternității.

Accelerarea progreselor biologiei și medicinei duce de necesitatea de a respecta ființa umană, ca individ și ca membru al speciei umane, dând importanță asigurării demnității acestuia. Trebuie să fim conștienți de faptul că utilizarea abuzivă a biologiei și medicinei poate conduce la acte ce pun în pericol demnitatea umană.

Ca și demnitatea, termenul de „**autonomie**” are rădăcini antice. Este o combinație a două cuvinte grecești: *auto*, în sensul de sine, și *nomos*, ceea ce înseamnă lege. Luată literar, autonomia, astfel, se refera la capacitatea cuiva de a se auto-reglementa, de auto-guvernare de auto-direcție. Aceasta ar însemna de a face alegeri, fiind liber de constrângere și forțe externe de manipulare sau denaturante. A fi liber, de asemenea, și de alți factori care influențează procesul de luare a deciziilor, cum sunt constrângeri psihologice, temeri și pasiuni iraționale, nevoia materială sau stimulare financiară propusă de cineva?

Pentru a respecta demnitatea și autonomia participanților în cercetare și, astfel, pentru a fi în conformitate cu cerințele documentelor internaționale cu referire la participarea subiecților umani în cercetare, este necesar de a colecta un acord informat liber și corect de la fiecare participant.

Consimțământul informat este un acord, un document semnat dintre subiectul cercetării și investigator. El rezultă dintr-un proces de negociere ce constă în informarea unui potențial participant în cercetare (sau reprezentant legal al lui) în scopul recrutării în studiu.

Este important de menționat că procesul de negociere poate duce sau nu la recrutarea și încheierea acordului între investigator și participant. Acordul este considerat încheiat atunci când participantul prospectiv la studiu semnează documentul de *Consimțământ informat*” [2, p. 30-31].

CONFIDENȚIALITATEA

Informația prezentată în centrele de cercetare trebuie să fie tratată ca subiect al obligației de confidențialitate și se cere securizarea informației personale.

„Pentru orice proiect care implică colectarea și sau procesarea datelor personale sunt necesare precauții speciale. În termenii reglementărilor europene, datele personale se referă la orice informație legată de o persoană identificată sau identificabilă direct sau indirect fie printr-un număr de identificare, fie printr-un factor specific identității sale fizice, fiziologice, mentale, economice, culturale sau sociale. Acestea sunt:

- informații individuale: nume, CNP, adresa, telefon, semne fizice particulare, loc de muncă, rasă, etnie etc);
- informații medicale: istoricul medical, semne clinice patologice, caracteristici genetice, diagnosticul, tratamentul, competența mentală;
- statut social: nivelul de educația, statutul familia, profesia, informații financiare;
- alte date personale: credințele religioase, orientarea sexuală, afilierea politică” [3, p. 162].

„Norma morală, care cere securizarea informației personale colectate în interesul studiului, derivă din dreptul persoanei la viață privată și deci la protecție a datelor.

Dezvăluirea inoportună a cărora ar putea dăuna integrității personalității participantului la cercetare. Securizarea informației și reducerea riscului de acces neautorizat la informația privată poate fi realizată prin:

- ❖ codificare - procedură de depersonalizare a informației prin atribuirea unui cod, cea ce face posibilă identificarea persoanei la solicitarea autorizată;
- ❖ anonimizare - proces de depersonalizare a informației care face imposibilă identificarea persoanei implicate în cercetare” [2, p. 40].

COMPENSAREA PENTRU PREJUDICIU

„Compensații pentru vătămarea corporala rezultată în urma cercetării. Singurul remediu pentru compensarea prejudiciilor datorate cercetării biomedicale (sau a experimentului) este acționarea cercetătorului în justiție, pentru obținerea de despăgubiri civile. Regulile judiciare privind despăgubirile civile pot fi uneori foarte dificil de aplicat, în condițiile în care cercetătorul și-a luat toate măsurile de precauție, inclusiv obținerea aprobării de cercetare din partea comisiei etice, admitând și existența cazului fortuit. În cazurile când în mod deliberat, deci justificat, nu a fost obținut consimțământul, o acțiune judiciară are puține șanse de reușită. Necesitatea unei metode de compensare este însă indubitabilă, chiar atunci când nu poate fi reținută o culpă a cercetătorului, dar mai ales când ea se stabilește. Nu se pune problema despăgubirilor când testarea pacienților a fost aleatorie, deci bolnavul nu a știut că a fost inclus în lotul de cercetare, iar aceasta s-a făcut fără a pricinui un disconfort major celui în cauză. Se pune și problema drepturilor bolnavilor asupra țesuturilor extirpate chirurgical, ce pot fi expuse eventual în scop didactic sau pot fi utilizate în cercetare. Se consideră că pacientul nu mai are nici un drept asupra lor, din moment ce intervenția s-a făcut cu consimțământ” [4, p. 240].

EXPERTIZA COMITETULUI DE ETICĂ/BIOETICĂ A CERCETĂRII

Comitetele de etică/bioetică își asumă **sarcini** de informare, recomandare, coordonare, avizare, raportare și ghidare a cercetărilor științifice și practicii biomedicale.

Expertiza etică/bioetică reprezintă activitatea axată pe analiza și evaluarea conținutului, a obiectivelor diverselor domenii de cercetare, a rezultatelor așteptate și a impactului acestora asupra ființei umane. Evaluarea și analiza etică/bioetică „include formularea opiniei cu privire la un set de componente:

- relevanța și valoarea studiului, protocolul acestuia, broșura investigatorului;
- metodologia cercetării, evaluarea designului, formularea criteriilor echitabile de includere și excludere a subiecților cercetării; modalitatea de recrutare a subiecților;
- calitatea consimțământului informat întocmit după cerințele etice și legale; caracterul adecvat și complet al informațiilor furnizate către prospectivii participanți la cercetare, procedura de obținere a consimțământului;

- minimizarea/prevenirea riscurilor și maximizarea beneficiilor subiecților în cadrul cercetării;
- protejarea confidențialității datelor participanților pe parcursul colectării și prelucrării datelor cercetării;
- identificarea gradului de vulnerabilitate a participanților (cercetări pe copii, bolnavi psihici, deținuți, minorități etc.) și a măsurilor de asigurare a protecției speciale, suplimentare;
- justificarea includerii în studiu a acestor grupuri;
- impactul recompensei materiale acordate pentru participare în cercetare;
- indemnizații, compensații plătite participanților/familiilor acestora în caz de prejudicii;
- monitorizarea continuă a cercetării;
- evaluarea sponsorului și a calificării investigatorului care propune cercetarea” [2, p. 55-56].

SARCINĂ

Analizați textul și structurați o serie de particularități ale cercetărilor clinice cu diferite grupuri de pacienți: aspecte bioetice

„Încă din secolul al XIX-lea cercetările medicale s-au efectuat mai ales asupra bolnavilor din spitalele publice, asupra pacienților azilurilor și prizonierilor din închisori. B. Takaki (anul 1906) a testat asupra militarilor de pe nava Tsukuba suplimentarea în protide, care a făcut minuni împotriva *bolii beri-beri*. J. Godberg (anul 1914) a testat regimurile alimentare asupra copiilor unui orfelinat și asupra pacienților unui azil psihiatric menite să trateze *pelagra*. Înainte să fie propus femeilor americane un contraceptiv peroral, a fost testat mai întâi pe scară largă asupra unor femei din Puerto-Rico. Comisia Națională Americană (anul 1978) a demască caracterul injust al experimentelor efectuate asupra populațiilor sărace și dependente, unde aceste cercetări se puteau efectua cu cheltuieli și restricții minime, iar rezultatul pozitiv este folosit apoi de către populațiile țărilor bogate, cu un nivel economic înalt de viață.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS, anul 1982) a emis o serie de directive care specifică condițiile în care se pot efectua astfel de cercetări fără să aibă loc exploatarea unora de către alții. Devine evidentă problema etică a utilizării în cercetările clinice a grupurilor vulnerabile de pacienți, cei care nu pot să-și exprime pe deplin voința din anumite motive, sau sunt împuși de situație să accepte anumite condiții de studiu.

Cercetarea pe subiecți inapți de a consimți. Consimțământul subiectului este un factor esențial, însă obținerea acordului de la un subiect este deseori problematică. În cadrul unei secții de reanimare, majoritatea bolnavilor (cu respirația artificială, sub efectul preparatelor sedative, în comă) nu sunt capabili să asculte expozeul unui proiect de cercetare și să-și dea acordul explicit pentru studii care vor fi efectuate asupra persoanei lor.

Întrebarea care apare este: acordul familiei este suficient? Pot oare părinții sau persoanele autorizate de părinți să dea acordul la o investigație experimentală asupra minorului de care sunt responsabili? Are oare dreptul tutela unui bolnav psihic de a da

acordul să fie efectuate cercetări asupra acestuia? Aceasta este problema *consimțământului substituit*.

Dacă bolnavul psihic nu este sub tutelă, în principiu el trebuie să-și dea singur consimțământul. Cum se procedează atunci, când, în urma consecințelor bolii sale, el nu este capabil să ia o decizie rezonabilă? Aceeași întrebare este valabilă pentru toți bolnavii. Când unei persoane, fragilizate de boală, medicul îi propune un proiect de cercetare, poate ea oare să consimtă „în mod liber și lucid”? Poate o populație africană, asupra căreia se experimentează un vaccin contra hepatitei sau contra SIDA să consimtă în cunoștință de cauză, în timp ce este analfabetă și nu are idee despre necesitatea cercetării științifice?

Problema poate fi inversată: cine își poate atribui dreptul de a decide ca o altă persoană, majoră și legal având toate facultățile, este în realitate incapabilă de a consimți? Și dacă o persoană într-adevăr nu este aptă de a da un consimțământ explicit clar, ca de exemplu în cazul unui bolnav psihic care delirează sau este în situație de totală dependență (prizonierii din închisori), înseamnă oare, că indivizii în cauză nu pot fi recrutați în calitate de subiecți de cercetare? Majoritatea țărilor au renunțat încă din anii '70 ai secolului trecut la solicitarea minorilor în calitate de subiecți pentru cercetări biomedicale. Peste tot a fost adoptată legea conform căreia nu se admite testarea unui medicament asupra unui copil înainte să fi fost corect testat pe adulți. OMS/CIOMS a invocat argumentul că ar fi injust ca, sub pretextul că nu ar fi suficient de apte pentru a consimți, persoanele bolnave psihic să fie lipsite de cercetări asupra bolilor de care suferă, precum și populațiile din țările lumii a treia - de cercetări asupra bolilor care le afectează. De aceea este de dorit ca să se efectueze cercetări asupra malariei, leprei ce fac ravagii în țările lumii a treia. Pediatrii spun că sub pretextul de a-i proteja, copiii suferă din cauza că se așteaptă momentul când tratamentul se va face mai întâi asupra adulților, or rezultatele cercetărilor asupra adulților deseori nu sunt extrapolabile la copii. Există deci un conflict potențial, pe de o parte, dintre *respectarea imperativului* persoanei umane din care rezultă regula *consimțământului* și *cerințele dreptății* și a *binefacerii*, pe de altă parte.

Subiecții bolnavi de cancer. Oamenii sunt bucuroși să trimită bani pentru cercetările în domeniul tratamentului cancerului, a mucoviscidozei, a miopatiilor. Ei spun că contribuie la ceva bun. Dar pentru ca experimentarea asupra cancerului să înregistreze progrese semnificative trebuie ca bolnavii de această maladie să accepte mai curînd aderarea la protocoale de cercetări, decât să fie tratați conform unei scheme deja validate. A adera la un protocol de cercetări înseamnă a risca, admițînd faptul că riscul poate să comporte o mai bună supraveghere din perspectiva obținerii unui tratament mai bun decât cel standard. Oricum, aderarea la un protocol de cercetări implică acceptarea unor obligații și inconveniente (consultații mai frecvente, diverse analize).

Scopul unui protocol de cercetări este obținerea unui bun numit *cunoștințe*. Acest bun poate să nu fie obținut, dacă dintr-o cauză sau alta (de exemplu, a fost recrutat un număr insuficient de persoane și atunci experimentul nu este concludent) medicii speră că informațiile obținute vor fi utile, ceea ce le va permite ulterior un mai bun control al bolii. Or, binele viitorilor bolnavi nu se poate confunda nici cu interesul obținerii cunoștințelor, nici cu binele individual al unor bolnavi incluși în cercetare.

Bolnavii de cancer nu trăiesc suficient de mult pentru a putea beneficia de progre-

sele terapeutice realizate grație cercetărilor la care participă ei. Când se elaborează un plan de experimente care vor fi efectuate asupra unor persoane umane, se evidențiază trei tipuri de probleme, care se divizează la rândul lor în trei bunuri: **1)** Este eficace planul experimental? Dă șanse mai multe în obținerea unei concluzii? **2)** Vor putea servi cunoștințele obținute viitorilor bolnavi? **3)** Cum sa facem ca bolnavii care participă la experimente să nu fie lezați?

Cercetarea pe prizonieri și deținuți. Este acceptată, în principiu, de majoritatea organismelor bioetice și deontologice, în condițiile în care poate aduce un avantaj medical grupului de indivizi asupra căruia are loc cercetarea. Condițiile de participare a prizonierilor la cercetare sunt încă discutabile. În ultimii ani au fost făcute publice date privind existența unor cercetări medicale fundamentale pe militari sau civili, prizonieri în cursul războaielor succesive din Balcani. Aceste cercetări au fost efectuate fără ca persoanele implicate să aibă un beneficiu și fără să fie informate că participă la o cercetare și să-și exprime un consimțământ specific. Nu se poate vorbi în aceste condiții de cercetare sau experiment, ci de o formă rafinată de tortură, avînd un grad insuficient de acoperire științifică, datele obținute prin aceste cercetări nefiind acceptate ca date de referință de către lumea biomedicală. Ele sunt identificate cu informațiile obținute pe loturi umane în lagărele de concentrare nazistă.

Cercetarea medicală pe prizonieri este neetică, deoarece participanții nu pot expune un consimțământ liber și informat privind riscurile și beneficiile studiului. Singura situație acceptabilă este participarea celor cu probleme medicale, care nu se pot rezolva altfel și care vor beneficia în mod direct de rezultatele cercetării, atît ei, cît și alte persoane aflate în aceeași situație. Autoritatea care supraveghează etic cercetarea - Comitetul de bioetică - va trebui convinsă că persoanele implicate în experiment, cu statut de prizonier sau deținut, nu suferă nici un fel de constrângeri pentru a participa la studiul clinic (o participare liberă și competentă). Datele obținute în alte condiții sau fără supravegherea unui organism independent, neimplicat în cercetare, nu vor fi acceptate de comunitatea medicală, iar cercetătorii pot răspunde administrativ, civil sau penal pentru consecințele acțiunilor sau inacțiunilor lor.

Cercetarea pe date personale și pe material biologic. Cercetarea, folosind date personale și medicale, este acceptată dacă nu există alternative. Datele personale utilizate în cercetare vor fi protejate, pe cît este posibil, și la rândul lor vor prezenta un mare grad de discreție. Persoanele care sunt aici investigate trebuie informate complet asupra riscurilor și beneficiilor care rezultă din participare și trebuie să emită un consimțământ informat, specific și liber. Condițiile în care datele personale pot fi făcute publice: **(1)** persoana a fost de acord cu publicarea datelor; **(2)** persoana nu și-a exprimat împotrivirea; **(3)** în ciuda unor eforturi rezonabile, a fost imposibilă obținerea consimțământului de publicare; **(4)** interesul cercetării justifică publicarea; **(5)** publicarea datelor este concordantă cu legea și se justifică prin rațiuni de sănătate publică.

Cercetarea care se desfășoară pe material biologic, necesită un consimțământ special, chiar dacă materialul biologic este obținut în cursul unei intervenții medico-chirurgicale necesare pacientului și considerat inutil pentru acesta (amputații, intervenții chirurgicale mari etc.). E cunoscut cazul extragerii de anticorpi monoclonali din sângele unui pacient bolnav de leucemie cronică. Pacientul a fost tratat și s-a vindecat.

A aflat că sângele său a fost folosit pentru primirea celulelor sursă de anticorpi monoclonali și, printr-un proces judiciar intens mediatizat, a încercat să obțină beneficii financiare de la producătorii industriali - reieșind din dreptul de proprietate al omului asupra bunurilor sale. Argumentele pro au fost că până ce proprietarul nu și-a exprimat public renunțarea la un bun, acesta rămâne în proprietatea sa. Argumentul contra era că corpul este un bun extrapatrimonial ce nu poate fi vândut și nici cumpărat nici de o persoană în cauză și nici de un producător industrial.

În vederea evitării unor viitoare conflicte, ar fi benefic ca în consimțământul obținut să fie evidențiate și eventualele avantaje ce ar rezulta din utilizarea industrială a materialului biologic obținut și drepturile de proprietate asupra celui din urmă, înainte și după prelucrarea lui industrială. Persoana al cărei țesut se utilizează (sau se poate utiliza în viitor) trebuie să fie informată complet și într-un limbaj adecvat asupra recoltării, stocării, prelucrării și folosirii materialelor biologice obținute. Persoana trebuie să-și dea acordul de transformare și industrializare a țesutului - inclusiv de comercializare a rezultatului (țesutul, ca atare, nu se poate vinde).

Cercetarea pe embrion. În prezent, este acceptată din punct de vedere etic și legal cercetarea medicală efectuată pe embrioni până în a doua săptămână de viață sau până la dezvoltarea plăcii nervoase primitive (12-14 zile). Cercetarea pe embrioni se poate face doar dacă părinții biologici și-au dat acordul și este moral doar dacă are drept scop interesul medical. Numărul de embrioni păstrați nu poate fi mai mare decât cel admis de părinții biologici, în momentul în care și-au dat consimțământul. Păstrarea embrionilor apăruți suplimentar în cursul inseminării artificiale este justificată doar în condițiile cercetării medicale bioetice (regulile etice în domeniu prevăd experimente doar pe embrion și doar până în ziua a 14-a de dezvoltare). Experimentul pe embrioni umani nu este justificat decât dacă nu se pot face experimente pe animale sau culturi celulare. După cercetare și înainte ca embrionii utilizați să fie dispensați, se vor lua măsuri severe de observare a statutului embrionului, iar medicii sunt obligați etic și moral să respecte viața dacă este prezentă.

Cercetarea și autoexperimentul clinic realizat pe medic sau pe studenții de la facultatea de medicină. Experimentul pe medic, precum și autoexperimentul medical ies din norma juridică și deontologică a cercetării, iar în condițiile în care au o reală valoare științifică pot depăși barierele etice, morale și juridice, descrise până acum. Participarea medicului la orice tip de experiment medical face parte integrantă din autonomia profesiei medicale. Includerea activă a medicului la cercetarea medicală și la autoexperiment face parte din normele universale acceptate de către Asociația Medicilor Americani (AMA). AMA menționează că acceptarea noilor tehnici și teorii medicale face parte din noțiunea de responsabilitate a medicului, în raport cu pacientul. Teoriile medicale controversate nu se pot aplica pe pacienți, însă medicul le poate experimenta asupra sa.

Studentul de la Facultatea de Medicină, însă, nu se poate considera ca fiind asociat, în mod automat, unei judecăți precum cea menționată. În primii ani de studii, studenții la medicină nu beneficiază de un nivel de cunoștințe medicale mai ridicat decât media populației. În anii finali, studenții sunt mai bine informați privind utilitatea și riscul unui experiment, dar pot fi condiționați fie de rezultatele școlare obținute, fie pot considera participarea la experimente ca o sursă de finanțare” [4, p. 243-249].

SARCINĂ

Citiți textul și specificați caracteristica bunei conduite în cercetare

„Etica cercetării nu reprezintă un domeniu limitat doar la protejarea demnității și integrității persoanelor care participă la cercetare. Ea include, cum era de așteptat, și aspecte care țin de comportamentul oamenilor de știință atunci când prelucrează, raportează și publică rezultatele muncii lor. În continuare vom prezenta pe scurt principalele două grupe de probleme care țin de buna conduită în cercetare. 1. Abateri grave de la buna conduită în știință cum ar fi (Gligorov, 2015b): a. fabricarea unor date din nimic, atunci când un cercetător inventează date inexistente și apoi raportează concluziile rezultate din acestea ca fiind adevărate; b. falsificarea presupune manipularea materialelor de cercetare, ale echipamentelor ori omisiunea de date care să conducă rezultatele în direcția dorită de cercetător; c. plagierea reprezintă însușirea unor idei, rezultate sau cuvinte care aparțin altcuiva, fără a acorda creditul persoanei care le-a generat; d. înșelarea prin torturarea datelor (prelucrări repetate și nejustificate până când un rezultat semnificativ este depistat, în ciuda faptului că ipoteza în acea direcție nu a fost formulată dinainte) și prin raportarea selectivă a acelor rezultate care sprijină poziția cercetătorului.

Autoratul lucrărilor științifice reprezintă un alt mijloc prin care se pot produce abateri de la ceea ce este moral să faci atunci când o lucrare este semnată ca fiind rezultatul muncii unui colectiv de persoane. Un posibil principiu de a evita abaterile în ceea ce privește autoratul științific este ca primul autor să fi participat la concepția, designul, analiza și interpretarea datelor (Gligorov, 2015a). Pentru a merita statutul de co-autor, unii specialiști recomandă ca o persoană să fi participat efectiv la cel puțin două din următoarele (Gligorov, 2015a): a. concepția, designul, analiza și interpretarea datelor; b. draft-ul unor porțiuni ale lucrării sau revizii ale întregului manuscris; c. autoratul și scrierea ideii care a obținut finanțarea din spatele studiului.

Prin urmare, o serie de abateri privind autoratul au fost identificate (Gligorov, 2015a): d. Autoratul-cadou presupune ca un autor să fie trecut pe o lucrare ca o favoare personală sau profesională pe care autorul real o face primitorului acestui favor; e. Autorat de onoare include înregistrarea cuiva ca autor ca simplu semn de recunoștință, fără ca persoana să fi contribuit cu ceva la acea lucrare; f. Autoratul de prestigiu se folosește de numele important al cuiva pentru a ajuta publicarea articolului, chiar dacă persoana importantă nu a contribuit la manuscris; g. Autoratul-fantomă apare cu precădere în relația cu companiile farmaceutice care conduc trial-uri de validare a unui nou medicament; un cercetător renumit este ”invitat” să facă parte din lucrarea de publicare a rezultatelor unui astfel de studiu chiar dacă nu a participat cu nimic la experiment.

După cum puteți observa, comunitatea științifică este alcătuită din persoane care sunt motivate, la fel ca în alte medii profesionale, să câștige prestigiu, recunoaștere și finanțare. Aceste motivații pot tenta pe unii oameni de știință să se abată de la reguli. În principiu, multe dintre aceste abateri sunt dificil de depistat. Cu toate acestea, din ce în ce mai multe jurnale retrag lucrările publicate după ce ies la lumină diverse violări ale regulilor de conduită științifică ale autorilor. Astfel, deși încă la început, autoreglarea comunității științifice în direcția onestității și adevărului devine din ce în ce mai probabilă” [p. 164-165].

Studii de caz

Cazul Tuskegee

„Cu sprijinul Serviciului de Sănătate Publică al Statelor Unite, fundația Rosenwald și-a propus tratarea cu Neosalvarsan (neoarsfenamină, medicamentul de elecție pentru sifilis în acea perioadă) a persoanelor bolnave de sifilis din Tuskegee, Alabama (stat american în care această boală a atins peste 20% din întreaga populație). Ulterior, Serviciul de Sănătate Publică al Statelor Unite a considerat drept o oportunitate excelentă studierea evoluției naturale a sifilisului la pacienții afro-americani de sex masculin. În anul 1932 acest serviciu a testat 4400 de adulți de culoare aflați în stadiul precoce latent al sifilisului non-infecțios, cu o evoluție de 3, 6 și 9 ani, cu vârste cuprinse între 25 și 60 de ani. Studiul consta în examinarea fizică a subiecților, efectuarea de radiografii și puncții rahidiene. La vremea când a fost inițiat, nu era cunoscută penicilina, terapia de elecție a sifilisului. În plus, subiecții incluși în studiu au fost recrutați dintre bolnavii care nu primiseră niciun fel de tratament anterior pentru sifilis, urmând ca ei să fie doar observați și nu tratați. Nici pe parcursul studiului subiecții nu au primit niciun tratament. Puncțiile rahidiene efectuate periodic au fost prezentate subiecților ca metode eficiente de tratament pentru „sânge rău” (bad blood), acesta fiind numele bolii de care au fost informați că suferă. Subiecții erau reticenți în a se supune acestei manevre medicale, în mare parte pentru că trebuiau să-și părăsească fermele în condițiile în care considerau că nu au o problemă medicală stringentă. Pentru a-i încuraja să accepte efectuarea puncțiilor, medicii le-au asigurat transportul, examinări medicale și înmormântări gratuite. În anul 1943 a fost descoperită penicilina, recunoscut ca tratament de elecție al sifilisului. Subiecții înrolați în studiu nu au primit niciodată acest tratament deși se folosea pe scară largă în SUA. Mai mult, s-au luat toate măsurile pentru ca subiecții să nu aibă acces la tratament cu penicilină. În anul 1966 Peter Buxtun, un tânăr cercetător în boli venerice, angajat al Serviciului de Sănătate Publică al Statelor Unite, a aflat de studiul care se desfășura deja de mai mult de 30 de ani în Tuskegee, Alabama și a criticat oficialitățile care conduceau această cercetare.

Studiul a fost reevaluat în 1969 de către o comisie a guvernului federal al Statelor Unite care însă a decis că trebuie continuat, ba mai mult, a acceptat să nu trateze cu penicilină pe niciunul dintre subiecți. Peter Buxtun a făcut din nou presiuni asupra Centrului de Control al Bolilor Infecțioase timp de 2 ani pentru terminarea studiului, însă fără succes. În final, în iulie 1972, a apelat la ajutorul presei care a descris cu amănunte studiul din Tuskegee, Alabama, unde bărbați negri săraci și needucați erau folosiți drept ”cobai”. Ca răspuns, directorul Centrului de Control al Bolilor Infecțioase a pretins că studiul „nu a fost niciodată clandestin”, indicând în acest sens 15 rapoarte medicale științifice și, în plus, a susținut că subiecții au fost informați asupra faptului că puteau primi tratament medical pentru boala lor oricând doreau, arătând că „pacienților nu li s-au refuzat medicamentele, ci mai curând acestea nu le-au fost oferite”. De asemenea, el a subliniat faptul că studiul a început atunci când atitudinile față de experimentarea pe subiecți umani erau mult diferite.

Participanții la studiu au deschis o acțiune judecătorească, dar, în final, guvernul federal a stabilit o înțelegere cu aceștia prin plata unor compensații materiale” [1, p. 167-168].

Experimentele naziste din Cel de-al Doilea Război Mondial

„Acele experimente au inclus: ingestia de apă sărată, expunerea la temperaturi și presiuni extreme, transplanturi de oase și membre fără indicație medicală, injecții cu bacterii în scopul testării eficienței noilor medicamente antibacteriene. Dr. Mengele a condus numeroase experimente pe gemeni. Într-unul dintre acestea, el a încercat obținerea de gemeni siamezi prin ligaturarea vaselor de sânge și a organelor a doi gemeni care, în final, au decedat ca urmare a infecției. Unii prizonieri au fost infectați în mod deliberat cu malarie pentru a testa eficiența medicamentelor antimalarice. Alții au fost infectați cu tifos pentru a se testa eficiența unui vaccin anti-tifoidic și pentru a avea o sursă permanentă de bacterie. Unui mare număr de femei li s-au produs leziuni care mimau plăgile produse de armele de foc și infecțiile de front, pentru a testa diverse tratamente. Copii cu păr blond și ochi căprui au fost supuși injectării de metilen albastru în ochi în tentativa de a obține schimbarea permanentă a culorii ochilor; rezultatul a fost orbirea și moartea multora dintre acești copii. Această enumerare poate continua luând în considerare faptul că în lagărele de concentrare naziste au fost derulate în jur de 26 de tipuri de experimente pe subiecți umani” [1, p. 169].

Studiul de la închisoarea Holmesburg

„Închisoarea Holmesburg era în anii '50, cea mai mare închisoare din Philadelphia. Experimentele pe deținuții de aici au început sub conducerea dr. Albert Kligman, medic dermatolog. Acesta condusese și înainte unele cercetări pe subiecți umani în circumstanțe îndoielnice din punct de vedere etic, dar care au fost trecute cu vederea. De exemplu, acest medic a folosit în mod experimental razele X pentru a trata infecțiile fungice ale unghiilor la copii retardați mental și prizonieri, experiment care a fost chiar finanțat de Serviciul de Sănătate Publică al Statelor Unite. Unul dintre cele mai cunoscute experimente care a implicat deținuții a fost testarea cutanată a diferitelor loțiuni și creme pentru o perioadă de 30 de zile. Ariile pe care erau aplicate produsele erau examinate periodic cu ajutorul unei lămpi solare ceea ce a dus la producerea de vezicule și arsuri pe pielea subiecților. Acest lucru devenise de notorietate, iar cicatricile care rămăneau pe piele erau considerate chiar un semn distinctiv al celor care fuseseră deținuți la Holmesburg. Mai târziu, în aceeași închisoare au fost derulate experimente care implicau infectarea pielii deținuților cu virus herpes simplex, herpes zoster, cu moniliază cutanată și candida albicans. Prizonierii au fost expuși la medicamente fototoxice și raze ultraviolete. Diferite companii farmaceutice au testat pe deținuți numeroase medicamente printre care tranchilizante, analgezice și antibiotice pentru a evalua toxicitatea. Experimentele cele mai periculoase erau rezervate deținuților de culoare” [1, p. 170].

Cercetarea pe populații vulnerabile: cazul Willowbrook

„Școala de stat Willowbrook era o instituție destinată persoanelor cu boli psihice. În anii '50, această instituție găzduia în condiții insalubre circa 6000 de rezidenți, toți diagnosticați cu retard mintal sever. Incidența hepatitei virale A era deosebit de ridicată, evaluată la circa 25% pe an la copii și 40% pe an la adulți. În aceste condiții, pornind de la prezumția că oricum subiecții vor contracta hepatita în cursul internării

în această școală, Saul Krugman, un cercetător de la Universitatea New York, a început un studiu care presupunea infectarea deliberată a copiilor internați cu virusul hepatitei A cu scopul de a urmări evoluția naturală a bolii” [1, p. 171].

Sarcini pentru lucrul individual al studentului

- ✓ Cadrul normativ național și internațional aplicat în reglementarea cercetărilor științifice
- ✓ Specificul experimentului în cercetările biomedicale
- ✓ Perspectivele aplicării metodelor de biologie moleculară (ADN -diagnostic) în cercetările științifice din perspectiva bioeticii
- ✓ Particularitățile cercetărilor clinice cu diferite grupuri de pacienți: aspecte bioetice
- ✓ Specificul expertizei în cercetările medico-biologice
- ✓ Expertiza bioetică în medicină și biologie
- ✓ Strategia securității umane în contextul expertizei umanitare și bioetice
- ✓ Etapele de cercetare în domeniul biologic-medical
- ✓ Rolul comitetelor de bioetică în realizarea expertizei cercetărilor științifice și studiilor clinice

Referințe bibliografice

1. Gavrilovici C. Introducere în bioetică. Iași: Junimea, 2007. 239 p.
2. Gramma R., Paladi A. Aspecte conceptuale și normative ale cercetării. În: Etica cercetării biomedicale: Ghid pentru cercetători. Chișinău: Tipografia ”T-Par”, 2017 , p. 8-64.
3. Rotaru T.-Ș., Gavrilovici C. Cercetarea biomedicală și etica cercetării. În: Instituții și sisteme în sănătate. București: Pro Universitaria, 2015, p. 142-167.
4. Țirdea T. Bioetică: curs de bază. Chișinău: Medicina, 2017. 332 p.

ANEXE

Anexa 1. CODUL DE LA NÜRNBERG (1949)

Cele zece puncte ale Codului au fost date în secțiunea verdictului judecătorilor intitulată „**Experimente medicale permise**”:

1. Consimțământul voluntar al participanților într-un experiment este esențial;
2. Rezultatele care urmează să fie obținute din experiment trebuie să fie benefice pentru societate, iar aceste rezultate nu pot fi obținute prin alte mijloace;
3. Studiul trebuie să fie fundamentat pe rezultatele obținute din experimente pe animale și cunoștințe privind istoria naturală a bolii, astfel încât rezultatele anticipate să justifice desfășurarea experimentului;
4. Orice suferință sau lezare fizică sau psihică inutile trebuie evitate în timpul desfășurării experimentului;
5. Nici un experiment nu trebuie efectuat dacă există indicii că acesta ar putea duce la decesul sau lezarea participanților, cu excepția situațiilor în care cercetătorul participă el însuși ca subiect în experiment;
6. Gradul de risc asupra subiecților nu trebuie să depășească importanța umanitară a problemei cercetate în experiment;
7. Trebuie luate măsuri adecvate pentru a evita lezarea sau decesul participanților;
8. Experimentele trebuie conduse numai de către persoane cu calificare științifică;
9. Participanții au dreptul de a decide terminarea participării într-o cercetare la orice moment dacă ei consideră că participarea nu mai poate fi continuată;
10. Cercetătorul care conduce experimentul trebuie să fie pregătit să-l încheie dacă el consideră că continuarea experimentului va duce la producerea de leziuni, dizabilități sau decesul participanților.

Sursa: Codul de la Nürnberg - https://ro.abcdef.wiki/wiki/Nuremberg_Code

Anexa 2. DECLARAȚIA DE LA HELSINKI (1964)

Adoptată la a 18-a Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale, Helsinki, Finlanda, iunie 1964, cu amendamente elaborate la:

- ✓ a 29-a Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale, Tokio, Japonia, 1975,
- ✓ a 35-a Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale, Veneția, Italia, 1983,
- ✓ a 41-a Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale, Hong Kong, septembrie 1989,
- ✓ a 48-a Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale, Somerset West, Africa de Sud, octombrie 1996,
- ✓ a 52-a Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale, Edinburg, Scoția, octombrie 2000 și următoarele note de clarificare pentru anumite paragrafe
- ✓ notă de clarificare a paragrafului 29, adăugată la Adunarea Generală a Asociației Medicale Mondiale, Washington, 2002
- ✓ notă de clarificare a paragrafului 30 adăugată la Adunarea Generală a Asociației Medicale Mondiale, Tokio, 2004

Introducere

1. Adunarea Generală a Asociației Medicale Mondiale a elaborat Declarația de la Helsinki, care reprezintă un set de principii etice destinate îndrumării medicilor și altor participanți în cercetarea medicală pe subiecți umani. Cercetarea medicală pe subiecți umani include cercetarea pe materiale umane sau date identificabile.

2. Datoria medicului este de a promova și proteja sănătatea oamenilor. Cunoștințele și conștiința medicului sunt dedicate îndeplinirii acestei datorii.

3. Declarația de la Geneva obligă medicul prin afirmația „Sănătatea pacientului meu va fi prima mea preocupare”, iar Codul Internațional de Etică Medicală afirmă că „Un medic trebuie să acționeze numai în interesul pacientului atunci când furnizează îngrijiri de sănătate care ar putea duce la deteriorarea stării fizice sau psihice a pacientului”.

4. Progresul medical este bazat pe cercetare care trebuie să implice numai în ultimul rând experimentarea pe subiecți umani.

5. În cercetarea pe subiecți umani, protejarea stării de bine a subiecților umani trebuie să fie mai presus de interesele științei și ale societății.

6. Principalul scop al cercetării medicale pe subiecți umani este îmbunătățirea procedurilor profilactice, diagnostice și terapeutice și înțelegerea etiologiei și patogenezei bolilor. Chiar cele mai bune metode profilactice, diagnostice sau terapeutice trebuiesc testate continuu prin cercetare pentru evaluarea eficacității, eficienței, accesibilității și calității lor.

7. În practica medicală curentă și cercetarea medicală, cele mai multe dintre procedurile profilactice, diagnostice și terapeutice implică riscuri.

8. Cercetarea medicală este supusă standardelor etice care promovează respectul pentru toate ființele umane și le protejează sănătatea și drepturile. Unele populații incluse în cercetare sunt vulnerabile și necesită o protecție specială. Trebuie luate în considerație nevoile particulare ale persoanelor dezavantajate economic și medical. O atenție specială trebuie acordată, de asemenea, celor care nu pot consimți sau refuza pentru ei

înșiși, cei care sunt în situația de a consimți sub presiune, cei care nu vor avea un beneficiu personal din cercetare și cei pentru care cercetarea este combinată cu îngrijire medicală.

9. Cercetătorii trebuie să cunoască cerințele etice, legale și reglementările pentru cercetarea pe subiecți umani în țările lor precum și reglementările internaționale în acest domeniu. Nu trebuiesc admise reglementări etice sau legale naționale care să minimizeze sau să elimine oricare dintre protecțiile pentru subiecții umani stabilite în această declarație.

Principii de bază

10. Medicul implicat în cercetarea medicală are datoria de a proteja viața, sănătatea, intimitatea și demnitatea subiecților umani.

11. Cercetarea medicală pe subiecți umani trebuie să se supună principiilor științifice general acceptate, pe cunoștințele științifice existente în literatura de specialitate, alte surse de informație relevante și pe experimente de laborator sau pe animale.

12. Trebuie luate precauții speciale în desfășurarea de cercetări care ar putea afecta mediul înconjurător, iar starea de bine a animalelor implicate în cercetare trebuie respectată.

13. Design-ul și desfășurarea fiecărei proceduri experimentale pe subiecți umani trebuie formulate cu claritate în protocolul experimentului. Acest protocol trebuie înaintat pentru evaluare, comentarii, îndrumare și aprobare unui comitet de evaluare etică, care trebuie să fie independent față de cercetători, sponsori sau orice altă formă de influențare. Acest comitet independent trebuie să se supună legilor și reglementărilor aflate în vigoare în țara în care se desfășoară cercetarea. Comitetul are dreptul de monitorizare continuă a cercetărilor pe parcursul desfășurării acestora. Cercetătorul are obligația de a furniza comitetului informații necesare monitorizării, în special cele referitoare la efecte adverse serioase. Cercetătorul are obligația, de asemenea, de a furniza comitetului informații referitoare la finanțarea cercetării, sponsori, afiliere instituțională, alte conflicte de interese posibile și recompensele oferite participanților în cercetare.

14. Protocolul cercetării trebuie să conțină o descriere a problemelor etice implicare în cercetare și trebuie precizat faptul că cercetarea se va desfășura în conformitate cu principiile enunțate în această Declarație.

15. Cercetarea medicală pe subiecți umani trebuie condusă numai de către persoane cu calificare științifică adecvată și sub supervizarea unei persoane competente cu calificare medicală. Responsabilitatea pentru subiecții umani aparține persoanei calificate medical și nu subiectului cercetării, chiar dacă acesta și-a dat consimțământul pentru participare.

16. Fiecare proiect de cercetare medicală pe subiecți umani trebuie să fie precedat de o evaluare atentă a riscurilor previzibile în comparație cu beneficiile așteptate pentru subiecți sau alte persoane. Aceasta nu exclude participarea voluntară a subiecților sănătoși în cercetarea medicală. Design-urile studiilor trebuie să fie disponibile publicului larg.

17. Medicii nu trebuie să se implice în proiecte de cercetare pe subiecți umani cu excepția cazurilor în care sunt siguri că riscurile au fost atent evaluate și pot fi contro-

late adecvat. Medicii nu trebuie să se implice în cercetări în care se constată că riscurile depășesc beneficiile.

18. Cercetarea medicală pe subiecți umani trebuie efectuată numai dacă importanța obiectivului depășește riscurile inerente pentru subiecți. Acest aspect are o importanță deosebită mai ales atunci când subiecții sunt voluntari sănătoși.

19. Cercetarea medicală este justificată numai dacă există o posibilitate rezonabilă că populațiile în cadrul cărora se desfășoară cercetarea vor beneficia de pe urma acesteia.

20. Subiecții trebuie să fie informați cu privire la cercetare și să participe în mod voluntar.

21. Dreptul subiecților care participă în cercetare de a-și proteja integritatea trebuie să fie respectat. Trebuie luate măsuri de precauție pentru respectarea intimității subiecților, confidențialitatea privind informațiile referitoare la subiecți și pentru minimizarea impactului cercetării asupra integrității fizice și psihice și personalității subiectului.

22. În orice cercetare pe subiecți umani, fiecare potențial participant trebuie să fie informat adecvat cu privire la scopurile, metodele, sursele de finanțare ale cercetării, posibilele conflicte de interese, afilierea instituțională a cercetătorului, beneficiile anticipate și riscurile potențiale precum și disconfortul pentru subiecți, cauzat de participarea în cercetare. Potențialul participant trebuie informat că are dreptul de a refuza participarea în cercetare sau să-și retragă consimțământul pentru participare în orice moment, fără ca el să aibă de suferit de pe urma acestui lucru. După ce s-a asigurat că subiectul a înțeles informațiile furnizate, medicul trebuie să obțină consimțământul liber al acestuia, preferabil în scris. Dacă consimțământul nu poate fi obținut în scris, se poate obține un consimțământ formal documentat, în prezența unui martor.

23. Atunci când obține consimțământul informat al subiectului pentru participarea într-o cercetare medicală, medicul trebuie să ia măsuri de precauție dacă subiectul este în relație cu medicul sau dacă ar putea fi forțat să consimtă. În acest caz consimțământul informat trebuie obținut de către un medic bine informat, care nu este implicat în cercetare și care este complet independent.

24. Pentru un subiect incompetent din punct de vedere legal, incapabil fizic sau psihic de a consimți sau un minor incompetent legal, cercetătorul trebuie să obțină consimțământul informat de la reprezentantul legal al subiectului în concordanță cu legislația în vigoare. Aceste grupuri de subiecți nu trebuie incluse în cercetare decât dacă cercetarea este necesară pentru a promova sănătatea populației din care fac parte, iar cercetarea nu poate fi efectuată pe persoane competente din punct de vedere legal.

25. Atunci când un subiect considerat incompetent din punct de vedere legal, cum ar fi un copil, este capabil de a-și da acordul pentru participarea în cercetare, cercetătorul trebuie să obțină acest acord în plus față de consimțământul informat al reprezentantului legal.

26. Cercetarea medicală pe subiecți de la care nu se poate obține consimțământul informat, inclusiv consimțământul în avans sau prin reprezentant legal, poate fi efectuată numai dacă starea fizică sau psihică ce pune subiectul în incapacitate de a consimți este o caracteristică necesară a populației cercetate. Motivele speciale pentru includerea în cercetare a subiecților care prezintă o stare ce îi pune în imposibilitatea de a-și

da consimțământul informat trebuie specificate clar în protocolul cercetării pentru a fi evaluate și aprobate de comitetul de evaluare etică. Protocolul trebuie să specifice că consimțământul de a rămâne în cercetare trebuie obținut de la reprezentantul legal cât mai curând posibil.

27. Atât autorii cât și editorii au obligații etice. În publicarea rezultatelor cercetării, cercetătorii sunt obligați să păstreze acuratețea acestora. Rezultatele negative și pozitive trebuie publicate sau făcute publice prin alte mijloace. În publicarea rezultatelor unei cercetări trebuie precizate, de asemenea, sursele de finanțare, afilierea instituțională și posibilele conflicte de interese. Nu trebuie acceptate spre publicare articole în care sunt prezentate rezultate ale cercetărilor care nu se supun principiilor etice formulate în această Declarație.

Principii adiționale pentru cercetarea medicală combinată cu îngrijire medicală

28. Medicul poate combina cercetarea medicală cu îngrijirea medicală, numai dacă cercetarea este justificată prin valoarea sa potențială profilactică, diagnostică sau terapeutică. Atunci când cercetarea medicală este combinată cu îngrijire medicală trebuie luate măsuri suplimentare de protejare a pacienților care sunt subiecți în cercetare.

29. Beneficiile, riscurile și eficacitatea unei noi metode trebuie evaluate în comparație cu cele mai bune metode profilactice, diagnostice și terapeutice existente la acel moment. Aceasta nu exclude folosirea placebo-ului sau lipsa de tratament atunci când nu există nici o metodă profilactică, diagnostică sau terapeutică cunoscută.

30. După terminarea cercetării fiecare subiect participant trebuie să aibă acces la metodele profilactice, diagnostice sau terapeutice superioare identificate în cadrul cercetării.

31. Medicul trebuie să informeze complet subiectul asupra acelor aspecte ale îngrijirii medicale în relație cu cercetarea. Refuzul unui pacient de a participa în cercetare nu trebuie să interfereze în relația pacient-medic.

32. În cazul în care nu există nici o metodă profilactică, diagnostică sau terapeutică demonstrată sau când acestea sunt ineficiente, medicul, având consimțământul informat al pacientului, poate folosi metode profilactice, diagnostice sau terapeutice noi sau neverificate, dacă medicul consideră că aceste metode oferă șansa de a salva viața subiectului, vindecarea sau ameliorarea suferințelor acestuia. Atunci când este posibil, aceste metode trebuie să constituie obiectul unei cercetări pentru evaluarea eficacității și siguranței acestora. În toate cazurile, noile informații obținute trebuie înregistrate și publicate. Toate celelalte reguli relevante ale acestei Declarații trebuie respectate.

Notă de clarificare a paragrafului 29 al Declarației de la Helsinki. Asociația Medicală Mondială reafirmă faptul că este necesară o grijă extremă în efectuarea de cercetări cu placebo și că astfel de metode trebuie folosite numai în absența unei terapii cunoscute și demonstrate. O cercetare cu placebo poate fi acceptabilă etic, chiar dacă este disponibilă o terapie demonstrată, în următoarele circumstanțe:

- atunci când folosirea de placebo este necesară din motive fundamentate științifice pentru determinarea eficacității sau siguranței unei metode profilactice, diagnostice sau terapeutice;

- atunci când este cercetată o metodă profilactică, diagnostică sau terapeutică pentru o afecțiune minoră, iar pacienții care primesc placebo nu sunt supuși unor riscuri suplimentare sau afectări serioase sau ireversibile; Toate celelalte reglementări cuprinse în Declarația de la Helsinki trebuie respectate, cu precădere cele referitoare la necesitatea unei evaluări etice și științifice adecvate.

Notă de clarificare a paragrafului 30 al Declarației de la Helsinki. Asociația Medicală Mondială reafirmă că este necesar ca în cursul planificării unei cercetări să se identifice accesul participanților după finalizarea cercetării la metodele profilactice, diagnostice sau terapeutice identificate în cercetare ca fiind benefice sau accesul acestora la alte îngrijiri de sănătate necesare. Posibilitățile de acces al subiecților la metodele identificate în cercetare sau la alte îngrijiri de sănătate după încheierea cercetării trebuie descrise în protocolul cercetării, în așa fel încât comitetul de evaluare etică să poată avea acces la ele în cursul evaluării acestuia.

Sursa: <https://ro.scribd.com/document/50934438/DECLARATIA-DE-LA-HELSINKI>

Anexa 3. CONVENȚIA DE LA OVIEDO (4 aprilie 1997)

LEGE Nr. 1256, din 19.07.2002, privind ratificarea Convenției pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane în ceea ce privește aplicațiile biologiei și ale medicinei și a Protocolului adițional la Convenție referitor la interzicerea clonării ființelor umane. Publicat : 01-08-2002 în Monitorul Oficial Nr. 110-112, art. 853

Statele membre ale Consiliului Europei, celelalte state și Comunitatea Europeană, semnatare ale prezentei Convenții,

luând în considerare Declarația Universală a Drepturilor Omului, proclamată de Adunarea Generală a Națiunilor Unite la data de 10 decembrie 1948,

luând în considerare Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale din 4 noiembrie 1950,

luând în considerare Carta socială europeană din 18 octombrie 1961,

luând în considerare Pactul internațional privind drepturile civile și politice și Pactul internațional privitor la drepturile economice, sociale și culturale din 16 decembrie 1966,

luând în considerare Convenția referitoare la protecția persoanelor în privința tratamentului automatizat al datelor cu caracter personal din 28 ianuarie 1981,

luând, de asemenea, în considerare Convenția privind drepturile copilului din 20 noiembrie 1989,

considerând că țelul Consiliului Europei este să realizeze o uniune mai strânsă între membrii săi și că unul dintre mijloacele pentru atingerea acestui țel este apărarea și dezvoltarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale,

conștiente de rapida dezvoltare a biologiei și medicinei,

convinse de necesitatea respectării ființei umane, deopotrivă ca individ, cât și în apartenența sa la specia umană, și recunoscând importanța de a i se asigura demnitatea,

conștiente de actele care ar putea pune în pericol demnitatea umană printr-o folosire improprie a biologiei și medicinei,

afirmând că progresele biologiei și medicinei trebuie utilizate în beneficiul generațiilor prezente și viitoare,

subliniind necesitatea unei cooperări internaționale pentru ca umanitatea în întregime să beneficieze de aportul biologiei și medicinei,

recunoscând importanța de a promova o dezbatere publică asupra întrebărilor puse de aplicațiile biologiei și medicinei și asupra răspunsurilor care trebuie date,

dorind să reamintească fiecărui membru al societății care îi sunt drepturile și responsabilitățile,

ținând seama de lucrările Adunării Parlamentare în acest domeniu, inclusiv de Recomandarea 1160 (1991) privind elaborarea unei convenții de bioetică,

hotărâte să ia în domeniul biologiei și medicinei măsurile proprii garantării demnității ființei umane și a drepturilor și libertăților fundamentale ale persoanei,

au convenit asupra următoarelor:

Capitolul I Dispoziții generale

Articolul 1 Scopul și obiectul

Părțile la această convenție protejează demnitatea și identitatea ființei umane și garantează oricărei persoane, fără discriminare, respectul integrității sale și al celorlalte drepturi și libertăți fundamentale față de aplicațiile biologiei și medicinei.

Fiecare parte va lua în legislația sa internă măsurile necesare pentru a da efect dispozițiilor prezentei convenții.

Articolul 2 Întâietatea ființei umane

Interesul și binele ființei umane trebuie să primeze asupra interesului unic al societății sau al științei.

Articolul 3 Accesul echitabil la îngrijirile de sănătate

Părțile iau, ținând seama de nevoile de sănătate și de resursele disponibile, măsurile adecvate în scopul de a asigura, în sfera jurisdicției lor, accesul echitabil la îngrijiri de sănătate de calitate adecvată.

Articolul 4 Obligații profesionale și reguli de conduită

Orice intervenție în domeniul sănătății, inclusiv cercetarea, trebuie să se facă cu respectul normelor și obligațiilor profesionale, precum și al regulilor de conduită aplicabile în speță.

Capitolul II Consimțământul

Articolul 5 Regula generală

O intervenție în domeniul sănătății nu se poate efectua decât după ce persoana vizată și-a dat consimțământul liber și în cunoștință de cauză.

Această persoană primește în prealabil informații adecvate în privința scopului și naturii intervenției, precum și în privința consecințelor și riscurilor.

Persoana vizată poate în orice moment să își retragă în mod liber consimțământul.

Articolul 6 Protecția persoanelor lipsite de capacitatea de a consimți

1. Sub rezerva articolelor 17 și 20, o intervenție nu se poate efectua asupra unei persoane care nu are capacitatea de a consimți, decât spre beneficiul său direct.

2. Atunci când, conform legii, un minor nu are capacitatea de a consimți la o intervenție, aceasta nu se poate efectua fără autorizația reprezentantului său, a unei alte autorități sau a unei alte persoane ori instanțe desemnate prin lege.

Părerea minorului va fi luată în considerare ca un factor din ce în ce mai hotărâtor, în funcție de vârsta și de gradul său de maturitate.

3. Atunci când, conform legii, un major nu are, datorită unui handicap mintal, unei boli sau dintr-un motiv similar, capacitatea de a consimți la o intervenție, aceasta nu se poate efectua fără autorizația reprezentantului său, a unei autorități sau a unei persoane ori instanțe desemnate prin lege.

Persoana vizată trebuie în măsura posibilului să fie asociată procedurii de autorizare.

4. Reprezentantul, autoritatea, persoana sau instanța menționată la paragrafele 2 și 3 primește, în aceleași condiții, informațiile prevăzute la articolul 5.

5. Autorizația prevăzută în paragrafele 2 și 3 poate fi în orice moment retrasă în interesul persoanei vizate.

Articolul 7 Protecția persoanelor care suferă de o tulburare mintală

Persoana care suferă de o tulburare mintală gravă nu poate fi supusă fără consimțământul său la o intervenție destinată să îi trateze această tulburare decât atunci când absența unui astfel de tratament riscă să îi prejudicieze grav sănătatea și sub rezerva condițiilor de protecție prevăzute de lege, cuprinzând proceduri de supraveghere și de control, precum și căi de recurs.

Articolul 8 Situații de urgență

Atunci când, datorită unei situații de urgență, nu se poate obține consimțământul adecvat, se va putea proceda imediat la orice intervenție indispensabilă din punct de vedere medical în folosul sănătății persoanei vizate.

Articolul 9 Dorințe exprimate anterior

Vor fi luate în considerare dorințele exprimate anterior cu privire la o intervenție medicală de către un pacient care în momentul intervenției nu este într-o stare care să îi permită să își exprime voința.

Capitolul III Viața privată și dreptul la informație

Articolul 10 Viața privată și dreptul la informație

1. Orice persoană are dreptul la respectul vieții sale private din punct de vedere al informațiilor referitoare la sănătatea sa.

2. Orice persoană are dreptul să cunoască orice informație culeasă cu privire la sănătatea sa. Cu toate acestea, dorința unei persoane de a nu fi informată trebuie respectată.

3. În cazuri excepționale legea poate prevedea, în interesul pacientului, restricții la exercitarea drepturilor menționate la paragraful 2.

Capitolul IV Genomul uman

Articolul 11 Nediscriminarea

Orice formă de discriminare împotriva unei persoane pe motivul patrimoniului său genetic este interzisă.

Articolul 12 Testele genetice predictive

Nu se va putea proceda la teste predictive ale bolilor genetice sau care servesc fie spre a identifica subiectul drept purtător al unei gene răspunzătoare de o boală, fie spre

a depista o predispoziție sau o susceptibilitate genetică la o boală, decât în scopuri medicale sau pentru cercetarea științifică legată de scopurile medicale și sub rezerva unui sfat genetic adecvat.

Articolul 13 Intervenții asupra genomului uman

O intervenție destinată să modifice genomul uman nu se poate face decât din motive preventive, diagnostice sau terapeutice și numai dacă nu are drept scop introducerea unei modificări în genomul descendenților.

Articolul 14 Nealegerea sexului

Utilizarea tehnicilor de procreație asistată medical nu este admisă pentru alegerea sexului viitorului copil decât în scopul evitării unei boli ereditare grave legate de sex.

Capitolul V Cercetarea științifică

Articolul 15 Regula generală

Cercetarea științifică în domeniul biologiei și medicinei se exercită liber, sub rezerva dispozițiilor prezentei convenții și a altor dispoziții juridice care asigură protecția ființei umane.

Articolul 16 Protecția persoanelor pe care se fac cercetări

Nu se poate întreprinde nici o cercetare pe o persoană decât dacă sunt întrunite cumulativ următoarele condiții:

(i) nu există nici o metodă alternativă la cercetarea pe ființe umane, de eficacitate comparabilă;

(ii) riscurile la care se poate expune persoana nu sunt disproporționate în comparație cu beneficiile potențiale ale cercetării;

(iii) proiectul de cercetare a fost aprobat de instanța competentă după ce a făcut obiectul unei examinări independente asupra pertinentei sale științifice, inclusiv al unei evaluări a importanței obiectivului cercetării, precum și al unei examinări pluridisciplinare a acceptabilității sale pe plan etic;

(iv) persoana pe care se fac cercetări este informată asupra drepturilor sale și asupra garanțiilor prevăzute prin lege pentru protecția sa;

(v) consimțământul prevăzut la articolul 5 a fost dat în mod expres, specific și a fost consemnat în scris. Acest consimțământ poate fi retras în orice moment, în mod liber.

Articolul 17 Protecția persoanelor care nu au capacitatea de a consimți la o cercetare

1. O cercetare nu se poate face pe o persoană care nu are, conform articolului 5, capacitatea de a consimți, decât dacă sunt întrunite cumulativ condițiile următoare:

(i) sunt îndeplinite condițiile prevăzute la articolul 16 subparagrafele (i) și (iv);

(ii) rezultatele cercetării au potențialul de a produce beneficii reale și directe pentru sănătatea sa;

- (iii) cercetarea nu se poate efectua cu o eficacitate comparabilă pe subiecți capabili să își dea consimțământul;
- (iv) autorizarea necesară prevăzută la articolul 6 a fost dată specific și în scris;
- (v) persoana în cauză nu are obiecții.

2. În mod excepțional și sub condițiile de protecție prevăzute de lege, atunci când cercetarea nu are potențialul de a produce rezultate benefice direct pentru sănătatea persoanei în cauză, o astfel de cercetare poate fi autorizată numai dacă sunt întrunite condițiile enunțate la paragraful 1 subparagrafele (i), (iii) și (v), precum și următoarele condiții suplimentare:

(i) cercetarea are scopul de a contribui, printr-o îmbunătățire semnificativă a înțelegerii științifice a stării, bolii sau tulburării persoanei, la obținerea în final a unor rezultate care să dea posibilitatea unui beneficiu pentru persoana în cauză sau pentru alte persoane din aceeași categorie de vârstă sau care suferă de aceeași boală ori tulburare sau care se află în aceeași stare;

(ii) cercetarea prezintă doar un risc minim și o povară minimă pentru persoana în cauză.

Articolul 18 Cercetarea pe embrioni in vitro

1. Atunci când cercetarea pe embrioni in vitro este permisă de lege, aceasta va asigura o protecție adecvată a embrionului.

2. Este interzisă crearea de embrioni umani în scopuri de cercetare.

Capitolul VI

Prelevarea de organe și țesuturi de la donatori vii în scopul transplantării

Articolul 19 Regulă generală

1. Prelevarea de organe sau țesuturi de la o persoană în viață în scopul transplantării se poate face numai în interesul terapeutic al primitorului și numai atunci când nu există țesuturi sau organe adecvate disponibile de la o persoană decedată și nici altă metodă terapeutică alternativă de o eficacitate comparabilă.

2. Consimțământul necesar, astfel cum se prevede la articolul 5, trebuie să se fi dat expres și specific, fie în scris, fie în fața unei instanțe oficiale.

Articolul 20 Protecția persoanelor care nu au capacitatea de a-și da consimțământul la prelevarea organului

1. Nu se poate face nici o prelevare de organ sau țesut de la o persoană care nu are capacitatea de a-și da consimțământul conform articolului 5.

2. În mod excepțional și în condițiile prevăzute de lege prelevarea de țesuturi regenerabile de la o persoană care nu are capacitatea de a-și da consimțământul poate fi autorizată dacă sunt reunite următoarele condiții:

- (i) nu există donator disponibil care să aibă capacitatea de a-și da consimțământul;
- (ii) primitorul este fratele sau sora donatorului;
- (iii) donarea trebuie să fie de natură să salveze viața primitorului;

- (iv) autorizarea prevăzută la paragrafele 2 și 3 ale articolului 6 s-a dat specific și în scris, conform legii și cu aprobarea instanței competente;
- (v) donatorul potențial în cauză nu obiectează.

Capitolul VII

Interzicerea câștigului financiar și utilizarea unei părți a corpului uman

Articolul 21 Interzicerea câștigului financiar

Corpul uman și părțile sale nu trebuie să fie în sine sursă de câștig financiar.

Articolul 22 Utilizarea unei părți prelevate din corpul uman

Atunci când în cursul unei intervenții se prelevează o parte a corpului uman, aceasta nu poate fi păstrată și utilizată în alt scop decât acela pentru care a fost prelevată și numai dacă acest lucru se face conform procedurilor adecvate de informare și consimțământ.

Capitolul VIII

Încălcarea prevederilor Convenției

Articolul 23 Încălcarea drepturilor sau a principiilor

Părțile vor asigura o protecție juridică adecvată pentru a preveni sau a împiedica de îndată încălcarea ilegală a drepturilor și a principiilor recunoscute în prezenta convenție.

Articolul 24 Compensarea pentru daune nejustificate

Persoana care a suferit daune nejustificate de pe urma unei intervenții are dreptul la o reparație echitabilă conform condițiilor și procedurilor prevăzute de lege.

Articolul 25 Sancțiuni

Părțile vor prevedea sancțiuni adecvate care să se aplice în cazurile de încălcare a dispozițiilor cuprinse în prezenta convenție.

Capitolul IX

Relația dintre prezenta Convenție și alte dispoziții

Articolul 26 Restricții la exercitarea drepturilor

1. Exercițarea drepturilor și dispozițiilor de protecție conținute în prezenta convenție nu poate face obiectul altor restricții decât cele care, prevăzute de lege, constituie măsuri necesare într-o societate democratică pentru siguranța publică, prevenirea infracțiunilor penale, ocrotirea sănătății publice sau protecția drepturilor și libertăților altora.

2. Restricțiile vizate la paragraful precedent nu se pot aplica articolele 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 și 21.

Articolul 27 Protecția mai largă

Nici una dintre dispozițiile prezentei Convenții nu va fi interpretată ca o limitare sau o afectare în vreun alt mod a posibilității ca o parte să acorde o protecție mai largă față de aplicațiile biologiei și medicinei decât cea stipulată în prezenta convenție.

Capitolul X

Dezbaterea publică

Articolul 28 Dezbaterea publică

Părțile la această convenție vor veghea ca problemele fundamentale ridicate de progresele biologiei și medicinei să facă subiectul unei discuții publice adecvate, în special în lumina implicațiilor juridice, etice, economice, sociale și medicale relevante, și ca posibilele lor aplicații să facă obiectul unor consultări adecvate.

Capitolul XI

Interpretarea și urmărirea aplicării Convenției

Articolul 29 Interpretarea și urmărirea aplicării convenției

Curtea Europeană a Drepturilor Omului poate da, în absența oricărui litigiu concret aflat în derulare în fața unei instanțe, opinii consultative asupra problemelor juridice privind interpretarea prezentei convenții, la cererea:

- Guvernului unei părți, după ce a informat celelalte părți;
- Comitetului instituit prin articolul 32, în alcătuirea sa restrânsă la reprezentanții părților la această convenție, printr-o decizie adoptată cu o majoritate de două treimi din numărul voturilor exprimate.

Articolul 30 Rapoarte privind aplicarea Convenției

La cererea secretarului general al Consiliului Europei orice parte va furniza explicații privind modul în care dreptul său intern asigură aplicarea efectivă a oricăreia dintre dispozițiile prezentei convenții.

Capitolul XII

Protocoale

Articolul 31 Protocoale

Protocoale pot fi încheiate conform dispozițiilor articolului 32, în vederea dezvoltării în domenii specifice a principiilor conținute în prezenta convenție.

Protocoalele sunt deschise spre semnare semnatarilor convenției. Ele vor fi supuse ratificării, acceptării sau aprobării. Un semnatar nu poate ratifica, accepta sau aproba protocoalele fără să fi ratificat, acceptat sau aprobat anterior ori simultan convenția.

Capitolul XIII

Amendamente la Convenție

Articolul 32 Amendamente la convenție

1. Sarcinile încredințate Comitetului conform prezentului articol și articolului 29 vor fi aduse la îndeplinire de Comitetul director pentru bioetică (CDBI) sau de orice alt comitet desemnat în acest scop de Comitetul de Miniștri.

2. Fără a se prejudicia prevederile articolului 29, fiecare stat membru al Consiliului Europei, precum și fiecare parte la prezenta convenție care nu este membră a Consiliului Europei pot fi reprezentate și pot dispune de un vot în cadrul Comitetului atunci când acesta aduce la îndeplinire sarcinile care îi sunt încredințate prin prezenta convenție.

3. Orice stat prevăzut la articolul 33 sau invitat să adere la convenție în conformitate cu prevederile articolului 34, care nu este parte la prezenta convenție, poate fi reprezentat în cadrul Comitetului de un observator. Dacă Comunitatea Europeană nu este parte, ea poate fi reprezentată în Comitet de un observator.

4. În scopul urmăririi progreselor științifice, prezenta Convenție va fi examinată în cadrul Comitetului în termen de cel mult 5 ani de la intrarea sa în vigoare, iar ulterior la intervale hotărâte de Comitet.

5. Orice propunere de amendament la prezenta convenție, precum și orice propunere de protocol sau de amendament la un protocol, prezentate de o parte, de Comitet sau de Comitetul de Miniștri, vor fi comunicate secretarului general al Consiliului Europei și înaintate de acesta statelor membre ale Consiliului Europei, Comunității Europene, oricărui semnatar, oricărei părți, oricărui stat invitat să semneze prezenta convenție conform articolului 33 și oricărui stat invitat să adere conform articolului 34.

6. Comitetul va examina propunerea nu mai devreme de două luni după ce a fost înaintată de secretarul general în conformitate cu paragraful 5. Comitetul va supune aprobării Comitetului de Miniștri textul adoptat cu o majoritate de două treimi din numărul voturilor exprimate. După aprobare, acest text va fi comunicat părților în vederea ratificării, acceptării sau aprobării sale.

7. Orice amendament va intra în vigoare, pentru acele părți care l-au acceptat, în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de o lună de la data la care 5 părți, dintre care cel puțin 4 state membre ale Consiliului Europei vor informa secretarul general că l-au acceptat.

Pentru orice parte care îl va accepta ulterior amendamentul va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de o lună de la data la care acea parte va informa Secretariatul cu privire la acceptarea sa.

Capitolul XIV

Clauze finale

Articolul 33 Semnarea, ratificarea și intrarea în vigoare

1. Prezenta convenție este deschisă spre semnare statelor membre ale Consiliului Europei, statelor nemembre care au participat la elaborarea sa și Comunității Europene.

2. Prezenta convenție va fi supusă ratificării, acceptării sau aprobării. Instrumentele de ratificare, de acceptare sau de aprobare vor fi depuse la secretarul general al Consiliului Europei.

3. Prezenta convenție va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de 3 luni de la data la care 5 state, printre care cel puțin 4 state membre ale Consiliului Europei, își vor exprima consimțământul de a fi legate de convenție în conformitate cu prevederile paragrafului 2.

4. Pentru orice semnatar care își exprimă ulterior consimțământul de a fi legat de convenție aceasta va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de 3 luni de la data depunerii instrumentului de ratificare, de acceptare sau de aprobare.

Articolul 34 Statele nemembre

1. După intrarea în vigoare a prezentei Convenții Comitetul de Miniștri al Consiliului Europei poate, după consultarea părților, să invite orice stat membru al Consiliului Europei să adere la această convenție printr-o decizie luată cu majoritatea prevăzută la articolul 20 paragraful d) din Statutul Consiliului Europei și prin votul unanim al reprezentanților statelor contractante cu drept de reprezentare în Comitetul de Miniștri.

2. Pentru orice stat care aderă la prezenta convenție aceasta va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de 3 luni de la data depunerii instrumentului de aderare la secretarul general al Consiliului Europei.

Articolul 35 Aplicarea teritorială

1. Orice semnatar poate, la semnare sau la depunerea instrumentului de ratificare, de acceptare sau de aprobare, să specifice teritoriul sau teritoriile la care se va aplica această convenție. Orice alt stat poate formula aceeași declarație în momentul depunerii instrumentului de aderare.

2. Orice parte poate, la orice dată ulterioară, printr-o declarație adresată secretarului general al Consiliului Europei, să extindă aplicarea acestei convenții la orice alt teritoriu specificat în declarație și căruia îi asigură relațiile internaționale sau în numele căruia este abilitată să se angajeze. Pentru un astfel de teritoriu convenția va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de 3 luni de la data primirii declarației de către secretarul general.

3. Orice declarație făcută în virtutea celor două paragrafe precedente poate fi retrasă, pentru orice teritoriu desemnat de această declarație, prin notificare adresată secretarului general. Retragera va începe să producă efecte în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de 3 luni de la data primirii notificării de către secretarul general.

Articolul 36 Rezerve

1. Orice stat și Comunitatea Europeană pot, în momentul semnării prezentei convenții sau al depunerii instrumentului de ratificare, de acceptare, de aprobare sau de aderare, să formuleze o rezervă cu privire la o anumită dispoziție a convenției, în măsura în care o lege aflată atunci în vigoare pe teritoriul lor nu este conformă cu acea dispoziție. Rezervele cu caracter general nu sunt autorizate în baza acestui articol.

2. Orice rezervă emisă conform prezentului articol va conține o scurtă expunere a legii relevante.

3. Orice parte care extinde aplicarea prezentei convenții la un teritoriu desemnat printr-o declarație în baza paragrafului 2 al articolului 35 poate, pentru teritoriul respectiv, să formuleze o rezervă, conform dispozițiilor paragrafelor precedente.

4. Orice parte care a formulat rezerva menționată în acest articol poate să o retragă prin intermediul unei declarații adresate secretarului general al Consiliului Europei.

Retragerea va începe să producă efecte în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de o lună de la data primirii declarației de către secretarul general.

Articolul 37 Denunțarea

1. Orice parte poate în orice moment să denunțe această convenție prin intermediul unei notificări adresate secretarului general al Consiliului Europei.

2. O astfel de denunțare va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de 3 luni de la data primirii notificării de către secretarul general.

Articolul 38 Notificări

Secretarul General al Consiliului Europei va notifica statelor Consiliului, Comunității Europene, oricărui semnatar, oricărei părți și oricărui alt stat care a fost invitat să adere la această convenție:

- a) orice semnare;
- b) depunerea oricărui instrument de ratificare, de acceptare, de aprobare sau de aderare;
- c) orice dată de intrare în vigoare a acestei convenții conform articolului 33 sau 34;
- d) orice amendament sau protocol adoptat conform articolului 32 și data la care un astfel de amendament sau protocol intră în vigoare;
- e) orice declarație făcută în virtutea dispozițiilor articolului 35;
- f) orice rezervă sau retragere a unei rezerve ca urmare a prevederilor articolului 36;
- g) orice alt act, comunicare sau notificare legată de această convenție.

Drept care subsemnații, împuterniciți în acest scop, au semnat prezenta convenție.

Întocmită la Oviedo (Asturias) la 4 aprilie 1997, în limbile engleză și franceză, ambele texte fiind egal autentice, într-un singur exemplar care va fi depus în arhivele Consiliului Europei. Secretarul General al Consiliului Europei va transmite copii conforme cu originalul fiecărui stat membru al Consiliului Europei, Comunității Europene, statelor nemembre care au participat la elaborarea acestei convenții și oricărui stat invitat să adere la această convenție.

**Anexa 4. DECLARAȚIA GENERALĂ
CU PRIVIRE LA GENOMUL OMULUI ȘI DREPTURILE OMULUI
Adoptata la 11 noiembrie 1997 în Sesiunea a 29-a
a Conferinței generale UNESCO**

A. Demnitatea umană și genomul omului

Articolul 1

Genomul omului se află la baza comunității inițiale a tuturor reprezentanților neamului omenesc, precum și a recunoașterii demnității și diversității lor indispensabile.

Genomul omului semnifică patrimoniul întregii omeniri.

Articolul 2

a) Fiecare om are dreptul la respectarea demnității și drepturilor lui, indiferent de caracteristicile lui genetice.

b) O astfel de demnitate semnifică neîndoiește că personalitatea omului nu se poate limita doar la caracteristicile lui genetice și solicită respectarea unicității și irepetabilității lui.

Articolul 3

Genomul omului datorită caracterului său evolutiv este supus mutațiilor. El conține în sine posibilități care se manifestă în mod divers în dependență de mediul natural și social al fiecărui om, în special de starea sănătății omului, condițiile de viață, alimentare și studii.

Articolul 4

Genomul omului în starea lui naturală nu trebuie să servească în calitate de sursă pentru obținerea venitului.

B. Drepturile persoanelor respective

Articolul 5

a) Cercetările, tratamentul sau diagnosticul, aflate în legătura cu genomul omului, pot avea loc doar după o evaluare preventivă minuțioasă a pericolelor și beneficiilor legate de ele și cu o evidență a tuturor deciziilor, adoptate de legislația națională.

b) În toate cazurile trebuie să existe acordul prealabil, liber și clar formulat al persoanei interesate. În caz dacă persoana nu este în stare să-l exprime, atunci acordul sau permisiunea trebuie să fie căpătate în concordanță cu legea, reieșind din interesele supreme ale persoanei.

c) Trebuie să fie respectat dreptul fiecărui om de a decide a fi sau a nu fi informat referitor la rezultatele analizei genetice și urmările ei.

d) În cazul cercetărilor rezultatele documentale urmează a fi prezentate pentru o evaluare preventivă în conformitate cu normele naționale și internaționale respective sau cu principiile directorii.

e) În caz dacă vreo persoana nu este în stare să-și exprime acordul în conformitate cu legislația, cercetările referitoare la genomul lui pot fi efectuate doar în situația în care ele în mod direct vor avea repercusiuni asupra ameliorării sănătății lui și ca va fi capabil să acorde și să respecte măsurile de protecție, stipulate de lege.

Cercetările care nu permit de a aștepta vreo ameliorare nemijlocită a stării sănătății, pot fi efectuate doar în caz de excepție, cu o precauție maximală, astfel ca persoana interesată să fie supusă doar la un risc minim și să suporte o solicitare minimă, cu condiția, ca aceste cercetări să fie efectuate în interesul sănătății și a altor persoane, care aparțin la același grup de vârstă sau care posedă aceleași particularități genetice, cu respectarea cerințelor, prevăzute de legislație, precum și cu asigurarea compatibilității acestor cercetări, respectând drepturile persoanei respective.

Articolul 6

În conformitate cu particularitățile genetice nimeni nu poate fi supus discriminării, scopurile sau rezultatele cărora sunt un atentat asupra drepturilor omului, libertățile fundamentale și demnitatea umană.

Articolul 7

Confidențialitatea datelor genetice cu referire la persoana, a cărei identitate poate fi stabilită și care se depozitează sau este supusă cercetării în scopuri științifice sau oricare alte scopuri, trebuie să fie protejată în conformitate cu legislația.

Articolul 8

Fiecare om în concordanță cu dreptul internațional și legislația națională are dreptul la compensarea prejudiciului, cauzat în rezultatul acțiunii nemijlocite și determinante asupra genomului său.

Articolul 9

În scopul apărării drepturilor omului și a libertăților lui fundamentale, referitor la principiile de acord și confidențialitate, pot fi aplicate doar în conformitate cu legislația în cazuri extrem de serioase și în conformitate cu dreptul public internațional în domeniul drepturilor omului.

C. Cercetările, privind genomul omului

Articolul 10

Nici un fel de cercetări referitoare la genomul omului, precum și nici un fel de cercetări aplicate în acest domeniu, mai ales în domeniile biologiei, geneticii și medicinei, nu trebuie să prevaleze asupra respectării drepturilor omului, drepturilor fundamentale și a demnității umane privind persoane separate sau, în cazuri respective, a grupurilor de oameni.

Articolul 11

Nu este admisibilă practica care contravene demnității umane, astfel, ca practica de clonare în scopul reproducerii ființei umane.

Statelor si organizatiilor internationale competente se propune colaborare cu scopul de a depista astfel de practice si de a adopta la nivel national si international masurile necesare in concordanta cu principiile, stipulate in prezenta Declaratie.

Articolul 12

a) Trebuie de asigurat accesul general la realizarile stiintei in domeniul biologiei, geneticii si medicinei, care se refera la genomul omului, respectind demnitatea si drepturile fiecarei persoane.

b) Libertatea desfasurarii cercetarilor stiintifice care este necesara pentru dezvoltarea cunostintelor, este parte componenta a libertatii gindirii. Scopul utilizarii aplicate a rezultatelor cercetarilor stiintifice, privind genomul omului, in special in domeniul biologiei, geneticii si medicinei, este de a minimaliza suferintele oamenilor si de a ameliora starea sanatatii fiecarui om si a intregii omeniri.

D. Conditile realizarii activitatii stiintifice

Articolul 13

Responsabilitatea care este parte indispensabila a activitatii cercetatorilor stiintifici, inclusiv exigenta, prudenta, onestitatea intelectuala si caracterul nepreconceput atit in cadrul cercetarilor stiintifice, cit si la prezentarea si utilizarea rezultatelor lor,trebuie sa fie obiect al unei atentii, cind este vorba de cercetari, referitor la genomul omului, tinind cont de urmarile lor etice si sociale. Persoanele, care adopta in sectoarele de stat si particulare decizii politice in domeniul stiintei de asemenea poarta responsabilitate in acest context.

Articolul 14

Statele trebuie sa intreprinda actiuni respective care ar contribui la crearea conditiilor intelectuale si materiale, care ar favoriza libertatea efectuarii cercetarilor stiintifice privind genomul omului si totodata sa ia in considerare consecintele etice, juridice, sociale a unor astfel de cercetari in lumina principiilor, stipulate in prezenta Declaratie.

Articolul 15

Statele trebuie sa intreprinda actiuni respective care ar asigura cadrul realizarii fara obstacole a cercetarilor stiintifice care se refera la genomul omului, tinind cont de principiile stipulate in prezenta Declaratie, pentru a garanta respectarea drepturilor omului si a libertatilor fundamentale, si a respectului demnitatii umane, precum si ocrotirea sanatatii oamenilor. Astfel de actiuni urmeaza a fi dirijate in asa fel, ca rezultatele acestor cercetari sa fie utilizate doar in scopuri pasnice.

Articolul 16

Statele trebuie sa recunoasca importanta deosebita a sprijinului la diverse niveluri respective pentru crearea comitetelor independente, multidisciplinare si pluraliste de etica pentru evaluarea chestiunilor etice, juridice si sociale care apar in legatura cu efectuarea cercetarilor stiintifice privind genomul omului si utilizarea rezultatelor acestor cercetari.

E. Solidaritatea si colaborarea internationala

Articolul 17

Statele trebuie sa realizeze si sa dezvolte solidaritatea cu persoane aparte, familii si grupuri de populatie care sint deosebit de vulnerabile privind imbolnavirea sau posedea deficiente de ordin genetic, sau sufera de pe urma lor. Statele trebuie, in particular, sa contribuie la efectuarea cercetarilor stiintifice, orientate spre depistarea, preintimpinarea si tratamentul bolilor genetice sau bolilor, provocate de influenta factorilor genetici, in special boli rar intilnite, precum si boli de caracter endemic, din a caror cauza sufera o parte considerabila a populatiei lumii.

Articolul 18

Statele trebuie in mod cuvenit si corespunzator, tinind cont de principiile stipulate in prezenta Declaratie, sa depuna toate eforturile pentru propagarea in continuare la scara internationala a cunostintelor stiintifice privind genomul omului, diversificarea neamului omenesc si a cercetarilor genetice, precum si sa consolideze colaborarea stiintifica internationala si culturala in acest domeniu, in special intre tarile industrial dezvoltate si cele in curs de dezvoltare.

Articolul 19

a) In cadrul colaborarii internationale cu tarile in curs de dezvoltare, statele trebuie sa sprijine actiunile care permit:

I. a efectua evaluarea pericolelor si a beneficiilor, legate de infaptuirea cercetarilor stiintifice privind genomul omului si sa preintimpine abuzurile;

II. a extinde si a consolida potentialul tarilor in curs de dezvoltare in domeniul efectuării cercetarilor stiintifice in biologie si genetica, tinind cont de problemele concrete ale acestor tari;

III. tarilor in curs de dezvoltare sa utilizeze realizările progresului tehnico-stiintific, pentru ca aplicarea acestor realizari in interesul progresului lor economic si social sa se realizeze pentru binele tuturor;

IV. a stimula scimbul liber de cunostinte stiintifice si de informatie in domeniul biologiei, geneticii si medicinei.

b) Organizatiile internationale de resort urmeaza sa acorde sprijin si ajutor initiatiivelor, intreprinse de state in scopurile sus mentionate.

F. Sprijinul acordat principiilor stipulate in Declaratie

Articolul 20

Statele urmeaza a intreprinde actiuni respective in scopul ajutorarii implimentarii principiilor stipulate in prezenta Declaratie pe baza de invatamint si utilizare a mijloacelor corespunzatoare, inclusiv pe baza de implimentare a cercetarilor stiintifice si instruire in domenii ultidisciplinare,

precum si pe baza de acordare de ajutor invatamintului in domeniul bioeticii la toate nivelurile, in special cele predestinate persoanelor, responsabile pentru elaborarea politicii in domeniul stiintei.

Articolul 21

Statele trebuie sa ia masuri corespunzatoare, orientate la dezvoltarea altor forme de cercetari stiintifice, pregatirea de cadre si propaganda informatiei, care ar contribui la constientizarea de catre societate si toti membrii ei a responsabilitatii sale in fata problemelor fundamentale, legate de necesitatea de a proteja demnitatea omului, care ar putea sa apara in lumina efectuarii cercetarilor in biologie, genetica si medicina, precum si utilizarea aplicativa a rezultatelor lor. Ele trebuie de asemenea sa contribuie la efectuarea unei discutii deschise la scara internationala privind aceasta tematica, asigurind o expresie libera a diferitelor opinii social-culturale, religioase sau filosofice.

G. Implimentarea Declaratiei

Articolul 22

Statele urmeaza a contribui in mod activ implimentarii principiilor stipulate in prezenta Declaratie, precum si sa contribuie la realizarea lor prin toate actiunile posibile.

Articolul 23

Statele trebuie sa adopte masuri corespunzatoare pentru incurajarea prin intermediul invatamintului, a pregatirii si difuzarii informatiei privind respectarea principiilor sus mentionate si sa contribuie recunoasterii lor si implimentarii active. Statele trebuie sa contribuie, de asemenea, la schimbul intre comitetele independente de etica si la unirea lor in retele pe masura crearii lor pentru o colaborare multilaterala intre ele.

Articolul 24

Comitetul international UNESCO de bioetica trebuie sa contribuie la propaganda principiilor, stipulate in prezenta Declaratie si la o analiza in continuare a chestiunilor ce apar in legatura cu implimentarea lor in viata si dezvoltarea tehnologiilor corespunzatoare. El urmeaza a organiza consultatii necesare cu partile interesate, asa cum ar fi grupurile vulnerabile ale populatiei. Comitetul, in concordanta cu procedurile statutare ale UNESCO, urmeaza sa elaboreze recomandari pentru Conferinta generala si sa expuna opinii privind mersul implimentarii in viata a tezelor Declaratiei, mai ales in ceea ce se refera la practica, care poate fi incompatibila cu demnitatea umana, de exemplu cazurile de inraurire asupra urmasilor.

Articolul 25

Nici un principiu din prezenta Declaratie nu poate fi interpretat astfel, ca sa serveasca la vreun stat, unui grup de oameni sau unei persoane aparte in calitate de pretext pentru realizarea de ei a unor actiuni sau fapte, incompatibile cu drepturile omului si libertatile fundamentale, inclusiv cu principiile, expuse in prezenta Declaratie.

Implimentarea Declaratiei generale privind genomul omului si drepturile omului Conferinta generala luind in considerare Declaratia generala privind genomul omului si drepturile omului, adoptata azi, 11 noiembrie 1997, mentionind ca conceptiile, expuse

de statele-membre la adoptarea Declarației generale, sînt actuale pentru implimentarea în viața a principiilor ei.,

1. cheama cu insistența statele-membre:

a) conducindu-se de principiile Declarației generale privind genomul omului și drepturile omului, să adopte măsurile necesare, inclusiv, în caz de necesitate, de ordin legislativ sau regulamentar, orientate la sprijinul principiilor, stipulate în Declarație, și la realizarea lor;

b) să prezinte în mod regulat Directorului general informația cu privire la toate acțiunile, efectuate de ele în scopul realizării principiilor, înscrise în Declarație;

2. propune Directorului general:

a) a convoca cit de repede posibil după sesiunea a 29-a a Conferinței generale un grup de lucru, echilibrat din punct de vedere al exponenței geografice în componența reprezentanților statelor-membre, în scopul elaborării pentru dumnealui a recomandărilor privind organizarea Comitetului internațional de bioetică, a problemelor în legătură cu Declarația generală, precum și a condițiilor, în special a anvergurii de consultatii, în cadrul cărora Comitetul va asigura implimentarea în viața a principiilor Declarației menționate, și a prezenta un raport cu privire la această chestiune Consiliului executiv la sesiunea a 154-a;

b) a întreprinde acțiuni necesare, pentru ca Comitetul internațional de bioetică să asigure difuzarea Declarației, precum și să realizeze în viața principiile ei și să sprijine principiile proclamate în ea;

c) să elaboreze pentru Conferința generală un raport complex referitor la situația în lume cu referire la domeniile privind sfera de acțiune a Declarației, utilizînd pentru această informația, prezentată de statele-membre, precum și o altă informație evident credibilă, capătă pe alte cai;

d) să țină cont la elaborarea raportului sau complex de activitatea, efectuată de organizațiile și instituțiile sistemului Organizațiilor Națiunilor Unite, de alte organizații interguvernamentale, precum și de organizațiile competente internaționale non-guvernamentale;

e) să prezinte Conferinței generale raportul sau complex, precum și toate observațiile și recomandările de caracter general, pe care le considera necesare pentru ajutorarea realizării Declarației.

Anexa 5. DECLARAȚIA INTERNAȚIONALĂ CU PRIVIRE LA DATELE GENETICE ALE OMULUI

DECLARAȚIA INTERNAȚIONALĂ CU PRIVIRE LA DATELE GENETICE
ALE OMULUI a fost adoptată de Sesiunea a 32-a
a Conferinței Internaționale UNESCO la Paris, 17 octombrie 2003.

A. PRINCIPIILE GENERALE

Articolul 1. Obiectivele și sfera de utilizare

(a) Obiectivele prezentei Declarații constau în următoarele: a asigura respectul față de demnitatea umană și apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale la colectarea, prelucrarea, utilizarea și păstrarea datelor genetice ale omului, a datelor proteome ale omului și a mostrelor biologice, pe a căror bază au fost obținute (în continuare nimate „mostre biologice”), în concordanță cu exigențele de egalitate, dreptate și solidaritate și cu respectarea principiilor libertății gândirii și ale libertății de exprimare a opiniei, inclusiv ale libertății cercetărilor științifice; a formula principiile care trebuie să devină directorii pentru state la elaborarea legislației proprii și a politicii în aceste chestiuni; și a fonda baza pentru principiile directorii care se referă la practica respectivă în domeniile indicate pentru instituțiile interesate și persoane aparte.

(b) Orice colectare, prelucrare, utilizare și păstrare a datelor genetice ale omului, a datelor proteome ale omului și a mostrelor biologice trebuie să corespundă dreptului internațional în domeniul drepturilor omului.

(c) Principiile prezentei Declarații se aplică la colectarea, prelucrarea, utilizarea și păstrarea datelor genetice ale omului, a datelor proteome și a mostrelor biologice, cu excepția anchetării, descoperirii și urmării penale a crimelor, precum și a testării în scopul stabilirii paternității/maternității, care sînt reglementate de dreptul intern și care corespund dreptului res- pectiv internațional în domeniul drepturilor omului.

Articolul 2. Utilizarea termenilor

Pentru obiectivele prezentei Declarații termenii utilizați semnifică următoarele:

(i) Datele genetice ale omului: informația privind caracteristicile moștenite ale unor persoane aparte, obținută pe calea analizei acizilor nucleici sau pe calea unei alte analize științifice.

(ii) Datele proteome ale omului: informația, ce se referă la proteinele unei persoane aparte, care include expresarea, modificarea și interacțiunea lor.

(iii) Acordul: orice acord liber formulat, concret, informat și clar exprimat al unei persoane aparte privind colectarea, utilizarea și păstrarea propriilor date genetice.

(iv) Mostre biologice: orice mostră de material biologic (de exemplu, sînge, piele și celule osoase sau plasmă sanguină) în care există acizi nucleici și care reflectă constituția genetică, caracteristică pentru o persoană sau alta.

(v) Cercetarea genetică a populației: cercetare, scopul căreia constă în faptul de a

înțelege natura și gradul deosebiriilor genetice între populații sau persoanele unui grup și/sau între oamenii din diferite grupuri.

(vi) Cercetarea genetică a modelelor de comportament: cercetare, scopul căreia constă în determinarea unei legături posibile dintre caracteristicile genetice și comportament.

(vii) Procedura de invaziune: colectarea mostrelor biologice prin intervenție în corpul omului, de exemplu, colectarea mostrelor biologice cu ajutorul acului și al seringii.

(viii) Procedură de neinvaziune: colectarea mostrelor biologice fără intervenție directă în corpul omului, de exemplu, luare de frotiu din cavitatea bucală.

(ix) Datele, referitor la o persoană care poate fi identificată: datele care conțin o informație, de exemplu, numele, data nașterii și adresa care permite a identifica persoana – sursă a acestor date.

(x) Datele fără referință la o persoană care poate fi identificată: datele fără referință la o persoană care poate fi identificată, prin înlocuirea sau separarea întregii informații de identificare privind această persoană prin utilizarea codului.

(xi) Datele, separate ireversibil de persoana care poate fi identificată: datele care nu pot fi referite la o persoană care poate fi identificată, din cauza lichidării legăturii cu orice informație de identificare privind persoana care a prezentat mostra.

(xii) Testare genetică: procedura de depistare a prezenței sau lipsei, precum și a modificării unei anumite gene sau cromozom, inclusiv testarea indirectă la produsul genetic sau la un alt metabolit concret, care este un indiciu fundamental al unor anumite modificări genetice.

(xiii) Investigație genetică: testare genetică sistemică vastă, care este propusă populației sau unei părți de populație în cadrul unui program în scopul determinării caracteristicilor genetice ale persoanelor fără simptome.

(xiv) Consultare genetică: procedura de elucidare a urmărilor posibile care rezultă din testarea genetică sau examenul medical, precum și a beneficiilor și riscurilor, legate de această testare sau examinare și, în cazurile corespunzătoare, acordarea de ajutor persoanelor în depășirea unor astfel de consecințe pe termen lung. Ea se efectuează înainte și după testarea genetică sau examenul medical.

(xv) Compararea încrucișată a datelor: compararea datelor privind persoana sau grupul de persoane, păstrate în diferite masivități de date, create în diverse scopuri.

Articolul 3. Identitatea omului

Fiecare individ posedă o constituție unică, proprie doar lui. Însă identitatea persoanei nu trebuie să se rezume doar la caracteristicile genetice, deoarece ea se formează sub influența unui complex de factori instructivi, ecologici și personali, precum și a legăturilor emoționale, sociale, spirituale și culturale cu alți oameni și presupune un element al libertății.

Articolul 4. Statutul special

(a) Datele genetice ale omului conțin un statut special din următoarele cauze:

(i) ele pot indica predispoziția genetică a persoanei respective;

(ii) ele pot exercita pe parcursul a câtorva generații o influență considerabilă asupra familiei, inclusiv asupra urmașilor, iar în unele cazuri – și asupra unui întreg grup la care se referă persoana respectivă;

(iii) ele pot conține informație, importanța căreia poate fi necunoscută în timpul colectării mostrelor biologice;

(iv) ele pot avea o importanță culturală pentru persoane aparte sau un grup de persoane;

(b) o atenție deosebită trebuie de acordat caracterului confidențial al datelor genetice; trebuie, de asemenea, stabilit un nivel corespunzător de protecție a acestor date și a mostrelor biologice.

Articolul 5. Obiectivele

Datele genetice și datele proteome ale omului pot fi colectate, prelucrate, utilizate și păstrate doar în următoarele scopuri:

(i) diagnosticarea și acordarea asistenței medico-sanitare, inclusiv efectuarea examenului medical și a testării de pronostic;

(ii) efectuarea cercetărilor științifice medicale, inclusiv ale celor epidemiologice, în special cercetarea genetică a populației, precum și cercetările antropologice și arheologice, în continuare numite “cercetări medicale și științifice”;

(iii) medicina legală și procedura judiciară privind anchetarea civilă, penală sau alte anchetări în corespundere cu prevederile din articolul 1 (c);

(iv) sau în alte scopuri care nu contravin Declarației Generale privind genomul omului și drepturile omului și dreptului internațional în domeniul drepturilor omului.

Articolul 6. Procedurile

(a) Din considerente etice este strict necesar ca și colectarea, utilizarea și păstrarea datelor genetice ale omului și a datelor proteome ale omului să fie efectuate pe bază de proceduri transparente și acceptabile din punct de vedere etic. Statele trebuie să depună eforturi, pentru ca societatea să fie antrenată în procesul adoptării deciziilor care se referă la politica generală privind colectarea, prelucrarea, utilizarea și păstrarea datelor genetice ale omului și a datelor proteome ale omului, precum și la evaluarea administrării lor, în particular în cazul efectuării cercetărilor genetice ale populației. În procesul adoptării unor astfel de decizii, la care poate contribui experiența internațională, trebuie asigurată exprimarea liberă a diferitelor opinii.

(b) În corespundere cu prevederile articolului 16 al Declarației privind genomul omului și drepturile omului este necesar a contribui la activitatea și crearea la nivel național, regional, local sau instituțional a comitetelor de etică independente, multidisciplinare care activează pe baza principiilor pluralismului. În cazurile respective cu comitetele de etică care acționează la nivel național urmează a efectua consultații la stabilirea standardelor, tezelor normative și a principiilor directorii ce se referă la colectarea, prelucrarea, utilizarea și păstrarea datelor genetice ale omului, datelor proteome ale omului și mostrelor biologice. În afară de aceasta, cu ele trebuie de efectuat consultații privind chestiunile care nu sînt reglementate de dreptul intern. Cu comitetele de

etică, care activează la nivel instituțional și local, trebuie de efectuat consultații privind chestiunile aplicării standardelor sus-menționate, a tezelor normative și a principiilor directorii în cadrul proiectelor concrete de cercetare.

(c) În cazurile când colectarea, utilizarea și păstrarea datelor genetice ale omului, datelor proteome și a mostrelor biologice are loc în două sau mai multe state, urmează, la necesitate, de a efectua consultații cu comitetele de etică ale acestor state, iar analiza problemelor respective la nivelul convenit trebuie să se bazeze pe principiile, formulate în prezenta Declarație, precum și pe standardele etice și normele de drept adoptate de statele respective.

(d) Din considerente etice este strict necesar ca informația clară, echilibrată, adecvată și corespunzătoare să fie oferită persoanei, de la care se presupune a obține, fără îndemn în formă de beneficii financiare sau de alt ordin, un acord prealabil, liber, informat și clar exprimat. O astfel de informație, pe lângă oferirea altor informații necesare, trebuie să conțină indicarea scopurilor de obținere din mostrele biologice, utilizarea și păstrarea datelor genetice ale omului și a datelor proteome ale omului. La necesitate, o astfel de informație trebuie să prevină riscurile și consecințele. În ea trebuie să se comunice persoanei respective că ea este în drept să se retragă fără vreo constrângere și că aceasta nu va avea consecințe nefavorabile sau penalități.

Articolul 7. Inadmisibilitatea discriminării și a stigmatizării

(a) Este necesar de a ține în orice mod ca datele genetice ale omului și datele proteome ale omului să nu fie utilizate în scopuri care au caracter discriminatoriu, pe motiv că ele încalcă sau duc la încălcarea drepturilor omului, a libertăților fundamentale sau a demnității umane a unei persoane aparte și să nu fie utilizate în scopurile care duc la stigmatizarea unei persoane concrete, a familiei, a unui grup sau a comunității.

(b) În acest context o atenție deosebită trebuie să fie acordată rezultatelor cercetărilor genetice ale populației și cercetărilor genetice ale modelelor de comportament și interpretărilor rezultatelor obținute în cadrul acestora.

B. COLECTAREA DATELOR

Articolul 8. Acordul

(a) Pentru colectarea datelor genetice ale omului, a datelor proteome sau a mostrelor biologice cu ajutorul procedurilor de invazie și de neinvazie, precum și pentru prelucrarea, utilizarea și păstrarea lor ulterioară, fie de către instituțiile de stat sau de structurile private, este necesar a obține acordul prealabil, informat și clar exprimat fără îndemn în formă de beneficii financiare sau de alt tip. Acțiunea acestui principiu este limitată doar pe motive temeinice stabilite de dreptul intern care corespund dreptului internațional în domeniul drepturilor omului.

(b) În caz dacă o anumită persoană nu este în stare să dea un acord informat în corespundere cu dreptul intern, permisiunea pentru o testare corespunzătoare în concordanță cu legislația națională în vigoare urmează a o obține de la reprezentantul lui juridic. Reprezentantul juridic trebuie să se bazeze pe interesele optime ale persoanei pe care o reprezintă.

(c) Persoana matură care nu este în stare să dea un astfel de acord trebuie să participe, pe cât e posibil, la procedura obținerii permisiunii. Opinia persoanei care nu a atins vârsta majoratului trebuie să fie luată în considerare tot mai mult la luarea deciziei, pe măsură ce înainteză în vîrstă și crește gradul ei de maturitate.

(d) Examinarea genetică și testarea persoanelor care nu au atins vârsta majoratului sau a persoanelor care nu sînt în stare să-și dea acordul, pentru scopurile de diagnosticare sau de acordare a asistenței medico-sanitare, de regulă, sînt acceptabile în plan etic doar în acele cazuri, dacă sînt foarte importante pentru sănătatea acestor persoane și satisfac cel mai bine interesele lor.

Articolul 9. Revocarea acordului

(a) În cazurile cînd datele genetice ale omului, datele proteome sau mostrele biologice sînt colectate în scopuri medicale sau științifice, persoana respectivă își poate revoca acordul său, doar dacă aceste date nu sînt separate în mod irevocabil de persoana care poate fi identificată. În conformitate cu prevederile articolului 6 (d) revocarea acordului nu trebuie să provoace urmări nefavorabile sau penalități pentru persoana respectivă.

(b) Cînd persoana își revocă acordul, datele genetice, datele proteome și mostrele biologice nu pot fi în continuare utilizate, doar dacă nu sînt separate în mod irevocabil de persoana respectivă.

(c) Datele și mostrele biologice, dacă nu sînt separate irevocabil, pot fi utilizate în corespundere cu dorința acestei persoane. Dacă doleanțele persoanei nu pot fi de finite, imposibil de executat sau sunt nestabile, atunci datele și mostrele biologice trebuie să fie separate irevocabil sau distruse.

Articolul 10. Dreptul de a decide a fi sau a nu fi informat privind rezultatele cercetărilor

În cazurile cînd colectarea datelor genetice ale omului, a datelor proteome ale omului și a mostrelor biologice se realizează în scopul efectuării cercetărilor medicale și științifice, persoana respectivă trebuie să fie informată privind rezultatele acestor cercetări. Acest principiu nu se aplică la cercetările cu utilizarea datelor, separate ireversibil de persoanele care pot fi identificate sau a datelor care nu duc la obținerea informației de caracter personal privind persoanele care au participat la aceste cercetări. În cazurile corespunzătoare dreptul la refuzul de a obține informație trebuie să se extindă asupra rudelor care pot fi identificate și pe care le pot afecta rezultatele cercetărilor.

Articolul 11. Consultarea genetică

Conform considerentelor etice este strict necesar ca la analiza chestiunii privind testarea genetică care poate avea urmări esențiale pentru sănătatea omului să se asigure în mod corespunzător consultații genetice. Consultațiile genetice trebuie să aibă un caracter consultativ, la efectuarea lor trebuie luate în considerare particularitățile culturale ale persoanelor respective și ele trebuie să corespundă intereselor lor optime.

Articolul 12. Colectarea mostrelor biologice în scopuri medico-legale sau în cadrul procedurilor de judecată privind dosarele civile, penale sau altele

Colectarea datelor genetice ale omului sau a datelor proteome ale omului în scopuri medico-legale sau în cadrul procedurilor judiciare, inclusiv testarea în scopul stabilirii

paternității/maternității, colectarea mostrelor biologice in vivo sau post-mortem urmează a se realiza doar în concordanță cu dreptul intern care corespunde dreptului internațional în domeniul drepturilor omului.

C. PRELUCRAREA DATELOR

Articolul 13. Accesul

Nimănuși nu poate fi interzis accesul la datele genetice proprii, cu excepția cazurilor, cînd aceste date sînt separate în mod ireversibil de la persoana respectivă care poate fi identificată în calitate de sursă a acestor date sau atunci cînd în concordanță cu dreptul intern accesul menționat este limitat în interesul sănătății populației, al ordinii publice sau al securității naționale.

Articolul 14. Dreptul la viața privată și confidențialitatea

(a) Statele trebuie să facă tot ce le stă în putință pentru protecția drepturilor persoanelor aparte la viața privată și la confidențialitatea datelor genetice care se referă la persoană, familie sau, în cazuri corespunzătoare, la grupul care poate fi identificat, în conformitate cu dreptul intern care corespunde dreptului internațional în domeniul drepturilor omului.

(b) Datele genetice ale omului, datele proteome ale omului și mostrele biologice care se referă la persoana care poate fi identificată nu trebuie să fie dezvăluite sau făcute accesibile pentru terța parte, în special patronilor, companiilor de asigurări, insituțiilor de învățămînt și membrilor familiei, cu excepția cazurilor cînd aceasta se înfăptuiește din motive legate de interese publice, strict stipulate în dreptul intern, în dreptul internațional respectiv în domeniul drepturilor omului sau în cazurile, cînd a fost obținut acordul preventiv, liber, informat și clar exprimat de la persoana respectivă cu condiția ca un astfel de acord să fie în concordanță cu dreptul intern și cel internațional în domeniul drepturilor omului. Dreptul la viața privată, exprimat prin participarea unei sau altei persoane la cercetări cu utilizarea datelor genetice, a datelor proteome ale omului sau a mostrelor biologice trebuie să fie protejat și datele respective să fie confidențiale.

(c) Datele genetice ale omului, datele proteome ale omului și mostrele biologice, colectate în scopuri științifice, nu trebuie, dereglă, să fie referite la persoana care poate fi identificată în calitate de sursă. Chiar și în cazurile, cînd aceste date sau mostrele biologice sînt separate de persoana care poate fi identificată în calitate de sursă, trebuie luate măsuri de precauție pentru asigurarea securității datelor sau a mostrelor biologice.

(d) Datele genetice ale omului, datele proteome și mostrele biologice, colectate în scopuri medicale și științifice, dacă aceasta este justificat de necesitățile unor astfel de cercetări, pot rămîne neseperate de persoana care poate fi identificată în calitate de sursă, doar dacă aceasta este necesar pentru cercetări și cu condiția ca dreptul persoanei la viața privată și confidențialitatea acestor date și a mostrelor biologice să fie protejate în concordanță cu dreptul intern.

(e) Datele genetice ale omului și datele proteome ale omului nu trebuie să fie păstrate în modul care ar permite subiectului acestor date să fie identificat, pe parcursul unei perioade mai îndelungate, decît atunci cînd e necesar pentru atingerea scopului, pentru care a fost efectuată colectarea și prelucrarea lor ulterioară.

Articolul 15. Veridicitate, siguranță, calitate și securitate

Persoanele fizice și juridice, responsabile pentru prelucrarea datelor genetice ale omului, a datelor proteome ale omului și a mostrelor biologice, trebuie să ia măsuri necesare pentru asigurarea veridicității, siguranței, calității și securității acestor date și a mostrelor biologice. Ele trebuie să dea dovadă de exigență, prudență, corectitudine și conștiinciozitate la prelucrarea datelor genetice ale omului, a datelor proteome ale omului și a mostrelor biologice, luând în considerare consecințele etice, juridice și sociale adiacente lor.

D. UTILIZAREA DATELOR

Articolul 16. Schimbarea obiectivelor

(a) Datele genetice, datele proteome ale omului și mostrele biologice, colectate pentru unul din obiectivele menționate în articolul 5, nu trebuie să fie utilizate în alt scop, incompatibil cu cel dat anterior, cu excepția cazurilor când este obținut un acord preventiv, liber, informat și clar exprimat al persoanei respective în conformitate cu principiile articolului 8 (a) sau în cazul când în conformitate cu dreptul intern utilizarea propusă se efectuează din cauza unui motiv temeinic, legat de interesele publice și corespunde dreptului internațional în domeniul drepturilor omului. Dacă persoana respectivă nu este în stare să dea acest acord, se utilizează *mutatis mutandis* ale principiilor articolului 8 (b) și (c). În cazurile când acordul preventiv, liber, informat și clar formulat nu poate fi obținut sau când datele sînt separate ireversibil de persoana care poate fi identificată în calitate de sursă, datele genetice ale omului se pot utiliza în corespundere cu dreptul intern sau în corespundere cu procedurile efectuării consultărilor, stipulate în articolul 6 (b).

Articolul 17. Mostrele biologice, aflate la păstrare

(a) Mostrele biologice, aflate la păstrare, colectate cu alte scopuri, în afară de cele indicate în articolul 5, pot fi utilizate pentru obținerea datelor genetice ale omului sau a datelor proteome ale omului cu condiția acordului preventiv, liber, informat și clar formulat al persoanei respective. Însă dacă în concordanță cu dreptul intern este prevăzut că aceste date au o importanță mare pentru scopuri medicale și cercetări științifice, de exemplu, pentru cercetări epidemiologice sau pentru ocrotirea sănătății, în acest caz ele pot fi utilizate în scopurile indicate în corespundere cu procedurile efectuării consultațiilor, prevăzute de articolul 6(b).

(b) Prevederile articolului 12 se utilizează *mutatis mutandis* referitor la mostrele biologice ce se află la păstrare, utilizate pentru obținerea datelor genetice în scopurile medicinei legale.

Articolul 18. Difuzarea datelor și colaborarea internațională

(a) Statele trebuie să reglementeze în concordanță cu dreptul său intern și tratatele internaționale transportarea peste hotare a datelor genetice ale omului, a datelor proteome ale omului și a mostrelor biologice în interesul consolidării colaborării internaționale medicale și a colaborării științifice, și a asigurării accesului nepărtinitor la aceste date. Sistemul unei astfel de transportări trebuie să asigure acțiunile necesare, adoptate de partea receptoare, pentru protecția datelor și a mostrelor în concordanță cu principiile cuprinse în prezenta Declarație.

(b) Statele trebuie să depună toate eforturile pentru propaganda în continuare la scară internațională a cunoștințelor științifice privind datele genetice ale omului și datele proteome ale omului și în legătură cu aceasta să consolideze colaborarea internațională științifică și culturală, în special între statele industrial dezvoltate și cele în curs de dezvoltare, luând în considerare în mod corespunzător principiile stipulate în prezenta Declarație.

(c) Persoanele care efectuează cercetări trebuie să facă totul ce le stă în putință pentru stabilirea relațiilor de colaborare, bazate pe respectarea reciprocă a cerințelor științifice și etice și, ținând cont de principiile articolului 14, ele trebuie să sprijine difuzarea liberă a datelor genetice ale omului și a datelor proteome ale omului în scopul extinderii schimbului de cunoștințe științifice cu condiția respectării de către părțile respective a principiilor redată în prezenta Declarație. În acest scop ele urmează, de asemenea, să adopte măsuri pentru publicarea la timpul respectiv a rezultatelor cercetării lor.

Articolul 19. Utilizarea comună a bunurilor

(a) În concordanță cu dreptul intern sau cu politica, precum și cu tratatele internaționale, bunurile, legate de utilizarea datelor științifice ale omului, a datelor proteome și a mostrelor biologice, colectate în scopul cercetărilor medicale și științifice, trebuie să fie utilizate împreună cu toată societatea și comunitatea internațională. Pentru realizarea acestui principiu prin bunuri se subînțelege:

- (i) un ajutor special, acordat persoanelor sau grupurilor care participă la cercetări;
- (ii) accesul la asistența medico-sanitară;
- (iii) asigurarea mijloacelor noi de diagnosticare, a posibilităților pentru noile metode de tratament sau a medicamentelor elaborate în rezultatul cercetărilor;
- (iv) prestarea serviciilor din domeniul ocrotirii sănătății;
- (v) consolidarea potențialului în domeniul efectuării cercetărilor;
- (vi) crearea și consolidarea potențialului țărilor în curs de dezvoltare în domeniul colectării și prelucrării datelor genetice ale omului, ținând cont de problemele lor concrete;
- (vii) orice alte bunuri care nu contravin principiilor redată în prezenta Declarație.

(b) Limitările în acest sens pot fi stipulate de dreptul intern și acordurile internaționale.

E. PĂSTRAREA DATELOR

Articolul 20. Sistemele de control și administrare

Sistemele de control și administrare ale Statului pot analiza problema privind crearea sistemului de monitorizare a datelor genetice ale omului, a datelor proteome ale omului și a mostrelor biologice și a dirijării lor, bazat pe principiile independenței, ale multidisciplinelor, ale pluralismului și transparenței, precum și pe principiile stipulate în prezenta Declarație. Un astfel de sistem poate, de asemenea, să cuprindă aspectele legate de caracterul și scopurile păstrării datelor indicate.

Articolul 21. Lichidarea datelor

(a) Principiile articolului 9 se aplică mutatis mutandis la datele genetice păstrate, la datele proteome ale omului și la mostrele biologice.

(b) Datele genetice ale omului, datele proteome ale omului și mostrele biologice, colectate de la inculpat în timpul anchetării penale, urmează să fie lichidate imediat cum dispăre necesitatea, în caz dacă altceva nu este prevăzut de dreptul intern care corespunde dreptului internațional în domeniul drepturilor omului.

(c) Datele genetice ale omului, datele proteome ale omului și mostrele biologice trebuie prezentate în scopuri medico-legale sau în scopurile procesului judiciar civil doar pentru acea perioadă pentru care ele sînt necesare în acel scop, dacă altceva nu este prevăzut de dreptul intern, corespunzător dreptului internațional în domeniul drepturilor omului.

Articolul 22. Compararea încrucișată a datelor

Compararea încrucișată a datelor genetice ale omului, a datelor proteome ale omului și a mostrelor biologice care se păstrează pentru obiectivele diagnosticii și acordarea asistenței medico-sanitare, precum și pentru scopurile efectuării cercetărilor medicale și științifice, nu poate fi efectuată fără obținerea acordului respectiv, în caz dacă altceva pe motive întemeiate nu este prevăzut de dreptul intern, care corespunde dreptului internațional în domeniul drepturilor omului.

F. CONTRIBUȚIE ȘI REALIZARE

Articolul 23. Realizare

(a) Statele trebuie să adopte toate măsurile corespunzătoare de ordin legislativ, administrativ sau de alt ordin în scopul realizării principiilor, redate în prezenta Declarație, în concordanță cu dreptul internațional în domeniul drepturilor omului. Astfel de măsuri trebuie să fie fortificate de acțiuni corespunzătoare în domeniul învățămîntului, al pregătirii cadrelor și al informației publice.

(b) În cadrul colaborării internaționale statele trebuie să-și depună eforturile pentru a încheia acorduri bilaterale și multilaterale, care ar permite țărilor în curs de dezvoltare să-și consolideze potențialul necesar pentru participarea în generarea și utilizarea comună a cunoștințelor științifice ce se referă la datele genetice ale omului și care corespund naw-haw-ului.

Articolul 24. Învățămîntul, instruirea cadrelor și difuzarea informației în domeniul eticii

În scopul ajutorării aplicării principiilor, redate în prezenta Declarație, statele trebuie să depună eforturi pentru dezvoltarea tuturor formelor de instruire și pregătire a cadrelor la toate nivelurile în domeniul eticii, precum și să stimuleze programele privind difuzarea datelor genetice ale omului. Aceste acțiuni trebuie să fie orientate pentru un auditoriu concret, în special pentru cercetători științifici și membrii comitetelor de etică sau pentru un public larg. În acest sens, statele trebuie să încurajeze participarea la aceste eforturi a organizațiilor internaționale și regionale interguvernamentale, precum și a organizațiilor internaționale, regionale și naționale nonguvernamentale.

Articolul 25. Rolul Comitetului Internațional de Bioetică (C.I.B.) și al Comitetului Interguvernamental de Bioetică (C.I.G.B.)

Comitetul Internațional de Bioetică (C.I.B.) și Comitetul Interguvernamental de Bioetică (C.I.G.B.) urmează a-și aduce aportul în realizarea prezentei Declarații și difuza-

rea principiilor, redate în ea. Aceste două comitete urmează la începutul colaborării să fie responsabile de monitorizarea și evaluarea realizării ei, inclusiv pe baza rapoartelor, prezentate de state. În particular, aceste două comitete trebuie să răspundă pentru perfectarea oricăror concluzii și propuneri care ar putea ridica eficiența prezentei Declarații. Ele trebuie în concordanță cu procedurile statutare să elaboreze recomandări și să le prezinte la Conferința Generală.

Articolul 26. Acțiunile ulterioare ale UNESCO

UNESCO efectuează acțiuni corespunzătoare în legătură cu prezenta Declarație în scopul stimulării progresului științelor despre viață și a contribuției utilizării în practică a realizărilor lor prin utilizarea tehnologiilor corespunzătoare pe bază de respect al demnității umane, de realizare și respectare a drepturilor omului și a libertăților fundamentale.

Articolul 27. Inadmisibilitatea acțiunilor care contravin drepturilor omului, libertăților fundamentale și demnității umane

Nimic din prezenta Declarație nu poate fi interpretat astfel, încât un stat sau altul, un grup sau o persoană aparte să poată avea vreun motiv în plus pentru realizarea oricărui tip de activitate sau a oricăror acțiuni, incompatibile cu drepturile omului, libertățile fundamentale și demnitatea umană, incluzînd, în special, principiile redate în prezenta Declarație.

Anexa 6. CONVENȚIA CONSILIULUI EUROPEI PRIVIND LUPTA ÎMPOTRIVA TRAFICULUI DE FIINȚE UMANE
(Ratificată de Parlamentul Republicii Moldova prin LEGE Nr. 5 din 24.02.2017 privind Convenției Consiliului Europei împotriva traficului de organe umane)

PREAMBUL

Statele membre ale Consiliului Europei și celelalte State semnatare ale prezentei Convenții,

Considerând că scopul Consiliului Europei este de a realiza o uniune mai strânsă între membrii săi, Considerând că traficul de ființe umane constituie o violare a drepturilor omului și o atingere adusă demnității și integrității ființei umane,

Considerând că traficul de ființe umane poate conduce la o situație de sclavie pentru victime,

Considerând că respectarea drepturilor victimelor, protecția acestora, precum și lupta împotriva traficului de ființe umane trebuie să reprezinte obiective primordiale,

Considerând că orice acțiune sau inițiativă în domeniul luptei împotriva traficului de ființe umane trebuie să fie nediscriminatorie și să ia în considerare egalitatea între femei și bărbați, precum și o abordare bazată pe drepturile copilului;

Reamintind declarațiile Miniștrilor Afacerilor Externe ai Statelor Membre de la cea de-a 112-a (14 și 15 mai 2003) și 114-a (12 și 13 mai 2004) Sesiune a Comitetului de Miniștri, făcând apel la o acțiune întărită a Consiliului Europei în domeniul traficului de ființe umane;

Având în vedere Convenția Europeană privind Protecția Drepturilor și a Libertăților Fundamentale ale Omului (1950) și protocoalele sale;

Având în vedere următoarele recomandări ale Comitetului de Miniștri către Statele Consiliului Europei: Recomandarea nr. R (91) privind exploatarea sexuală, pornografia, prostituția, precum și traficul de copii și de tineri adulți; Recomandarea nr. (97) 13 privind intimidarea martorilor și drepturile apărării; Recomandarea nr. R (2000) 11 privind lupta împotriva traficului de ființe umane în scopul exploatării sexuale; Recomandarea Rec (2001) 16 privind protecția copiilor împotriva exploatării sexuale; Recomandarea Rec (2002) 5 privind protecția femeilor împotriva violenței;

Având în vedere următoarele recomandări ale Adunării Parlamentare a Consiliului Europei: Recomandarea 1325 (1997) privind traficul de femei și prostituția forțată în Statele membre ale Consiliului Europei; Recomandarea 1450 (2000) privind violența împotriva femeilor în Europa; Recomandarea 1545 (2002) privind campania împotriva traficului de femei; Recomandarea 1610 (2003) privind migrația în legătură cu traficul de femei și prostituție; Recomandarea 1611 (2003) privind traficul de organe în Europa; Recomandarea 1663 (2004) privind sclavia domestică: aservirea, persoane au pair și soții cumpărate prin corespondență;

Având în vedere Decizia - Cadru a Consiliului Uniunii Europene din 19 iulie 2002 privind lupta împotriva traficului de ființe umane; Decizia - Cadru a Consiliului Uniunii Europene din 15 martie 2001 privind statutul victimelor în cadrul procedurilor penale și Directiva Consiliului Uniunii Europene din 29 aprilie 2004 privind titlul de ședere

eliberat cetățenilor statelor terțe 2 care sunt victime ale traficului de ființe umane sau au făcut obiectul unei acțiuni de facilitare a migrației ilegale și care cooperează cu autoritățile competente;

Ținând cont de Convenția Națiunilor Unite împotriva criminalității transnaționale organizate și de Protocolul la aceasta privind prevenirea, reprimarea și sancționarea traficului de persoane, în special al femeilor și copiilor, în scopul consolidării protecției asigurate de aceste instrumente și dezvoltării normelor enunțate de ele;

Ținând cont de celelalte instrumente juridice internaționale relevante în domeniul luptei împotriva traficului de ființe umane;

Ținând cont de necesitatea de a elabora un instrument juridic internațional global care să se concentreze pe drepturile fundamentale ale victimelor traficului și să stabilească un mecanism de monitorizare specific,

Au convenit următoarele:

CAPITOLUL I – OBIECTIVE, DOMENIU DE APLICARE, PRINCIPIUL NEDESCRIMINĂRII ȘI DEFINIȚII

Articolul 1 – Obiectivele Convenției

1. Obiectivele prezentei Convenții sunt:

a. prevenirea și combaterea traficului de ființe umane, garantând egalitatea între femei și bărbați;

b. protecția drepturilor fundamentale ale victimelor traficului, realizarea unui cadru complet de protecție și asistență a victimelor și martorilor, garantând egalitatea între femei și bărbați, precum și asigurarea de anchete și urmăriri eficiente;

c. promovarea cooperării internaționale în domeniul luptei împotriva traficului de ființe umane.

2. Pentru a asigura o aplicare eficientă a dispozițiilor sale de către Părți, prezenta Convenție stabilește un mecanism specific de monitorizare.

Articolul 2 – Domeniul de aplicare

Prezenta Convenție se aplică tuturor formelor de trafic de ființe umane, celor naționale sau transnaționale, cu sau fără legătură cu criminalitatea organizată.

Articolul 3 – Principiul nediscriminării

Aplicarea prevederilor prezentei Convenții de către Părți, în special cele privind măsurile de protecție și promovare a drepturilor victimelor, trebuie asigurată fără nici o discriminare bazată pe sex, rasă, culoare, limbă, religie, opinii politice sau orice alte opinii, origine națională sau socială, apartenența la o minoritate națională, avere, locul nașterii sau orice altă situație.

Articolul 4 – Definiții

Pentru scopurile acestei Convenții:

(a) Expresia “trafic de ființe umane” desemnează recrutarea, transportul, transferul, cazarea sau primirea persoanelor, prin amenințarea cu sau utilizarea forței sau altor

forme de constrângere, 3 prin răpire, fraudă, înșelăciune, abuz de autoritate sau de o situație de vulnerabilitate, sau prin oferirea sau acceptarea de plăți sau avantaje pentru obținerea consimțământului unei persoane având autoritate asupra altei persoane, în scopul exploatării. Exploatarea cuprinde, cel puțin, exploatarea prostituției celorlalți sau alte forme de exploatare sexuală, munca sau serviciile forțate, sclavia sau practicile similare acesteia, aservirea sau prelevarea de organe;

(b) Consimțământul unei victime a “traficului de ființe umane” la exploatarea enunțată la alineatul (a) al prezentului articol, nu prezintă relevanță atunci când a fost utilizat unul dintre mijloacele enunțate la alineatul (a);

(c) Recrutarea, transportul, transferul, cazarea sau primirea unui copil în scopul exploatării sunt considerate “trafic de ființe umane”, chiar dacă nu implică nici unul dintre mijloacele enunțate la alineatul (a) al prezentului articol;

(d) Termenul “copil” desemnează orice persoană cu vârsta mai mică de optsprezece ani;

(e) Termenul “victimă” desemnează orice persoană fizică care este supusă traficului de ființe umane așa cum acesta este definit în prezentul Articol.

CAPITOLUL II – PREVENIREA, COOPERAREA ȘI ALTE MĂSURI

Articolul 5 – Prevenirea traficului de ființe umane

1. Fiecare Parte va lua măsuri pentru stabilirea și întărirea coordonării pe plan național între diferitele organisme cu atribuții în prevenirea și lupta împotriva traficului de ființe umane.

2. Fiecare Parte va stabili și/sau va susține politici și programe eficiente în vederea prevenirii traficului de ființe umane, prin mijloace cum ar fi: cercetări, campanii de informare, sensibilizare și educare, inițiative sociale și economice și programe de pregătire, destinate în special persoanelor vulnerabile la trafic și profesioniștilor implicați în combaterea traficului de ființe umane.

3. Fiecare Parte va promova o abordare bazată pe drepturile fundamentale ale omului și va recurge la o abordare integrată a egalității între bărbați și femei, precum și la o abordare axată pe respectarea copiilor, în dezvoltarea, aplicarea și evaluarea tuturor politicilor și programelor menționate la paragraful 2.

4. Fiecare Parte va lua măsurile corespunzătoare care sunt necesare pentru a asigura legalitatea migrațiilor, în special prin transmiterea, prin intermediul serviciilor implicate, de informații exacte privind condițiile care permit intrarea și șederea legală pe teritoriul acesteia.

5. Fiecare Parte va lua măsuri specifice în scopul reducerii vulnerabilității copiilor față de trafic, în special prin crearea unui mediu protector pentru aceștia.

6. Măsurile stabilite în conformitate cu prezentul articol vor implica, unde este cazul, organizațiile neguvernamentale, alte organizații competente și reprezentanți ai societății civile angajați în prevenirea traficului de ființe umane, protecția sau asistarea victimelor.

Articolul 6 – Măsurile pentru descurajarea cererii

Pentru a descuraja cererea care favorizează toate formele de exploatare a persoanelor, în special a femeilor și copiilor, care conduc la trafic, fiecare Parte va adopta sau întări măsuri legislative, administrative, educative, sociale, culturale sau altele, inclusiv:

- (a) cercetări privind cele mai bune practici, metode și strategii;
- (b) măsuri de sensibilizare a opiniei publice asupra răspunderii și rolului important al massmedia și al societății civile pentru identificarea cererii drept una dintre cauzele de bază ale traficului de ființe umane;
- (c) campanii de informare pentru grupuri țintă, care să implice, în mod corespunzător, printre altele, autoritățile publice și factorii de decizie politici;
- (d) măsuri preventive, incluzând programe educative destinate fetelor și băieților pe perioada școlarizării acestora, care să sublinieze caracterul inacceptabil al discriminării bazate pe sex și consecințele ei negative, importanța egalității între femei și bărbați, precum și demnitatea și integritatea fiecărei ființe umane.

Articolul 7 – Măsuri privind frontiera

1. Fără a aduce prejudicii angajamentelor internaționale privind libera circulație a persoanelor, Părțile vor întări, în măsura posibilului, controalele la frontieră necesare pentru prevenirea și descoperirea traficului de ființe umane.

2. Fiecare Parte va adopta măsurile legislative sau alte măsuri necesare pentru prevenirea, în măsura posibilului, a utilizării mijloacelor de transport de către transportatorii comerciali pentru comiterea infracțiunilor stabilite în conformitate cu prezenta Convenție.

3. Când este cazul, și fără a prejudicia convențiile internaționale aplicabile, aceste măsuri vor prevedea obligația transportatorilor comerciali, inclusiv a oricărei companii de transport, proprietarului sau operatorului oricărui mijloc de transport, de a verifica faptul că toți pasagerii sunt în posesia documentelor de călătorie solicitate pentru intrarea în Statul de destinație.

4. Fiecare Parte va lua măsurile necesare, în conformitate cu dreptul intern, pentru a prevedea sancțiuni pentru nerespectarea obligației enunțate la paragraful 3 al prezentului articol.

5. Fiecare Parte va adopta măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru a permite, în conformitate cu dreptul său intern, refuzarea intrării sau revocarea vizei persoanelor implicate în comiterea infracțiunilor stabilite în conformitate cu prezenta Convenție.

6. Părțile vor întări cooperarea între serviciile de control la frontieră, în special prin stabilirea și menținerea căilor de comunicare directe.

Articolul 8 – Securitatea și controlul documentelor

Fiecare Parte va adopta măsurile necesare:

- (a) pentru a se asigura că documentele de călătorie sau identitate pe care le eliberează sunt de o calitate care nu permite cu ușurință folosirea improprie, falsificarea, modificarea, reproducerea sau emiterea ilegală a acestora; și
- (b) pentru asigurarea integrității și securității documentelor de călătorie sau identita-

te eliberate de către aceasta sau în numele său și pentru împiedicarea creării și eliberării ilegale a acestora.

Articolul 9 – Legitimitatea și valabilitatea documentelor

La cererea celeilalte Părți, Statul va verifica, în conformitate cu dreptul intern și într-un termen rezonabil, legitimitatea și valabilitatea documentelor de călătorie sau identitate eliberate sau presupuse că ar fi fost emise în numele său și care sunt suspectate de a fi utilizate pentru traficul cu ființe umane.

CAPITOLUL III – MĂSURI PENTRU PROTECȚIA ȘI PROMOVAREA DREPTURILOR VICTIMELOR, CU GARANTAREA EGALITĂȚII ÎNTRE FEMEI ȘI BĂRBAȚI

Articolul 10 – Identificarea victimelor

1. Fiecare Parte se va asigura că autoritățile sale competente dispun de persoane pregătite și calificate în prevenirea și lupta împotriva traficului de ființe umane și în identificarea și sprijinirea victimelor, în special a copiilor, precum și că autoritățile competente implicate colaborează între ele și cu organizațiile de asistență relevante, pentru a permite identificarea victimelor printr-o procedură care să aibă în vedere situația specială a femeilor și copiilor victime și, atunci când este cazul, eliberarea de permise de ședere în condițiile articolului 14 al prezentei Convenții.

2. Fiecare Parte va lua măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru identificarea victimelor, atunci când este cazul, în colaborare cu alte Părți și organizații de asistență. Fiecare Parte se va asigura că, dacă autoritățile competente consideră că există motive temenice pentru a crede că o persoană a fost victimă a traficului de persoane, aceasta să nu fie îndepărtată de pe teritoriul său până la finalizarea, de către autoritățile competente, a procedurii de identificare în calitate de victimă a infracțiunii prevăzute la articolul 18 al prezentei Convenții și că aceasta va beneficia de asistența prevăzută la articolul 12, paragrafele 1 și 2.

3. În caz de incertitudine asupra vârstei victimei și când există motive de a crede că victima este copil, pe perioada de verificare a vârstei, se prezumă că aceasta este copil și i se acordă măsuri de protecție specifice.

4. Din momentul în care un copil neînsoțit este identificat ca victimă, fiecare Parte:

- (a) va prevedea reprezentarea sa prin intermediul tutelei de către organizații sau autorități însărcinate să acționeze în conformitate cu interesul superior al copilului;
- (b) va lua măsurile necesare pentru stabilirea identității și naționalității sale;
- (c) va depune toate eforturile pentru identificarea familiei atunci când este în interesul superior al copilului.

Articolul 11 – Protecția vieții private

1. Fiecare Parte va proteja viața privată și identitatea victimelor. Datele cu caracter personal în legătură cu acestea vor fi înregistrate și utilizate în condițiile prevederilor Convenției pentru protecția persoanelor cu privire la procesarea automatizată a datelor cu caracter personal (Seria Tratatelor Europene nr. 108).

2. În special, fiecare Parte va adopta măsuri pentru a se asigura că identitatea sau elementele care permit identificarea unui copil victimă a traficului să nu fie făcute publice prin mass-media sau prin alte mijloace, în afară de circumstanțe excepționale care să permită găsirea membrilor familiei copilului sau a asigura bunăstarea și protecția acestuia.

3. Cu respectarea articolului 10 din Convenția Europeană privind Protecția Drepturilor și a Libertăților Fundamentale ale Omului așa cum este interpretat de Curtea Europeană a Drepturilor Omului, fiecare Parte va avea în vedere adoptarea de măsuri pentru a încuraja mass-media să apere viața privată și identitatea victimelor, prin auto-reglementare sau prin intermediul măsurilor de reglementare sau de co-reglementare.

Articolul 12 – Asistența victimelor

1. Fiecare Parte va adopta măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru a asista victimele în reabilitarea fizică, psihologică și socială. O astfel de asistență va include cel puțin:

(a) condiții de viață care să poată asigura subzistența lor, prin măsuri precum cazare corespunzătoare și sigură, asistența psihologică și materială;

(b) accesul la îngrijiri medicale de urgență;

(c) servicii de traducere și interpretare, dacă este cazul;

(d) consiliere și informații privind, în special, drepturile prevăzute de lege pentru ei și serviciile ce le sunt puse la dispoziție, într-o limbă pe care acestea o pot înțelege;

(e) asistență care să permită ca drepturile și interesele lor să fie prezentate și luate în considerare în etapele procedurii penale desfășurate împotriva autorilor de infracțiuni;

(f) accesul la educație pentru copii.

2. Fiecare Parte va lua în considerare necesitățile în domeniul securității și protecției victimelor.

3. În plus, fiecare Parte va asigura asistența medicală necesară sau orice alt tip de asistență victimelor care au reședința legală pe teritoriul său și care nu dispun de resurse adecvate și au nevoie de ele.

4. Fiecare Parte va adopta regulile prin care victimelor cu reședința legală pe teritoriul său le este permis accesul la piața de muncă, la pregătire profesională și la învățământ.

5. Dacă este cazul și în condițiile prevăzute în dreptul intern, fiecare Parte va lua măsuri pentru a coopera cu organizațiile neguvernamentale, alte organizații competente sau reprezentanți ai societății civile care oferă asistență victimelor.

6. Fiecare Parte va adopta măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru a se asigura că asistența acordată unei victime nu este condiționată de dorința acesteia de a fi martor.

7. Pentru aplicarea dispozițiilor prevăzute în prezentul articol, fiecare Parte se va asigura că serviciile sunt furnizate cu acordul și cu informarea victimelor, luând în considerare nevoile specifice ale persoanelor vulnerabile și drepturile copiilor privind cazarea, educația și îngrijirile medicale potrivite.

Articolul 13 – Termenul de recuperare și de reflecție

1. Fiecare Parte va prevedea în dreptul intern un termen de recuperare și de reflecție de cel puțin 30 de zile, atunci când există motive temeinice de a crede că persoana în cauză este o victimă. Acest termen trebuie să aibă o durată suficientă pentru a permite persoanei în cauză să se recupereze, să evite influența traficantilor și / sau să ia o decizie în cunoștință de cauză privind cooperarea cu autoritățile competente. Pe durata acestui termen nici o măsură de expulzare nu va putea fi pusă în aplicare în privința sa. Această prevedere nu afectează activitățile realizate de către autoritățile competente în fiecare dintre etapele procedurii naționale relevante, în special pe durata anchetei și urmăririi penale. Pe durata acestui termen, Părțile vor acorda persoanei în cauză dreptul de ședere pe teritoriul lor.

2. Pe durata acestui termen, persoanele vizate la paragraful 1 al prezentului articol au dreptul de a beneficia de măsurile prevăzute la articolul 12, paragrafele 1 și 2.

3. Părțile nu sunt obligate să respecte acest termen pentru motive de ordine publică sau dacă se descoperă că statutul de victimă a fost invocat în mod nejustificat.

Articolul 14 – Permisul de ședere

1. Fiecare Parte va elibera victimelor un permis de ședere reînnoibil fie într-una din următoarele ipoteze, fie în ambele:

(a) autoritatea competentă consideră că șederea lor este necesară datorită situației lor personale;

(b) autoritatea competentă consideră că șederea lor este necesară datorită cooperării cu autoritățile competente în cadrul unei anchete sau proceduri penale.

2. Atunci când legislația o impune, permisul de ședere al victimelor copii va fi eliberat în conformitate cu interesul superior al acestora și, dacă este cazul, prelungit în aceleași condiții.

3. Neprelungirea sau retragerea unui permis de ședere este supusă condițiilor prevăzute în dreptul intern al Părții.

4. Dacă o victimă depune o cerere pentru un permis de ședere de altă categorie, Partea în cauză va lua în considerare faptul că victima a beneficiat sau beneficiază de un permis de ședere obținut în baza paragrafului 1.

5. Având în vedere obligațiile Părților prevăzute la articolul 40 al prezentei Convenții, fiecare Parte se va asigura că acordarea unui permis, potrivit prezentei dispoziții, nu va afecta dreptul de a solicita și beneficia de azil.

Articolul 15 – Compensații și recurs

1. Fiecare Parte va garanta victimelor, de la primul contact cu autoritățile competente, accesul la informații privind procedurile judiciare și administrative relevante într-o limbă pe care acestea o pot înțelege.

2. Fiecare Parte va prevedea în dreptul intern dreptul de a fi asistat de un apărător și dreptul la asistență juridică gratuită pentru victime, în condițiile prevăzute de dreptul intern.

3. Fiecare Parte va prevedea în dreptul intern dreptul victimelor de a fi compensate de către autorii infracțiunilor.

4. Fiecare Parte va adopta măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru a asigura garantarea compensării victimelor, în condițiile prevăzute de dreptul intern, de exemplu prin stabilirea unui fond pentru compensarea victimelor sau a altor măsuri ori programe destinate asistenței și integrării sociale a victimelor care ar putea fi finanțate prin sumele provenite din aplicarea măsurilor prevăzute la articolul 23.

Articolul 16 – Repatrierea și returnarea victimelor

1. Partea al cărei cetățean este victima sau în care aceasta avea dreptul de ședere cu titlu permanent în momentul intrării pe teritoriul Părții primitoare, va facilita și va accepta, ținând cont de drepturile, securitatea și demnitatea persoanei, returnarea acesteia fără întârziere nejustificată sau neîntemeiată.

2. Atunci când o Parte returnează o victimă în alt Stat, această returnare va fi efectuată ținând cont de drepturile, securitatea și demnitatea persoanei, precum și de stadiul oricărei proceduri judiciare legate de faptul este victimă și va fi, de preferință, voluntară.

3. La cererea Părții primitoare, Partea solicitată va verifica dacă persoana este cetățeanul său sau dacă avea drept de ședere cu titlu permanent pe teritoriul ei în momentul intrării pe teritoriul Părții primitoare.

4. Pentru a facilita returnarea unei victime care nu posedă documentele adecvate, Partea al cărei cetățean este această persoană sau în care aceasta avea drept de ședere cu titlu permanent în momentul intrării pe teritoriul Părții primitoare va accepta să elibereze, la cererea Părții primitoare, documentele de călătorie sau orice altă autorizație necesară pentru a permite persoanei să intre sau să fie readmisă pe teritoriul său.

5. Fiecare Parte va lua măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru a stabili programe de repatriere cu participarea instituțiilor naționale sau internaționale și a organizațiilor neguvernamentale implicate. Aceste programe vor avea ca scop evitarea re-victimizării. Fiecare Parte va depune toate eforturile pentru a favoriza reintegrarea victimelor în societatea Statului de întoarcere, inclusiv reintegrarea în sistemul educativ și piața de muncă, în special prin dobândirea și perfecționarea competențelor profesionale. În ceea ce privește copiii, aceste programe ar trebui să includă exercitarea dreptului la educație, precum și măsurile destinate să le asigure îngrijirea sau primirea adecvată de către familia lor sau structurile de protecție corespunzătoare.

6. Fiecare Parte va lua măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru punerea la dispoziția victimelor, după caz în colaborare cu orice Parte implicată, a informațiilor privind structurile care le pot asista în țara unde aceste victime sunt returnate sau repatriate, cum ar fi autoritățile de aplicare a legii, organizațiile nonguvernamentale, juriștii în măsură de a-i consilia și organismele de asistență socială.

7. Copiii victime nu vor fi repatriați într-un Stat dacă, urmare unei evaluări privind riscul și securitatea, există indicii că returnarea nu este în interesul superior al copilului. Articolul 17 – Egalitatea între femei și bărbați Atunci când va aplica măsurile prevăzute în prezentul capitol, fiecare Parte va urmări promovarea egalității între femei și bărbați și va adopta o abordare de integrare a egalității de gen în dezvoltarea, aplicarea și evaluarea acestor măsuri.

CAPITOLUL IV – DREPTUL PENAL MATERIAL

Articolul 18 – Incriminarea traficului de ființe umane

Fiecare Parte va adopta măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru a califica drept infracțiune faptele enunțate la articolul 4 al acestei Convenții, dacă au fost comise cu intenție.

Articolul 19 – Incriminarea utilizării serviciilor unei victime

Fiecare Parte va evalua posibilitatea adoptării unor măsuri legislative și altor măsuri necesare pentru a califica drept infracțiune, în conformitate cu dreptul intern, utilizarea serviciilor care fac obiectul exploatării prevăzute la articolul 4 paragraful a al prezentei Convenții, având cunoștință de faptul că persoana în cauză este victimă a traficului de ființe umane.

Articolul 20 – Incriminarea faptelor privind documentele de călătorie sau de identitate

Fiecare Parte va adopta măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru a califica drept infracțiune următoarele fapte, atunci când acestea au fost comise cu intenție în scopul de a permite traficul de ființe umane:

- (i) confecționarea unui document de călătorie sau identitate falsificat;
- (ii) procurarea sau furnizarea unui astfel de document;
- (iii) reținerea, sustragerea, ascunderea, deteriorarea sau distrugerea unui document de călătorie sau de identitate al unei alte persoane.

Articolul 21 – Tentativa și complicitatea

1. Fiecare Parte va adopta măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru a califica drept infracțiune orice formă de complicitate comisă intenționat pentru săvârșirea uneia din infracțiunile stabilite în conformitate cu articolele 18 și 20 ale prezentei Convenții.

2. Fiecare Parte va adopta măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru a califica drept infracțiune orice formă de tentativă intenționată de comitere a uneia dintre infracțiunile stabilite în conformitate cu articolele 18 și 20, paragraful a, ale prezentei Convenții.

Articolul 22 – Răspunderea persoanelor juridice

1. Fiecare Parte va adopta măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru asigurarea tragerii la răspundere a persoanelor juridice pentru infracțiunile prevăzute de prezenta Convenție, atunci când sunt comise în numele sau în interesul lor de orice persoană fizică, care acționează fie individual, fie în calitate de membru al unui organ al persoanei juridice, care exercită o funcție de conducere în cadrul acesteia, în baza: a. unei puteri de reprezentare a persoanei juridice; b. unei autorități de a decide în numele persoanei juridice; c. unei autorități de a exercita controlul în cadrul persoanei juridice.

2. Cu excepția cazurilor deja prevăzute la paragraful 1, fiecare Parte va lua măsurile necesare pentru asigurarea tragerii la răspundere a persoanei juridice, atunci când absența supravegherii sau controlului din partea persoanei fizice prevăzute la paragraful 1 a făcut posibilă comiterea unei infracțiuni stabilite în conformitate cu prezenta Convenție, în numele sau în interesul persoanei juridice, de către o persoană fizică care se află sub autoritatea acesteia.

3. În funcție de principiile juridice ale Părții, răspunderea persoanei juridice poate fi penală, civilă sau administrativă.

4. Această răspundere va fi stabilită fără a afecta răspunderea penală a persoanelor fizice care au comis infracțiunea.

Articolul 23 – Sancțiuni și măsuri

1. Fiecare Parte va adopta măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru a institui sancțiuni efective, proporționale și preventive pentru infracțiunile stabilite în aplicarea articolelor 18 la 21. Acestea vor cuprinde, pentru infracțiunile stabilite conform articolului 18 comise de persoane fizice, sancțiuni privative de libertate care pot conduce la extrădare.

2. Fiecare Parte va veghea ca persoanele juridice responsabile potrivit articolului 22 să facă obiectul sancțiunilor sau măsurilor penale ori de altă natură, efective, proporționale și preventive, inclusiv al sancțiunilor pecuniare.

3. Fiecare Parte va adopta măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru a-i permite confiscarea sau privarea de mijloacele sau produsele infracțiunilor stabilite în baza articolelor 18 și 20, paragraful a, din prezenta Convenție, sau a bunurilor a căror valoare corespunde acestor produse.

4. Fiecare Parte va adopta măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru a permite închiderea temporară sau definitivă a oricărui local utilizate pentru comiterea traficului de ființe umane, fără a încălca drepturile terților de bună credință, sau pentru a interzice autorului acestei infracțiuni, cu titlu temporar sau definitiv, desfășurarea activității cu ocazia căreia infracțiunea a fost comisă.

Articolul 24 – Circumstanțe agravante

Fiecare Parte va lua măsurile necesare ca următoarele împrejurări să fie considerate circumstanțe agravante în determinarea sancțiunii aplicate infracțiunilor stabilite conform articolului 18 din prezenta Convenție:

a. infracțiunea a pus în pericol viața victimei în mod deliberat sau prin neglijență gravă;

b. infracțiunea a fost comisă împotriva unui copil;

c. infracțiunea a fost comisă de către un funcționar public în exercițiul atribuțiilor de serviciu;

d. infracțiunea a fost comisă în cadrul unei rețele de crimă organizată.

Articolul 25 – Condamnări anterioare

Fiecare Parte va adopta măsurile legislative, precum și de altă natură, pentru a prevedea posibilitatea de a lua în considerare cu ocazia individualizării pedepsei condamnările definitive pronunțate pe teritoriul altei Părți pentru infracțiunile prevăzute de prezenta Convenție.

Articolul 26 – Dispoziția de nesancționare

Fiecare Parte va prevedea, potrivit principiilor fundamentale ale sistemului său juridic, posibilitatea de a nu impune sancțiuni victimelor pentru că acestea au luat parte la activități ilegale atunci când au fost constrânse.

CAPITOLUL V – Investigări, urmăriri și drept procedural

Articolul 27 – Plângeri ex parte și ex officio

1 Fiecare Parte se va asigura că investigațiile sau urmăririle pentru infracțiunile stabilite conform prezentei Convenții nu necesită depunerea unei declarații sau plângerea unei victime, cel puțin atunci când infracțiunea a fost comisă, total sau parțial, pe teritoriul său.

2. Fiecare Parte va veghea ca victimele unei infracțiuni comise pe teritoriul unei Părți, alta decât cea în care acestea au reședința, să poată depune plângere la autoritățile competente ale Statului lor de reședință. Autoritatea competentă la care a fost depusă plângerea, în măsura în care plângerea nu este de competența sa, o va transmite fără întârziere autorității competente a Părții pe teritoriul căreia a fost comisă infracțiunea. Această plângere va fi soluționată potrivit dreptului intern al Părții unde infracțiunea a fost comisă.

3. Fiecare Parte va asigura, prin măsuri legislative sau de altă natură și cu respectarea condițiilor prevăzute de dreptul său intern, pentru grupurile, fundațiile, asociațiile sau organizațiile nonguvernamentale care au ca obiectiv lupta împotriva traficului de ființe umane sau protecția drepturilor omului, posibilitatea de a asista și/sau de a sprijini victima care consimte în acest sens pe durata procedurilor penale privind infracțiunea stabilită conform articolului 18 din prezenta Convenție.

Articolul 28 – Protecția victimelor, martorilor și persoanelor care colaborează cu autoritățile judiciare

1. Fiecare Parte va adopta măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru asigurarea unei protecții efective și adecvate față de posibilele represalii sau intimidări, mai ales pe durata investigațiilor și a urmărilor împotriva autorilor și după finalizarea acestora:

- (a) pentru victime;
- (b) atunci când este necesar, pentru persoanele care furnizează informații privind infracțiunile stabilite în baza articolului 18 din prezenta Convenție sau care colaborează într-un alt mod cu autoritățile însărcinate cu investigarea și urmărirea;
- (c) pentru martorii care depun mărturie privind infracțiunile stabilite în baza articolului 18 din prezenta Convenție;
- (d) dacă este necesar, pentru membrii familiei persoanelor vizate la alineatele (a) și (c).

2. Fiecare Parte va adopta măsurile legislative și alte măsuri necesare pentru a asigura și oferi diverse tipuri de protecție. Asemenea măsuri pot include protecția fizică, atribuirea unui nou loc de reședință, schimbarea identității și sprijinul pentru obținerea unui loc de muncă.

3. Orice copil victimă va beneficia de măsurile de protecție speciale ținând cont de interesul superior al acestuia.

4. Fiecare Parte va adopta măsurile legislative și alte măsuri necesare, pentru a asigura, dacă este necesar, protecția adecvată față de posibilele represalii sau intimidări, mai ales pe durata investigațiilor și a urmărilor împotriva autorilor și după finalizarea acestora, pentru membrii grupurilor, fundațiilor, asociațiilor sau organizațiilor neguvernamentale care desfășoară una sau mai multe din activitățile enunțate la articolul 27,

paragraful 3.5. Fiecare Parte va avea în vedere încheierea de acorduri sau înțelegeri cu alte state pentru aplicarea prezentului articol.

Articolul 29 – Autoritățile specializate și structurile de coordonare

1. Fiecare Parte va adopta măsurile necesare pentru specializarea unor persoane sau structuri în lupta împotriva traficului de ființe umane și în protecția victimelor. Aceste persoane sau structuri vor dispune de independența necesară, în conformitate cu principiile fundamentale ale sistemului juridic ale acestei Părți, pentru a fi în măsură să-și îndeplinească atribuțiile cu eficiență și nu vor fi supuse presiunilor ilegale. Persoanele menționate sau personalul structurilor menționate trebuie să dispună de pregătire și de resurse financiare adaptate atribuțiilor pe care le îndeplinesc.

2. Fiecare Parte va adopta măsurile necesare pentru asigurarea coordonării politicii și a activității serviciilor administrației sale și a altor organisme publice care luptă împotriva traficului de ființe umane, dacă este necesar, prin înființarea unor structuri de coordonare.

3. Fiecare Parte va asigura sau întări formarea funcționarilor responsabili cu prevenirea și lupta împotriva traficului de ființe umane, inclusiv formarea în domeniul drepturilor omului. Pregătirea va putea fi adaptată la diferitele servicii și va fi axată, după caz, pe metodele utilizate pentru împiedicarea traficului, urmărirea autorilor și protecția drepturilor victimelor, inclusiv protecția victimelor față de traficanți.

4. Fiecare Parte va avea în vedere numirea unor Raportori Naționali sau a unor alte mecanisme cu atribuții de monitorizare a activităților de luptă împotriva traficului de ființe umane desfășurate de instituțiile Statului și cu îndeplinirea obligațiilor prevăzute de legislația națională.

Articolul 30 – Procedurile judiciare

În conformitate cu Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și Libertăților Fundamentale, în special articolul 6, fiecare Parte va adopta acele măsuri legislative sau alte măsuri necesare pentru a garanta în cursul procedurilor judiciare:

- a) protecția vieții private a victimelor, și dacă este cazul, a identității acestora;
- b) siguranța victimelor și protecția împotriva intimidării,

în conformitate cu condițiile prevăzute de dreptul intern și, în cazul victimelor copii, printr-o grijă specială acordată nevoilor copiilor și prin asigurarea dreptului lor la măsuri speciale de protecție.

Articolul 31 - Jurisdicția

1. Fiecare Parte va adopta acele măsuri legislative sau alte măsuri necesare pentru stabilirea jurisdicției sale asupra infracțiunilor stabilite în conformitate cu prezenta Convenție, când infracțiunea este comisă:

- a) pe teritoriul său; sau
- b) la bordul unei nave sub pavilionul acestei Părți; sau
- c) la bordul unei aeronave înmatriculate în conformitate cu dreptul acestei Părți; sau
- d) de către unul dintre cetățenii săi sau de către un apatrid care are reședința pe teritoriul său, dacă infracțiunea este pedepsită conform dreptului penal aplicabil acolo unde a fost comisă sau dacă infracțiunea este comisă în afara jurisdicției teritoriale a oricărui Stat;

e) împotriva unuia dintre cetățeni săi.

2. Fiecare Parte poate, la momentul semnării sau al depunerii instrumentului de ratificare, acceptare, aprobare sau aderare, printr-o declarație adresată Secretarului General al Consiliului Europei, să declare că își rezervă dreptul de a nu aplica sau de a aplica numai în cazuri sau condiții specifice, regulile de jurisdicție stipulate în paragraful 1 (d) și (e) al acestui articol sau al oricărei părți a acestora.

3. Fiecare Parte va adopta măsurile necesare pentru stabilirea jurisdicției sale asupra infracțiunilor la care se face referire în prezenta Convenție, în cazurile în care presupusul autor este prezent pe teritoriul său și nu poate fi extrădat către o altă Parte doar pe baza cetățeniei acestuia, în urma unei cereri de extrădare.

4. Când mai multe Părți invocă jurisdicția asupra unei presupuse infracțiuni stabilite în conformitate cu prezenta Convenție, Părțile implicate se vor consulta, dacă este cazul, pentru a determina jurisdicția corespunzătoare pentru urmărirea infracțiunii.

5. Fără a aduce atingere normelor generale de drept internațional, prezenta Convenție nu exclude nici o jurisdicție penală exercitată de o Parte în conformitate cu dreptul intern.

Capitolul VI – Cooperarea internațională și cooperarea cu societatea civilă

Articolul 32 – Principii generale și măsuri de cooperare internațională

Părțile vor coopera între ele, în conformitate cu prevederile prezentei Convenții și prin aplicarea instrumentelor regionale și internaționale relevante, aranjamentelor agreeate în baza legilor interne uniforme sau reciproce și a dreptului lor intern, în cea mai largă măsură posibilă, în scopul: - prevenirii și combaterii traficului de ființe umane; - protejării și acordării de asistență victimelor; - investigării sau desfășurării procedurilor privind infracțiunile stabilite în conformitate cu prezenta Convenție.

Articolul 33 – Măsuri privind persoanele dispărute sau aflate în pericol

1. Dacă o Parte, pe baza informațiilor de care dispune, are motive temeinice să creadă că viața, libertatea sau integritatea fizică a unei persoane la care se referă articolul 28 paragraful 1, se află în pericol iminent direct pe teritoriul unei alte Părți, într-o asemenea situație de urgență, Partea care are informațiile le va transmite, fără întârziere, către cealaltă Parte pentru a lua măsurile de protecție corespunzătoare.

2. Părțile la prezenta Convenție pot decide să-și întărească cooperarea în ceea ce privește căutarea persoanelor dispărute, în special a copiilor dispăruți, dacă informațiile disponibile le determină să creadă că acestea / aceștia sunt victime ale traficului de ființe umane. În acest scop, Părțile pot încheia între ele tratate bilaterale sau multilaterale.

Articolul 34 – Informații

1. Partea solicitată va informa de îndată Partea solicitantă asupra rezultatului final al acțiunii întreprinse în baza prezentului capitol. De asemenea, Partea solicitată va informa de îndată Partea solicitantă asupra oricăror circumstanțe care fac imposibilă îndeplinirea acțiunii respective sau care o pot întârzia în mod semnificativ.

2. O Parte poate, cu respectarea dreptului său intern, fără o solicitare prealabilă, să comunice celelalte Părți informațiile obținute în cadrul propriilor investigații, când

consideră că dezvăluirea unor asemenea informații poate ajuta Partea destinatară în inițierea și desfășurarea investigațiilor și procedurilor judiciare privind infracțiunile stabilite în conformitate cu prezenta Convenție sau pot conduce la o solicitare de cooperare formulată de această Parte în baza prezentului capitol.

3. Înaintea comunicării unor asemenea informații, Partea care le oferă poate solicita păstrarea confidențialității acestora sau utilizarea lor cu anumite condiții. Dacă Partea destinatară nu poate respecta o asemenea solicitare, va informa cealaltă Parte, care va trebui să decidă atunci ce informații pot fi totuși furnizate. Dacă Partea primitoare acceptă informațiile cu condițiile prevăzute, atunci va fi obligată să le respecte.

4. Toate informațiile solicitate cu privire la Articolele 13, 14 și 16 și care sunt necesare pentru acordarea drepturilor prevăzute de aceste Articole, vor fi transmise fără întârziere la solicitarea Părții interesate cu respectarea Articolului 11 din prezenta Convenție.

Articolul 35 – Cooperarea cu societatea civilă

Fiecare Parte va încuraja autoritățile statului și oficialii publici să coopereze cu organizațiile neguvernamentale, cu alte organizații relevante și cu membrii societății civile, în stabilirea unor parteneriate strategice pentru îndeplinirea obiectivelor prezentei Convenții.

Capitolul VII – Mecanismul de monitorizare

Articolul 36 – Grupul de experți pentru lupta împotriva traficului de ființe umane

1. Grupul de experți pentru lupta împotriva traficului de ființe umane (denumit în continuare „GRETA”), va monitoriza aplicarea prezentei Convenții de către Părți.

2. GRETA va fi compus din minim 10 membri și maxim 15 membri, luând în considerare menținerea echilibrului geografic și de gen, precum și expertiza multidisciplinară. Aceștia vor fi aleși de Comitetul Părților pentru un mandat de 4 ani, reînnoibil o singură dată, dintre cetățenii Statelor Părți la prezenta Convenție.

3. Alegerea membrilor GRETA va fi bazată pe următoarele principii:

(a) aceștia vor fi selectați dintre persoanele cu un înalt profil moral, cu o competență recunoscută în domeniul drepturilor omului, asistării și protecției victimelor și luptei împotriva traficului de ființe umane sau care au experiență profesională în domeniile acoperite de prezenta Convenție;

(b) aceștia își vor desfășura activitatea în nume individual, vor fi independenți și imparțiali în exercitarea funcțiilor lor și vor fi disponibili să își îndeplinească sarcinile într-o manieră eficientă;

(c) nu vor exista doi membri GRETA cu cetățenia aceluiași Stat;

(d) aceștia vor reprezenta principalele sisteme de drept.

4. Procedura de alegere a membrilor GRETA va fi decisă de Comitetul de Miniștri, după consultarea și obținerea acordului unanim al Părților la prezenta Convenția, în termen de un an de la intrarea în vigoare a Convenției. GRETA va adopta propriile reguli de procedură.

Articolul 37 – Comitetul Părților

1. Comitetul Părților va fi compus din reprezentanții Statelor Părți la prezenta Convenție în cadrul Comitetului de Miniștri al Consiliului Europei și din reprezentanții Părților la Convenție, care nu sunt membri ai Consiliului Europei.

2. Comitetul Părților va fi convocat de Secretarul General al Consiliului Europei. Prima reuniune va fi organizată în termen de un an de la intrarea în vigoare a prezentei Convenții pentru a alege membrii GRETA. Comitetul Părților se va reuni ulterior ori de câte ori o treime din Părți, Președintele GRETA sau Secretarul General solicită aceasta.

3. Comitetul Părților va adopta propriile reguli de procedură.

Articolul 38 – Procedura

1. Procedura de evaluare va privi Părțile la Convenție și va fi împărțită în runde, a căror durată este stabilită de GRETA. La începutul fiecărei runde, GRETA va selecta prevederile specifice pe care se va baza procedura de evaluare.

2. GRETA va stabili cele mai potrivite mijloace pentru desfășurarea acestei evaluări. GRETA poate în special să adopte un chestionar pentru fiecare rundă de evaluare, care poate servi ca bază pentru evaluarea aplicării de către Părți a prezentei Convenții. Un asemenea chestionar va fi adresat tuturor Părților. Părțile vor răspunde la chestionar, precum și la alte solicitări de informații formulate de GRETA.

3. GRETA poate solicita informații de la societatea civilă.

4. GRETA poate organiza în subsidiar, vizite de țară în cooperare cu autoritățile naționale și cu „persoana de contact” stabilită de acestea din urmă, și, dacă este necesar, cu sprijinul experților naționali independenți.. În timpul acestor vizite, GRETA va fi asistată de specialiști în domenii specifice.

5. GRETA va pregăti un proiect de raport, conținând analiza sa asupra aplicării prevederilor pe care se bazează evaluarea, precum și sugestiile și propunerile sale privind modul în care Partea în cauză poate soluționa problemele identificate. Proiectul de raport va fi transmis pentru comentarii către Partea care este evaluată. Comentariile acesteia vor fi luate în considerare de GRETA la redactarea raportului său.

6. Pe această bază, GRETA va adopta raportul și concluziile sale privind măsurile adoptate de Partea în cauză pentru aplicarea prevederilor prezentei Convenții. Acest raport și concluziile vor fi transmise Părții în cauză și Comitetului Părților. Raportul și concluziile GRETA vor fi făcute publice de la adoptarea lor, împreună cu eventualele comentarii ale Părții implicate.

7. Fără a aduce atingere procedurii stabilite în alineatele 1-6 ale acestui articol, Comitetul Părților poate adopta, pe baza raportului și concluziilor GRETA, recomandări adresate acestei Părți (a) privind măsurile care trebuie luate pentru aplicarea concluziilor GRETA, stabilind, dacă este necesar, o dată pentru transmiterea de informații privind aplicarea acestora, și (b) în scopul promovării cooperării cu acea Parte pentru o aplicare corespunzătoare a prezentei Convenții. 16

Capitolul VIII – Relația cu alte instrumente internaționale

Articolul 39 – Relația cu Protocolul privind prevenirea, reprimarea și pedepsirea traficului de persoane, în special al femeilor și copiilor, adițional la Convenția Națiunilor Unite împotriva criminalității transnaționale organizate

Prezenta Convenție nu va afecta drepturile și obligațiile care rezultă din prevederile Protocolului privind prevenirea, reprimarea și pedepsirea traficului de persoane, în special al femeilor și copiilor, adițional la Convenția Națiunilor Unite împotriva criminalității transnaționale organizate, și are ca scop întărirea protecției acordate de acesta și dezvoltarea standardelor prevăzute de acesta.

Articolul 40 – Relația cu alte instrumente internaționale

1. Prezenta Convenție nu va afecta drepturile și obligațiile rezultând din alte instrumente internaționale la care Părțile la prezenta Convenție sunt părți sau vor deveni părți și care conțin prevederi în domenii acoperite de prezenta Convenție și care asigură o mai mare protecție și asistență pentru victimele traficului.

2. Părțile la prezenta Convenție pot încheia între ele acorduri bilaterale sau multilaterale în domenii acoperite de prezenta Convenție, în scopul suplimentării și întăririi prevederilor sale sau pentru a facilita aplicarea principiilor consacrate prin aceasta.

3. Părțile care sunt membre ale Uniunii Europene vor aplica, în relațiile lor reciproce, regulile comunitare și ale Uniunii Europene în măsura în care există reguli comunitare sau ale Uniunii Europene guvernând un aspect particular și aplicabile unui caz specific, fără a aduce atingere obiectivului și domeniului de aplicare a prezentei Convenții și fără a afecta aplicarea sa integrală în relațiile cu alte Părți.

4. Nici o dispoziție în prezenta Convenție nu va afecta drepturile, obligațiile și responsabilitățile Statelor și indivizilor decurgând din dreptul internațional, inclusiv dreptul internațional umanitar și dreptul internațional al drepturilor omului și, în special, unde este cazul, Convenția din 1951 și Protocolul din 1967 privind statutul refugiaților, precum și principiul ne-returnării prevăzute de acestea.

Capitolul IX – Modificarea Convenției

Articolul 41 – Amendamente

1. Orice propunere pentru modificarea prezentei Convenții, prezentată de o Parte, va fi comunicată Secretarului General la Consiliului Europei și înaintată de acesta Statelor membre ale Consiliului Europei, oricărui Stat semnatar, oricărui Stat Parte, Comunității Europene, oricărui Stat invitat să semneze această Convenție în conformitate cu prevederile articolului 42 și oricărui Stat invitat să adere la această Convenție în conformitate cu articolul 43.

2. Orice amendament propus de o Parte va fi comunicat către GRETA, care va prezenta Comitetului de Miniștri avizul său asupra modificării propuse.

3. Comitetul de Miniștri va analiza amendamentul propus și avizul prezentat de GRETA și, după consultarea Statelor Părți la prezenta Convenție și obținerea acordului lor unanim, poate adopta amendamentul.

4. Textul oricărui amendament adoptat de Comitetul de Miniștri în conformitate cu alineatul 3 al acestui Articol va fi înaintat Părților în vederea acceptării.

5. Orice amendament adoptat în conformitate cu alineatul 3 al acestui articol va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării perioadei de o lună de la data la care toate Părțile au informat Secretarul General că l-au acceptat.

Capitolul X – Clauze finale

Articolul 42 – Semnarea și intrarea în vigoare

1. Prezenta Convenție va fi deschisă spre semnare pentru Statele membre ale Consiliului Europei, Statele ne-membre care au participat la elaborarea sa și Comunitatea Europeană.

2. Prezenta Convenție este supusă ratificării, acceptării sau aprobării. Instrumentele de ratificare, acceptare sau aprobare vor fi depuse la Secretarul General al Consiliului Europei.

3. Prezenta Convenție va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de trei luni de la data la care 10 Semnatari, incluzând cel puțin 8 State membre ale Consiliului Europei, și-au exprimat consimțământul de a fi legați de Convenție, în conformitate cu prevederile alineatului precedent.

4. Dacă orice Stat menționat în alineatul 1 sau Comunitatea Europeană, își exprimă ulterior consimțământul să fie legate de Convenție, aceasta va intra în vigoare în ceea ce îi privește în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de trei luni de la data depunerii instrumentului său de ratificare, acceptare sau aprobare.

Articolul 43 – Aderarea la Convenție

1. După intrarea în vigoare a prezentei Convenții, Comitetul de Miniștri al Consiliului Europei, după consultarea Părților la această Convenție și obținerea acordului lor unanim, poate invita orice Stat ne-membru al Consiliului Europei, care nu a participat la elaborarea Convenției, să adere la prezenta Convenție, printr-o decizie luată cu majoritatea prevăzută de Articolul 20 d. din Statutul Consiliului Europei și cu votul unanim al reprezentanților Statelor Contractante care au dreptul să fie reprezentate în Comitetul de Miniștri.

2. Pentru orice Stat care aderă, Convenția va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de trei luni de la data depunerii instrumentului de aderare la Secretarul General al Consiliului Europei.

Articolul 44 – Aplicare teritorială

1. Orice Stat sau Comunitatea Europeană poate, în momentul semnării sau al depunerii instrumentului său de ratificare, acceptare, aprobare sau aderare, să precizeze teritoriul sau teritoriile pe care se va aplica prezenta Convenție.

2. Orice Parte poate, la o dată ulterioară, printr-o declarație adresată Secretarului General al Consiliului Europei, să extindă aplicarea prezentei Convenții la orice alt teritoriu precizat în declarație, pentru ale cărui relații internaționale este responsabil sau pentru care este autorizat să asume obligații. Cu privire la un asemenea teritoriu, Con-

venția va intra în vigoare în prima zi a 18 lunii care urmează expirării unei perioade de trei luni de la data primirii unei asemenea declarații de către Secretarul General.

3. Orice declarație formulată în temeiul celor două alineate precedente poate fi retrasă, cu privire la orice teritoriu menționat într-o asemenea declarație, printr-o notificare adresată Secretarului General al Consiliului Europei. Retragera va avea efect în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de trei luni de la primirea unei asemenea notificări de către Secretarul General.

Articolul 45 – Rezerve

Nici o rezervă nu poate fi formulată cu privire la oricare prevedere a prezentei Convenții, cu excepția rezervei prevăzute de Articolul 31 alineatul 2.

Articolul 46 – Denunțarea

1. Orice Parte poate, în orice moment, să denunțe prezenta Convenție printr-o notificare adresată Secretarului General al Consiliului Europei.

2. O asemenea denunțare va avea efect din prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de trei luni de la data primirii notificării de către Secretarul General.

Articolul 47 – Notificări

Secretarul General al Consiliului Europei va notifica Statelor membre ale Consiliului Europei, oricărui Stat semnat, oricărui Stat Parte, Comunității Europene oricărui Stat invitat să semneze prezenta Convenție în conformitate cu prevederile Articolului 42 și oricărui Stat invitat să adere la prezenta Convenție în conformitate cu prevederile Articolului 43:

- a. orice semnătură;
- b. depunerea oricărui instrument de ratificare, acceptare, aprobare sau aderare;
- c. orice dată de intrare în vigoare a prezentei Convenții în conformitate cu Articolele 42 și 43;
- d. orice amendament adoptat în conformitate cu Articolul 41 și data la care un asemenea amendament intră în vigoare;
- e. orice denunțare formulată în temeiul prevederilor Articolului 46;
- f. orice alt act, notificare sau comunicare privind prezenta Convenție; g. orice rezervă formulată în baza Articolului 45.

Drept pentru care, subsemnații, care au fost împuterniciți în acest scop, au semnat prezenta Convenție.

Încheiată la Varșovia la 16 mai 2005, în limbile engleză și franceză, ambele texte fiind egal autentice, într-un singur exemplar care va fi depozitat în arhivele Consiliului Europei. Secretarul General al Consiliului Europei va transmite copii certificate fiecărui Stat membru al Consiliului Europei, Statelor ne-membre care au participat la elaborarea prezentei Convenții, Comunității Europene și oricărui Stat invitat să adere la prezenta Convenție.

Anexa 7. DECLARAȚIA UNIVERSALĂ PRIVIND BIOETICA ȘI DREPTURILE OMULUI

Conferința Generală a UNESCO, convocată la Paris, la 19 octombrie 2005, în cea de-a 33-ea ședință, a adoptat Declarația Universală privind Bioetica și Drepturile Omului.

Textul adoptat fără vot în baza aprobării unanime „abordează problemele etice legate de medicină, teorii de viață și tehnologii asociate adresate oamenilor, luând în considerație dimensiunile lor sociale, legale și ecologice”. Declarația satisface o adevărată necesitate ce se află în creștere pentru standardele etice internaționale în acest domeniu. Necesitatea dată se datorează proliferării practicilor ce ies în afara frontierelor naționale, deseori fără o structură normativă: proiecte și experimente de cercetare biomedicală realizate simultan în diferite țări; importul și exportul de embrioni, celule cambiale, organe, țesut și celule; transferul internațional de țesut și mostre ADN, date genetice.

Textul asigură o structură coerentă de principii și proceduri ce pot ghida Statele Membre în dezvoltarea politicilor naționale, legislației și codurilor de etică. Oriunde lipsește o astfel de structură etică, Declarația va stimula și va asista la completarea acestui gol.

Deoarece Statele sunt cele responsabile de crearea textelor și actelor juridice destinate culturilor și tradițiilor lor, structura generală sugerată de Declarație poate contribui la „globalizarea” eticii în fața științelor din ce în ce mai globalizate.

În Declarație sunt expuse principiile de bază ale activităților aplicate în domeniile biomedicale.

Primul principiu stabilit îl constituie respectul *Demnității și drepturilor omului*, cu accentuarea următoarelor două puncte: „Interesele și bunăstarea unui om trebuie să aibă prioritate asupra interesului exclusiv al științei sau societății.” Și „Dacă aplicarea principiilor acestei Declarații trebuie să fie limitată, astfel de limitări vor fi introduse conform legii, inclusiv legile ce asigură siguranța publică, legile cu privire la investigație, detectare și urmărire judiciară a infracțiunilor penale, cu privire la ocrotirea sănătății publice sau la protecția drepturilor și libertăților altora. Orice astfel de drept trebuie să corespundă legislației drepturilor internaționale ale omului.”

Următorul principiu este cel al *Beneficiului și daunei*, în care se stabilește că: „În procesul aplicării și dezvoltării cunoștințelor științifice, a practicii medicale precum și a tehnologiilor legate de acestea trebuie de tins spre beneficii directe și indirecte maxime pentru pacienți, participanții la cercetări și alte persoane implicate și de a minimaliza orice daună posibilă pentru ei”.

Principiul *Independenței și responsabilității individuale* declară că: „Trebuie de asigurat independența persoanelor în luarea deciziilor cu o responsabilitate individuală pentru aceste decizii și cu respectul independenței altora. Persoanelor care nu sunt apte de a acționa independent, trebuie asigurate măsuri de protejare a drepturilor și intereselor lor”.

Principiul **Acordului** este bazat pe consimțământul informat, care trebuie obținut preventiv, liber, clar și cu oferirea unei informații depline și adecvate despre actul medical planificat sau cercetarea medicală.

Persoanelor care nu sunt abile de a-și da acordul asupra participării în cercetări sau în luarea unor decizii vizavi de alte acte medicale, trebuie asigurată protecția drepturilor sale, cu posibilitatea de a refuza oricând la cercetare și cu implicarea lor doar pentru propriul beneficiu, minimalizând maximum riscurile pentru viață și sănătate.

Respectul **vulnerabilității și integrității personalității** este un principiu ce se referă la persoanele și grupurile vulnerabile, cu respectul acestora în procedura desfășurării cercetărilor științifice sau altor practici medicale.

Principiul **Nonviolării intimității și confidențialității** afirmă că este necesar de a respecta confidențialitatea informației culese, care trebuie deschisă sau utilizată doar în scopurile inițial stabilite și pentru care a fost dat acordul posesorului, în acord cu normele și drepturile internaționale ale omului.

Trebuie asigurată **Egalitatea** tuturor oamenilor în ce privește demnitatea și drepturile acestora, cu promovarea **Corectitudinii** în acțiuni.

Este **Inadmisă discriminarea și stigmatizarea socială**, din oricare motive, fiind o încălcare a principiilor demnității și libertății umane.

Trebuie de acordat o atenție deosebită **Respectului diversității culturale și pluralismului**.

Sunt susținute **Solidaritatea** dintre oameni și colaborarea internațională.

În principiul **Responsabilității sociale și a sănătății** se accentuează că progresul în știință și tehnologie trebuie să promoveze bunăstarea oamenilor și omenirii, îmbunătățind considerabil accesul la o mai bună îngrijire a sănătății, la medicamentele necesare, precum și la o adecvată nutriție și apă. Se cheamă spre o interzicere a marginalizării persoanelor și o micșorare a sărăciei.

Principiul **Distribuirii juste** a bunurilor sau a avantajelor obținute este de asemenea afirmat, fiind considerate drept avantaje: oferirea unor susțineri speciale și recunoștință persoanelor care au participat în cercetări; accesul la servicii medicale calitative; utilizarea produselor și metodelor de diagnosticare și terapeutice noi; susținerea serviciilor ocrotirii sănătății; accesul la cunoștințele tehnico-științifice; întărirea potențialului în domeniul cercetărilor. Bunurile nu trebuie să prezinte stimulare pentru participarea în cercetări.

În principiul **Protejării generațiilor viitoare** se afirmă că: „Trebuie de acordat o deosebită atenție acțiunilor științelor despre viață asupra generațiilor viitoare și inclusiv la caracteristici genetice ale acestora”.

Principiul **Protejării mediului ambiant, a biosferei și biodiversității** susține: „Trebuie acordată o atenție cuvenită interacțiunii omului cu alte forme de viață, importanței accesului adecvat la resurse biologice și genetice și utilizării lor, respectului cunoștin-

țelor tradiționale și rolului omului în protecția mediului ambiant, biosferei și biodiversității”.

Declarația de asemenea acoperă aplicarea acestor principii, cerînd „profesionalism, onestitate, integritate și transparență în luarea deciziilor”, cît și crearea comitetelor independente, multidisciplinare și pluraliste de etică. Cît despre practicile transnaționale, următoarele sunt prevăzute: „În cazul în care o cercetare se efectuează într-un Stat sau în mai multe State – Stat (State) gazdă – ce este finanțată de o sursă a altui Stat, o astfel de cercetare va deveni obiectul evaluării etice, realizată la un nivel potrivit în Statul (Statele) gazdă și Statul în care se află finanțatorul.”

Declarația a fost elaborată pe parcursul a doi ani: Comitetul Internațional de Bioetică (CIB) și-a dedicat un an pentru formularea unui proiect, consultîndu-se cu Statele Membre și organizațiile specializate, iar adunărilor experților de stat le-a luat încă un an pentru elaborarea unei versiuni finale.

Declarația reprezintă cel de-al treilea text ce stabilește standardul de bioetică, fiind elaborată și adoptată de UNESCO. Primul text a fost Declarația Universală privind Drepturile Omului din 1997, adoptată de către Adunarea Generală a Națiunilor Unite în 1998. Aceasta a fost urmată de Declarația Internațională privind Datele Genetice ale Omului din anul 2003, care stabilește standardele etice pentru colectarea, prelucrarea, păstrarea și utilizarea datelor genetice ale omului conținute în mostrele biologice (sînge, țesut, salivă, spermă etc.).

Anexa 8. CODUL DEONTOLOGIC AL LUCRĂTORULUI MEDICAL ȘI AL FARMACISTULUI

(Hotărâre de Guvern, nr. 192 din 24-03-2017
cu privire la aprobarea Codului deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului)

Capitolul I DISPOZIȚII GENERALE. OBIECTUL, SCOPUL ȘI SFERA DE REGLEMENTARE

1. Codul deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului (în continuare – Cod) reglementează conduita, valorile și angajamentele morale fundamentale în baza cărora se exercită profesiunea de lucrător medical și farmacist pe teritoriul Republicii Moldova.

2. Prezentul Cod are drept scop:

- a) stabilirea normelor de conduită pentru lucrătorii medicali și farmaciștii din Republica Moldova;
- b) creșterea prestigiului și consolidarea autorității profesiei de lucrător medical și farmacist;
- c) instituirea unor standarde unice de conduită pentru toți lucrătorii medicali și farmaciști;
- d) informarea cetățenilor cu privire la conduita pe care trebuie să o adopte toți lucrătorii medicali și farmaciștii din Republica Moldova;
- e) prevenirea eventualelor încălcări de origine morală.

3. Codul exprimă adevărată adeziunea lucrătorilor medicali și a farmaciștilor la Declarația Universală a Drepturilor Omului, adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 10 septembrie 1948, Convenția pentru Apărarea Drepturilor Omului și Libertăților Fundamentale, adoptată la 4 noiembrie 1950 la Roma, alte tratate și convenții internaționale la care Republica Moldova este parte și se realizează prin intermediul următoarelor obiective:

- a) ocrotirea drepturilor pacienților;
- b) respectarea obligațiilor profesionale;
- c) conștientizarea unui comportament corespunzător de către toți membrii comunității medicale;
- d) apărarea demnității și a prestigiului profesiei de medic și farmacist.

4. Prezentul Cod se aplică tuturor lucrătorilor medicali și farmaciștilor din Republica Moldova, care activează fie individual, fie în cadrul unor persoane juridice ce prestează servicii de sănătate ori acordă asistență în domeniul farmaceutic, indiferent de forma juridico-organizațională și tipul de proprietate al acestora.

5. Normele prezentului Cod se întemeiază pe prevederile legislației Republicii Mol-

dova, ale tratatelor și convențiilor internaționale la care Republica Moldova este parte, totodată nu exclud și nu substituie prevederile actelor normative care reglementează activitatea profesională a lucrătorului medical și farmacistului.

Capitolul II

PRINCIPIILE DE CONDUITĂ ÎN ACTIVITATEA MEDICALĂ ȘI FARMACEUTICĂ

6. Lucrătorul medical și farmacistul trebuie să fie model de comportament etico-profesional.

7. În exercitarea profesiei, lucrătorul medical și farmacistul se ghidează de următoarele principii:

1) profesionalism:

- a) lucrătorul medical și farmacistul au obligația să-și îndeplinească atribuțiile de serviciu cu responsabilitate, competență, eficiență, promptitudine și corectitudine;
- b) lucrătorul medical și farmacistul, în exercitarea profesiei, acordă prioritate intereselor pacientului, care primează asupra oricăror alte interese;
- c) lucrătorul medical și farmacistul trebuie să dea dovadă de maximă vigilență în acordarea serviciilor medicale și în evitarea complicațiilor previzibile la pacientul aflat în îngrijirea lor;
- d) este interzisă practicarea de către lucrătorul medical sau farmacist la unele activități care dezonorează profesia medicală. Lucrătorii medicali și farmaciștii se vor abține, inclusiv în afara practicii profesionale, de la acte de natură să compromită imaginea lucrătorului medical;

2) independență profesională – lucrătorul medical și farmacistul se bucură de independență profesională, libertatea prescripțiilor și actelor medicale pe care le consideră necesare, în limitele standardelor aprobate și cu interzicerea raționamentului de rentabilitate economică sau de ordin administrativ;

3) onestitate:

- a) lucrătorul medical și farmacistul au obligația să exercite actele medicale conform competenței profesionale dobândite cu corectitudine;
- b) în exercitarea profesiei, lucrătorul medical și farmacistul trebuie să manifeste stimă față de alte persoane, acționînd și discutînd sincer și corect orice chestiune;

4) integritate:

- a) lucrătorul medical și farmacistul au obligația de a susține sănătatea fizică și mintală a omului, de a promova un mod sănătos de viață, de a preveni îmbolnăvirile și de a ușura suferințele, respectînd dreptul la viață și demnitate al ființei umane, fără discriminări de vîrstă, sex, rasă, etnie, religie, naționalitate, condiție socială, ideologie, politică sau din orice alt motiv, atît pe timp de pace, cît și pe timp de război;
- b) lucrătorul medical și farmacistul au obligația de formare și menținere a unor relații profesionale în raporturile cu alți lucrători medicali și farmaciști;

5) respect și acceptare:

- a) în exercitarea profesiei, lucrătorul medical și farmacistul trebuie să fie toleranți, atenți și înțelegători cu alte persoane, cu părerile și valorile acestora;
- b) relația lucrătorului medical și a farmacistului cu pacientul și reprezentantul legal al acestuia trebuie să fie bazată pe respect mutual, încredere, confidențialitate și toleranță;
- c) respectul față de ființa umană nu încetează nici după moartea acesteia;

6) responsabilitate, bunăvoință și solitudine:

- a) în exercitarea profesiei, lucrătorul medical și farmacistul își asumă deplina responsabilitate în legătură cu deciziile luate;
- b) lucrătorul medical și farmacistul, în exercitarea profesiei, au obligația de a oferi prioritate calității actului medical, stării de bine și îngrijirii la cel mai înalt nivel a pacientului;
- c) lucrătorul medical și farmacistul sînt obligați să participe la activități de formare continuă;
- d) lucrătorul medical și farmacistul sînt în drept să colaboreze și să coopereze cu colegii în interesul stării de bine a pacientului;

7) încredere – calificarea profesională și nivelul moral al lucrătorului medical și farmacistului trebuie să inspire încredere pacienților;

8) confidențialitate – lucrătorul medical și farmacistul sînt obligați să păstreze confidențialitatea informațiilor referitoare la pacienți, obținute în cadrul activității sale profesionale;

9) loialitate:

- a) lucrătorul medical și farmacistul acționează cu bună-credință în instituția în care își desfășoară activitatea, precum și în relația cu pacientul;
- b) lucrătorul medical și farmacistul au obligația să se abțină de la orice act sau faptă care poate prejudicia imaginea, prestigiul sau interesele legale ale instituției în care activează sau ale pacientului.

8. Lucrătorul medical sau farmacistul poate folosi numai calificarea la care are dreptul conform pregătirii profesionale, cu excepția cazurilor de urgență vitală.

9. Dacă lucrătorul medical sau farmacistul consideră că nu are suficiente cunoștințe sau experiență pentru a asigura o asistență corespunzătoare, el este obligat să solicite un consult cu alți specialiști sau să trimită bolnavul la aceștia.

Capitolul III

AUTORITATEA PROFESIONALĂ ȘI PRESTIGIUL LUCRĂTORULUI MEDICAL ȘI AL FARMACISTULUI. ÎNCREDEREA PACIENTULUI

10. Autoritatea lucrătorului medical și a farmacistului reprezintă un capital moral personal și depinde de pregătirea profesională a acestuia. Autoritatea lucrătorului medical și a farmacistului presupune un anumit prestigiu, reputație și faimă a persoanei în cauză.

11. Fiecare membru al comunității medicale și farmaceutice are obligația de a reacționa și a raporta autorităților ierarhic superioare cazurile care ar putea afecta imaginea

și autoritatea profesională, ar avea impact negativ asupra prestigiului profesiei de medic și farmacist, ar afecta reputația instituției în care activează, sesizate în cadrul activității profesionale.

12. Lucrătorul medical și farmacistul trebuie să participe nemijlocit la crearea și protejarea imaginii pozitive a profesiei și a instituției pe care o reprezintă.

13. Lucrătorul medical și farmacistul pot veni cu un mesaj public oficial din partea instituției în care activează doar la împuternicirea primită din partea administrației instituției. Orice informație oferită, fie pacientului, fie reprezentanților mass-media, trebuie să țină doar de competența lui profesională.

14. Încrederea pacientului reprezintă un indicator al calității serviciului medical.

Capitolul IV

PERFEȚIONAREA ȘI FOLOSIREA CUNOȘTIINȚELOR PROFESIONALE.

AUTOINSTRUIREA MEDICALĂ CONTINUĂ

15. Lucrătorul medical și farmacistul trebuie să își dezvolte și să își perfecționeze continuu cunoștințele și abilitățile profesionale, pe parcursul întregii activități, să sporească autoritatea și prestigiul profesiei medicale, pentru a merita stima și încrederea pacienților și a colegilor.

16. Autoinstruirea este o responsabilitate importantă și permanentă a membrilor comunității medicale și farmaceutice.

17. Recomandările și prescripțiile clinice trebuie să se bazeze pe dovezi științifice.

Capitolul V

INTEGRITATEA LUCRĂTORULUI MEDICAL ȘI AL FARMACISTULUI

18. Lucrătorul medical și farmacistul nu trebuie să se folosească de funcție sau de alte circumstanțe pentru a-și spori numărul de pacienți.

19. Lucrătorul medical și farmacistul au obligația să evite implicarea în acte de corupție sau mituire. Aceștia nu vor emite certificate sau alte documente medicale care să aducă lor personal sau pacientului un avantaj material nejustificat sau ilicit.

20. Este interzisă înțelegerea dintre doi sau mai mulți lucrători medicali, dintre lucrătorii medicali și farmaciști sau dintre lucrătorii medicali sau farmaciști și personalul auxiliar, angajat în unitatea medicală sau farmaceutică, în vederea obținerii unor avantaje materiale. Lucrătorului medical i se interzice prescrierea medicamentelor în favoarea unor companii farmaceutice, în scopul obținerii unor profituri personale sau instituționale, precum și prepararea, eliberarea, distribuirea și comercializarea produselor farmaceutice și parafarmaceutice.

21. Lucrătorul medical și farmacistul nu pot, sub niciun motiv, să condiționeze diagnosticarea și tratamentul pacientului, solicitând de la acesta, de la tutore sau rudele sale bani, cadouri, servicii și alte avantaje.

22. Lucrătorul medical și farmacistul au obligația să protejeze confidențialitatea informațiilor referitoare la pacienți, obținute în cadrul activității profesionale.

23. Lucrătorul medical și farmacistul nu pot propune sau aplica pacientului remedii

sau procedee empirice sau insuficient demonstrate ca fiind benefice sau lipsite de riscuri.

24. Se interzice utilizarea metodelor de diagnostic sau tratament fără suport științific sau neacceptate de comunitatea medicală și care prezintă riscuri pentru pacienți.

25. Se interzice practicarea oricăror forme de înșelăciune.

26. În cazurile în care lucrătorul medical sau farmacistul acționează la cererea unui organ de drept în baza unui act procedural, acesta trebuie să se asigure că pacientul cunoaște situația reală. Lucrătorul medical sau farmacistul trebuie să se prezinte pacientului și să-i explice scopul investigațiilor sau tratamentului aplicat.

27. Lucrătorul medical și farmacistul vor refuza să efectueze vreo procedură care poate aduce prejudicii pacientului.

28. Se interzice orice colaborare sau sprijin al persoanelor care practică ilegal profesiunea de medic sau farmacist. Lucrătorul medical și farmacistul au obligația să informeze organele de drept competente despre existența unor astfel de situații.

Capitolul VI

NORMELE DE CONDUITĂ ÎN RAPORT CU PACIENTUL

Secțiunea 1

Normele de conduită în activitatea medicală și farmaceutică

29. Profesia de medic și farmacist este incompatibilă cu duritatea, apatia, ignoranța, indiferența, aroganța, nerăbdarea, corupția, discriminarea, stigmatizarea, care afectează și discreditează atât autoritatea unui lucrător medical ori farmacist în parte, cât și a colectivului profesional, a medicinei în ansamblu.

30. Lucrătorul medical și farmacistul nu pot fi implicați în realizarea unor acte degradante pentru ființa umană.

31. Din momentul în care au răspuns unei solicitări, lucrătorul medical și farmacistul sînt obligați moral să asigure bolnavului îngrijiri calificate, inclusiv prin trimiterea pacientului la o unitate medicală sau la un specialist cu competențe superioare.

32. Lucrătorul medical și farmacistul nu pot fi obligați să-și exercite profesia în condiții ce ar putea compromite calitatea îngrijirilor medicale și a actelor profesionale, cu excepția urgențelor medico-chirurgicale vitale.

33. Lucrătorul medical și farmacistul au obligația morală să aducă la cunoștința organelor competente orice situație care ar putea prezenta pericol pentru sănătatea publică.

34. Lucrătorul medical și farmacistul trebuie să respecte dreptul pacientului la libera alegere a persoanelor implicate în actul medical.

35. Lucrătorul medical și farmacistul solicitați să acorde asistență medicală sau farmaceutică unei persoane private de libertate, inclusiv unui deținut, nu pot să provoace, direct sau indirect, sau să favorizeze atingerea integrității fizice sau psihice a deținutului, inclusiv a demnității acestuia. Dacă lucrătorul medical sau farmacistul va observa că persoana în detenție necesită îngrijiri medicale, una dintre obligațiile morale și profesionale medicale va fi intervenția în sprijinul și protejarea persoanei deținute, prin acordarea serviciilor de asistență medicală sau farmaceutică.

Secțiunea a 2-a

Normele de conduită în raport cu pacientul

36. Lucrătorul medical și farmacistul trebuie să ofere pacientului, la cererea acestuia, informații depline și inteligibile despre starea sănătății sale, despre etapele tratamentului, riscurile și rezultatele scontate.

37. În cazul în care sînt întocmite documente medicale, persoana la care se referă documentul emis trebuie informată cu privire la conținutul acestuia.

38. Maniera de prezentare a informației trebuie să inspire optimism, speranță și încredere, fără a omite importanța factorului psihic.

39. Lucrătorul medical și farmacistul trebuie să respecte dreptul de decizie al pacientului, fără a-i impune convingerile personale și fără a exercita presiuni psihice asupra acestuia.

40. Cu cît actul medical preconizat este mai complex și mai riscant, cu atît informarea pacientului cu privire la riscurile și alternativele posibile trebuie să fie mai amplă.

41. Prognosticul va fi comunicat familiei doar cu consimțămîntul pacientului.

42. Prognosticul grav va fi adus la cunoștința pacientului cu prudență, compasiune și tact, oferind pacientului suport psihoemoțional și speranță, iar în caz de necesitate, referire la consiliere psihologică.

43. Prognosticul real nu se va divulga în cazul în care pacientul declară că nu dorește să afle adevărul. În asemenea caz, pot fi informați unii membri ai familiei pacientului, conform indicațiilor acestuia.

Secțiunea a 3-a

Consimțămîntul și acordul informat al pacientului

44. Consimțămîntul pacientului este exprimat în condițiile legii.

45. Consimțămîntul se consideră implicit în cazurile în care pacientul se prezintă personal pentru a beneficia de consultația medicală sau este solicitată o consultare medicală la domiciliu.

46. Consimțămîntul va fi acceptat doar după informarea deplină a pacientului cu privire la diagnostic, prognostic, alternativele terapeutice, riscurile și avantajele acestora.

47. Lucrătorul medical trebuie să se asigure că refuzul pacientului nu este condiționat de un moment de afect sau de suprasolicitare psihică. În cazurile menționate, cu acordul pacientului, lucrătorul medical poate apela la ajutorul rudelor sau al persoanelor apropiate, care pot să ofere suport la luarea deciziei de către pacient. În lipsa acestora, lucrătorul medical va oferi suport pacientului în luarea deciziei în conformitate cu datoria profesională, obiectivul primordial fiind viața, sănătatea și beneficiul pacientului.

48. Consimțămîntul pacientului poate fi acceptat în formă verbală sau în formă scrisă și se perfectează prin înscrierea în documentația medicală a acestuia, cu semnarea obligatorie de către pacient sau reprezentantul său legal (ruda apropiată) și medicul curant sau personalul medical, unde vor fi indicate explicit denumirea și condițiile actului medical preconizat, precum și riscurile posibile.

49. În situațiile de urgență, când viața pacientului este pusă în pericol, iar acesta nu își poate exprima voința și rudele sau reprezentanții săi legali nu pot fi contactați, consimțământul va fi considerat implicit, iar lucrătorul medical va face tot posibilul pentru a salva viața pacientului, urmînd ca acesta să fie informat ulterior despre amploarea actului medical efectuat.

50. În situația pacienților minori sau a persoanelor cu capacitate limitată de exercițiu, consimțământul va fi exprimat de tutore, reprezentanți legali sau alte persoane desemnate.

51. În cazul în care motivul incertitudinilor depășește competența profesională și are aspect social, juridic sau alt aspect nonmedical, se recomandă consultarea comitetelor de etică (bioetică) existente la nivel instituțional, care se vor pronunța în acest sens, prin emiterea recomandărilor respective.

Secțiunea a 4-a

Confidențialitatea și secretul profesional

52. Confidențialitatea este dreptul pacientului ca informația referitoare la starea sănătății sale fizice și psihice, aspectele intime ale vieții personale să nu fie divulgată unor persoane terțe, în condițiile Legii privind protecția datelor cu caracter personal.

53. Lucrătorul medical și farmacistul au datoria de a proteja confidențialitatea informațiilor referitoare la pacienți, obținute în cadrul activității lor profesionale prin procesul de acumulare, stocare, transmitere, primire ori distrugere a datelor.

54. Informațiile confidențiale pot fi dezvăluite:

- a) cu consimțământul scris al pacientului;
- b) cu consimțământul scris al tutorelui/reprezentantul legal al pacientului, atunci cînd vîrsta pacientului sau starea lui de sănătate nu permite consimțirea directă;
- c) în cazul prevenirii afectării majore sau punerii în pericol a sănătății pacientului, a unei terțe persoane sau a publicului în general;
- d) la cererea organelor de urmărire penală, a procuraturii și instanței judecătorești în legătură cu efectuarea urmăririi penale sau a cercetării judecătorești;
- e) în alte situații prevăzute de lege.

55. Divulgarea informației private, în cazurile menționate la pct.54, trebuie să se facă cu precauție, fără a aduce prejudicii morale pacientului, cu maxim respect pentru demnitatea acestuia.

Secțiunea a 5-a

Situațiile de urgență.

Calamitățile naturale și situațiile de forță majoră

56. Lucrătorul medical și farmacistul care se află lîngă un pacient rănit sau în pericol au obligația să-i acorde asistență la nivelul posibilităților momentului și locului sau să se asigure că acesta primește îngrijirile necesare.

57. În caz de pericol de moarte, lucrătorul medical va rămîne lîngă pacient atît timp cît este nevoie de ajutorul lui profesional.

58. În caz de situații excepționale, lucrătorul medical și farmacistul vor oferi serviciile lor profesionale imediat ce au luat cunoștință despre eveniment.

59. În caz de forță majoră sau de situații excepționale, lucrătorul medical și farmacistul nu au dreptul să-și abandoneze bolnavii, cu excepția cazului în care autoritatea publică centrală de specialitate permite acest lucru printr-un ordin emis în conformitate cu legea.

Secțiunea a 6-a

Cercetarea biomedicală pe subiecți umani

60. În studiul pe subiecți umani, binele individului primează asupra binelui societății și al științei.

61. Lucrătorul medical și farmacistul implicați în cercetarea biomedicală (studiu clinic) au datoria de a promova și a proteja viața, sănătatea, intimitatea și demnitatea subiecților umani care participă la cercetare.

62. Lucrătorul medical și farmacistul trebuie să ia toate măsurile necesare pentru a proteja intimitatea subiecților participanți la cercetare, pentru a păstra confidențialitatea informațiilor despre aceștia, minimalizînd, pe cît posibil, impactul cercetării asupra integrității lor fizice și psihice.

63. Se interzice orice activitate terapeutică sau experimentală pe om din orgoliu.

64. Subiectul uman poate participa la o cercetare biomedicală (studiu clinic) doar în mod voluntar și numai după ce și-a exprimat consimțămîntul în scris, iar dacă nu este capabil să-și exprime consimțămîntul în cunoștință de cauză, după ce reprezentantul său legal și-a dat consimțămîntul scris, fiind informat despre natura, amploarea, consecințele și riscurile studiului clinic.

65. Subiecții se pot retrage oricînd din cercetarea biomedicală (studiu clinic) prin revocarea consimțămîntului scris, fără prejudicii pentru ei.

66. Refuzul unui pacient de a participa la o cercetare biomedicală (studiu clinic) nu trebuie să influențeze calitatea relației medic-pacient.

67. Forțarea sau inducerea în eroare a subiectului pentru a participa la cercetarea biomedicală (studiu clinic) constituie o gravă încălcare a principiilor eticii medicale și a legislației în vigoare.

68. Orice cercetare biomedicală (studiu clinic) cu implicare de subiecți umani, bolnavi sau sănătoși, va trebui să fie avizată în mod obligatoriu de către Comitetul Național de Expertiză Etică pentru Studiul Clinic, abilitat cu acest drept.

Secțiunea a 7-a

Refuzul de a acorda asistență medicală

69. Lucrătorul medical poate refuza efectuarea unui act medical din motive profesionale temeinice, care pot fi argumentate prin lipsa cunoștințelor suficiente și a calificării specifice în domeniu sau în cazul unor posibilități tehnico-materiale limitate pentru a efectua asistența solicitată, cu excepția cazurilor de urgență vitală.

70. Lucrătorul medical poate refuza să acorde asistență medicală atunci cînd devine imposibilă stabilirea unui contact terapeutic cu pacientul care manifestă o implicare

psihemoțională negativă. În astfel de cazuri lucrătorul medical va trimite pacientul către un alt lucrător medical, cu calificare similară, pentru acordarea asistenței medicale necesare.

Secțiunea a 8-a

Atentarea la viața, integritatea fizică și psihică a pacientului.

Dileme contemporane

71. Fiecare lucrător medical și farmacist trebuie să facă tot posibilul pentru a reduce suferința bolnavului incurabil, cu respectarea demnității acestuia.

72. Prin acțiunile lor profesionale, lucrătorul medical și farmacistul nu vor supune pacientul la niciun act interzis de lege, chiar dacă există cererea expresă a pacientului respectiv sau a reprezentantului acestuia.

73. Lucrătorul medical și farmacistul nu vor asista și nu vor îndemna bolnavul la sinucidere sau autovătămări prin sfaturi, recomandări, împrumut de instrumente și alte mijloace, precum și va refuza orice explicație sau ajutor în acest sens.

74. Lucrătorul medical și farmacistul nu vor practica mutilarea pacientului fără documente justificate medical și fără consimțământul informat al acestuia, cu excepția situațiilor de urgență ce implică risc vital.

75. Întreruperea sarcinii poate fi practică doar în cazurile și condițiile prevăzute de lege.

76. Lucrătorul medical are obligația de a informa în detaliu orice donator de organe, țesuturi, sânge despre natura intervenției preconizate și consecințele posibile.

77. Medicul implicat în procedura de transplant nu are dreptul să participe la constatarea stării de moarte cerebrală a donatorului de organe sau țesuturi.

78. Lucrătorul medical trebuie să manifeste o atitudine echitabilă și fără restricții față de cuplurile care au apelat la serviciul de reproducere umană asistată, iar copilul născut ca urmare a acestei proceduri va putea beneficia de toate drepturile copilului conceput pe cale naturală.

79. Se interzice producerea de embrioni umani în scop de cercetare științifică și comercializare.

Capitolul VII

NORMELE DE CONDUITĂ COLEGIALE

80. Lucrătorul medical și farmacistul vor avea un comportament bazat pe respect, corectitudine și amabilitate în relațiile cu toți colegii.

81. Blamarea și defăimarea colegilor în prezența pacienților, a personalului sanitar sau al altor persoane, precum și orice expresie sau act capabil să compromită încrederea în medicul curant și autoritatea acestuia constituie o încălcare a regulilor etice și deontologice.

82. Lucrătorul medical și farmacistul vor cere părerea unui coleg sau vor recomanda pacientului consultarea altor colegi în cazul în care consideră că propriile abilități și cunoștințe sînt insuficiente.

83. Dacă propunerea pentru consultare vine din partea pacientului sau a rudelor acestuia, medicul curant este obligat să organizeze consultarea.

84. Medicul care anterior a consultat pacientul, la propunerea acestuia sau a rudelor, în cadrul adresării sau internării curente, nu va examina pacientul din proprie inițiativă, fără aprobarea medicului curant, cu excepția cazurilor de urgență.

85. În cazul în care pacientul este consultat de un grup de specialiști, aceștia se vor retrage pentru a discuta cazul. După ce specialiștii vor ajunge la un consens, medicul curant va comunica bolnavului rezultatul consultării.

86. În cadrul consultului medical comun se va păstra atmosfera de stimă și respect reciproc și se va exclude orice manifestare de superioritate față de medicul curant.

87. Cazul și observațiile critice nu se vor discuta în prezența bolnavului sau a altor persoane străine, chiar dacă este vorba de lucrători medicali sau farmaceutici ce se află în subordine.

88. Dacă în urma consultului de către un grup de specialiști avizul acestora diferă fundamental de cel al medicului curant, pacientul trebuie informat despre acest fapt.

89. Medicul curant este liber să se retragă de la tratament în cazul în care părerea medicilor care au participat la consultare prevalează în opinia pacientului sau a rudelor acestuia.

Capitolul VIII

ERORILE MEDICALE ȘI RISCUL PROFESIONAL

90. Poziția pe care o adoptă lucrătorii medicali și farmaciștii față de eroarea medicală trebuie să aibă drept criteriu esențial binele pacientului.

91. Fiecare lucrător medical și farmacist este obligat, din punct de vedere moral, să raporteze specialiștilor din domeniu comiterea unor greșeli (erori) proprii sau depistarea acestora în lucrul colegilor săi, în cazul în care pot fi afectate viața, sănătatea și binele pacientului.

92. Lucrătorul medical și farmacistul trebuie să ia în considerare și să evalueze cele mai mici riscuri prin atitudine prudentă și acuratețe, inclusiv riscurile supuse normării, adică susceptibile de evaluare anticipată, precum și riscurile nesupuse normării, rezultate din situații de urgență.

93. În scopul reducerii erorilor medicale, lucrătorul medical și farmacistul trebuie să acționeze cu prudență, scepticism obiectiv, vigilență și entuziasm moderat, să dea dovadă de scrupulozitate științifică.

Capitolul IX

COMITETELE DE ETICĂ (BIOETICĂ)

94. În vederea aplicării prevederilor prezentului Cod, în cadrul instituțiilor medicale și farmaceutice se creează comitete de etică (bioetică), care își desfășoară activitatea în baza unui regulament, al cărui model se aprobă de către Ministerul Sănătății.

95. Comitetele de etică (bioetică) sînt structuri în cadrul instituțiilor medicale și farmaceutice, constituite în scopul prevenirii și soluționării problemelor complicate de ordin moral, apărute în activitatea științifică biomedicală contemporană și în practica clinică.

96. Comitetele de etică (bioetică) sînt obligate să promoveze și să monitorizeze implementarea valorilor și normelor stipulate în prezentul Cod.

97. Conducerea instituțiilor medicale este obligată să asigure condiții adecvate pentru activitatea comitetelor de etică (bioetică).

98. Cheltuielile ce țin de activitatea comitetului de etică (bioetică) sînt acoperite din contul instituțiilor medicale.

99. Comitetul de etică (bioetică) este un organ colegial format din persoane competente, care nu sînt salarizate și reprezintă atît domenii medicale, cît și alte domenii.

100. Comitetul de etică (bioetică) se întrunește la cererea pacientului sau a rudelor acestuia, a unui medic sau grup de medici, a administrației spitalului sau a unor organizații neguvernamentale, sindicate, altor persoane interesate.

101. Comitetul de etică (bioetică) are funcție consultativă. În fiecare caz de încălcare a prezentului Cod, precum și a altor norme în domeniu, comitetul de etică (bioetică) prezintă conducerii instituției medicale un raport privind examinarea sesizării despre încălcare, care va cuprinde recomandări și modalități de soluționare a acestora.

102. Conducerea (administrația) instituțiilor medicale și farmaceutice va lua decizia finală cu privire la cazurile de încălcare a prezentului Cod și la aplicarea sancțiunilor, care vor fi aduse la cunoștința persoanelor interesate.

103. Raportul comitetului de etică (bioetică) trebuie să fie în acord cu prevederile stipulate în legislația în vigoare a Republicii Moldova și în conformitate cu tratatele internaționale.

Capitolul X

RESPONSABILITATEA CONDUCĂTORILOR INSTITUȚIILOR MEDICALE ȘI FARMACEUTICE

104. Conducătorii instituțiilor medicale și farmaceutice trebuie să ia măsurile necesare pentru prevenirea cazurilor de încălcare a normelor de conduită de către lucrătorii medicali și farmaciști.

105. Monitorizarea, informarea și îndrumarea corectă a lucrătorilor medicali și a farmaciștilor pentru o activitate etică și de calitate constituie principalele mijloace de punere în aplicare a prevederilor prezentului Cod de către administrația instituțiilor medicale și farmaceutice.

106. Conducătorii instituțiilor medicale și farmaceutice au responsabilitatea elaborării unor instrumente de promovare și monitorizare continuă în rîndul lucrătorilor medicali și farmaciștilor a valorilor și normelor prezentului Cod.

107. Conducătorii instituțiilor medicale și farmaceutice sînt responsabili de acțiunile lucrătorilor medicali și farmaciștilor săvîrșite cu încălcarea normelor morale și de conduită stabilite de prezentul Cod.

108. Conducătorii instituțiilor medicale și farmaceutice, indiferent de forma juridico-organizațională și tipul de proprietate, sînt obligați să asigure în instituția subordonată un climat de integritate instituțională, prin aplicarea politicilor anticorupție naționale și sectoriale, precum și a cerințelor specifice de integritate profesională, în special

denunțarea și tratarea influențelor necorespunzătoare, accidentelor fără urmări negative pentru sănătatea pacientului, situațiilor periculoase (metode nesigure de tratament, aparataje medicale nesigure), evenimentelor extreme care pot afecta serios sănătatea pacientului. Persoana care a întocmit raportul sau declarația va fi informată despre măsurile luate.

Capitolul XI **RĂSPUNDEREA PENTRU ÎNCĂLCAREA PREVEDERILOR** **PREZENTULUI COD**

Secțiunea 1

Răspunderea pentru încălcarea prevederilor prezentului Cod

109. Prezentul Cod nu exclude și nu substituie actele normative și instituționale care stabilesc atribuțiile, responsabilitatea, drepturile și obligațiile membrilor comunității medicale și farmaceutice.

110. Membrii comunității medicale sînt obligați să respecte prevederile prezentului Cod.

111. La apariția prblemelor privind aplicarea prevederilor prezentului Cod sau în caz de incertitudine în luarea deciziilor, membrii comunității medicale vor consulta comitetele de etică (bioetică).

Secțiunea a 2-a

Sancțiuni

112. Lucrătorii medicali și farmaciștii care încalcă jurămîntul medicului, prezentul Cod, precum și prevederile altor acte normative răspund disciplinar.

113. În funcție de gradul de încălcare a normelor, pot fi aplicate următoarele sancțiuni:

- 1) avertismentul;
- 2) mustrarea;
- 3) mustrarea aspră.

114. Sancțiunile disciplinare se aplică în condițiile Codului muncii al Republicii Moldova nr.154-XV din 28 martie 2003.

115. Conducătorii unităților medicale și farmaceutice au obligația de a pune la dispoziția persoanelor cu atribuții de investigare a abaterii disciplinare actele solicitate, precum și orice alte date și informații necesare soluționării cazului.

116. Răspunderea disciplinară a lucrătorului medical sau a farmacistului nu exclude răspunderea penală, contravențională, civilă sau materială a acestuia.

Anexa 8. LEGEA REPUBLICII MOLDOVA, Nr. 138 din 15-06-2012 PRIVIND SĂNĂTATEA REPRODUCERII

Capitolul I DISPOZIȚII GENERALE

Articolul 1. Subiectul legii

Prezenta lege stabilește cadrul legal în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii populației în scopul asigurării drepturilor fundamentale ale omului la ocrotirea sănătății și la asistență medicală, bazându-se pe următoarele obiective:

- a) determinarea principiilor politicii de stat în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii;
- b) stabilirea garanțiilor legale pentru realizarea drepturilor sexual-reproductive ale populației;
- c) formularea drepturilor, obligațiilor, împuternicirilor și responsabilității persoanelor juridice și persoanelor fizice care activează în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii;
- d) stabilirea cadrului juridic al reproducerii umane asistate medical prin metodele inseminării artificiale și fertilizării in vitro.

Articolul 2. Noțiuni principale

În sensul prezentei legi, se definesc următoarele noțiuni principale:

sănătate a reproducerii – o stare de bunăstare fizică, mentală și socială în tot ceea ce ține de sistemul de reproducere, în toate etapele vieții umane. Ca urmare, sănătatea reproducerii implică o viață sexuală în siguranță, posibilitatea persoanelor de a procrea, precum și libertatea de a hotărî când, dacă și cât de des doresc să procreeze; sănătatea reproducerii include dreptul femeilor și al bărbaților de a fi informați și de a avea acces la metode sigure, eficiente, accesibile și acceptabile de planificare familială, pe care să le poată alege singuri, precum și dreptul de acces la servicii medicale corespunzătoare ce permit femeii să parcurgă în siguranță sarcina și nașterea;

drepturi la reproducere – drepturi bazate pe recunoașterea dreptului tuturor cuplurilor heterosexuale și al indivizilor de a decide liber și responsabil asupra numărului de copii pe care doresc să îi aibă, asupra intervalului dintre sarcini și asupra momentului când vor să aibă copii, precum și dreptul la folosirea metodelor de contracepție, la acces la servicii de calitate de ocrotire a sănătății reproducerii, la educare și informare în acest domeniu;

sănătate sexuală – o stare de bunăstare fizică, emoțională, mentală și socială legată de sexualitate, constînd nu numai în absența unei boli, disfuncții sau infirmități. Sănătatea sexuală implică o abordare pozitivă și bazată pe respect al sexualității și al relațiilor sexuale, precum și posibilitatea de a avea experiențe sexuale în siguranță, fără coerciție, discriminare și violență;

ocrotirea sănătății reproducerii – metode, tehnologii și servicii care contribuie la stabilirea, păstrarea și ameliorarea sănătății reproducerii prin preîntîmpinarea și înlăturarea dereglărilor funcției reproductive pe parcursul întregii vieți umane;

contracepție – metode și mijloace pentru preîntîmpinarea sarcinii nedorite;

planificare familială – acțiuni care determină alegerea conștientă a numărului de copii, a intervalului dintre sarcini și a timpului nașterii copiilor în familie;

infertilitate – incapacitatea unei femei de a concepe sau a unui bărbat de a induce o sarcină timp de un an de relații sexuale regulate fără utilizarea metodelor de contracepție;

tehnologii de asistare medicală a reproducerii umane – act medical ce cuprinde ansamblul tratamentelor și procedurilor de inseminare artificială sau de fertilizare in vitro, de manipulare medicală în laborator a materialului genetic feminin și masculin în scopul fecundării artificiale a ovulelor și implantării acestora.

Articolul 3. Servicii de ocrotire a sănătății reproducerii

Serviciile de ocrotire a sănătății reproducerii, organizate și coordonate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, se axează pe următoarele arii prioritare:

- a) planificarea familială și contracepția;
- b) maternitatea fără risc;
- c) diagnosticarea, prevenirea și tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală și al infecției HIV/SIDA;
- d) avortul în siguranță;
- e) sănătatea sexual-reproductivă a adolescenților;
- f) sănătatea sexuală a persoanelor în vârstă;
- g) diagnosticul precoce și tratamentul cancerului genito-mamar;
- h) prevenirea și tratamentul infertilității;
- i) sănătatea sexual-reproductivă a bărbaților.

Capitolul II SĂNĂTATEA REPRODUCERII

Articolul 4. Drepturile în domeniul sănătății reproducerii

(1) În Republica Moldova se asigură:

- a) accesul la servicii sigure și eficiente de ocrotire a sănătății reproducerii ca parte integrantă a dreptului la ocrotirea sănătății, prevăzut de Constituție;
- b) respectul din partea instituțiilor/organizațiilor care desfășoară activitate în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii;
- c) respectarea demnității, valorilor spirituale și religioase, a apartenenței naționale și sociale, a genului, a vârstei și a altor particularități;
- d) libertatea alegerii medicului și a instituției/organizației abilitate cu dreptul de a oferi servicii de ocrotire a sănătății reproducerii;
- e) obținerea de informații veridice referitoare la drepturile și obligațiile în domeniul sănătății reproducerii, la starea sănătății reproductive, inclusiv referitoare la rezultatele investigațiilor, la pronostic, la metodele de tratament, la riscurile legate de acestea, la variantele posibile de intervenții medicale, la consecințele și rezultatele tratamentului efectuat. În cazuri excepționale, prevăzute de legislația în vigoare, pot fi aplicate limitări la realizarea acestui drept în interesul pacientului;

f) dreptul la o sarcină în siguranță și la asistență antenatală, intranatală și postnatală calificată.

(2) Orice femeie adultă și orice bărbat adult au libertatea de a decide asupra numărului de copii proprii și asupra momentului nașterii acestora, precum și asupra problemelor ce țin de sănătatea reproducerii, fără constrângere și fără influență din exterior.

(3) Orice persoană are dreptul la educație sexuală corectă, la utilizarea și la refuzarea metodelor de contracepție, la diagnosticul și tratamentul infecției cu transmitere sexuală și al infecției HIV/SIDA, la reglarea fertilității și întreruperea cursului sarcinii în condiții de siguranță, la asistență perinatală calificată, la diagnosticul precoce și tratamentul cancerului genito-mamar, la tratamentul infertilității și la reproducere umană asistată medical, la asistență în perioada de menopauză/andropauză.

Articolul 5. Sănătatea reproducerii la femei și la bărbați

Statul asigură:

- a) dezvoltarea și organizarea asistenței în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii astfel încât să fie asigurat accesul egal al femeilor și al bărbaților la servicii medicale de calitate;
- b) informarea permanentă a populației prin mesaje de prevenire a problemelor sănătății reproducerii, utilizând toate canalele informative disponibile și scutind de taxe fiscale mesajele din cadrul publicității sociale;
- c) aprovizionarea populației cu produse de calitate privind sănătatea reproducerii, inclusiv a persoanelor din grupurile social vulnerabile cu contraceptive. Categoriile de femei care au dreptul să primească gratuit mijloace moderne de contracepție sînt stabilite prin ordin al ministrului sănătății, muncii și protecției sociale;
- d) persoanelor care solicită o metodă de contracepție – consultații medicale în scopul alegerii metodei de contracepție, luîndu-se în considerare starea sănătății, vârsta și particularitățile individuale. Serviciile de consiliere pentru contracepție se acordă de către personalul special pregătit în acest sens și în spații care să asigure confidențialitatea;
- e) metode de contracepție voluntară chirurgicală, care se pot aplica numai la cererea solicitantului și în baza consimțămîntului informat al acestuia;
- f) fiecărei femei – accesul la metode sigure de întrerupere a cursului sarcinii, în corespundere cu actele normative ale Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale;
- g) fiecărei femei – o consultație anuală gratuită pentru depistarea precoce a cancerului genito-mamar, indiferent de achitarea sau neachitarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală;
- h) fiecărei femei – screeningul cancerului genito-mamar, tratament și îngrijire după tratament;
- i) fiecărui bărbat – screeningul patologiei sistemului reproductiv, inclusiv al cancerului genital, tratament și reabilitare;
- j) fiecărui cuplu, fiecărei femei solitare – gratuit, în condiții de siguranță, îngrijire prenatală, îngrijire la naștere și a nou-născutului, îngrijire postnatală, indiferent de achitarea sau neachitarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală și indiferent dacă are sau nu caracter de urgență serviciul medical respectiv;

- k) perfecționarea asistenței medico-genetice a populației și implementarea noilor tehnologii de diagnostic prenatal pentru a preveni și a diminua nivelul de malformații congenitale, iar în cazul depistării lor în timpul sarcinii, femeii gravide i se asigură gratuit posibilitatea de a întrerupe cursul sarcinii;
- l) oricărei persoane – consultații și investigații gratuite pentru prevenirea și tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală și al infecției HIV/SIDA, indiferent de achitarea sau neachitarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală;
- m) măsuri de prevenire a violenței sexuale, de asistență și de reabilitare a jertfelor violenței.

Articolul 6. Sănătatea sexual-reproductivă a adolescenților

(1) Adolescenții au dreptul la informare și la acces la servicii de ocrotire a sănătății reproducerii adaptate nevoilor lor.

(2) Adolescenții au dreptul la educație sexuală adaptată pe vârste pentru asigurarea dezvoltării psihosexuale corecte, prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală și a infecției HIV/SIDA, a sarcinii nedorite și pentru formarea deprinderilor de parentitudine responsabilă.

(3) Educația sexuală obligatorie și pregătirea pentru viața de familie se efectuează în instituții de învățământ și în alte instituții unde se găsesc adolescenți sau tineri, inclusiv cu nevoi speciale, după programe special elaborate, care fac parte din curricula obligatorie a instituțiilor de învățământ, ținându-se seama de vîrstă, de sex și de particularitățile de dezvoltare psihosexuală.

(4) Elaborarea programelor de educație sexuală adaptată pe vârste pentru dezvoltarea psihosexuală corectă, prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală și a infecției HIV/SIDA, a sarcinii nedorite și formarea deprinderilor de parentitudine responsabilă este asigurată de Ministerul Educației, Culturii și Cercetării, de comun acord cu Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

(5) Serviciile medicale în domeniul sănătății sexual-reproductive a adolescenților se oferă de către serviciile de sănătate prietenoase tinerilor și de către alte servicii abilitate în conformitate cu actele normative ale Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

(6) În cazul minorilor cu vîrsta pînă la 16 ani, consimțămîntul benevol pentru obținerea serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii este exprimat atît de minor, cît și de reprezentantul legal al acestuia. În cazul cînd este imposibil de a obține consimțămîntul reprezentantului legal al minorului și cînd serviciile medicale sînt indicate pentru a păstra viața și sănătatea acestuia, este suficient consimțămîntul său benevol. În această situație, decizia este luată în mod consultativ de către prestatorii de servicii, în interesul superior al minorului, în conformitate cu actele normative ale Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

(7) În cazul survenirii sarcinii la adolescente, acestora li se garantează și li se asigură dreptul de a continua studiile în timpul sarcinii și după finisarea sarcinii.

Articolul 7. Sănătatea sexuală a persoanelor de vîrsta a treia

(1) Femeile și bărbații de vîrsta a treia au dreptul să beneficieze de servicii de performanță privind ocrotirea sănătății sexuale.

(2) Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale:

- a) va implementa măsurile de prevenire a problemelor de sănătate ale femeilor și ale bărbaților în perioada de menopauză și de andropauză;
- b) va organiza serviciile de ocrotire a sănătății sexuale în așa mod, încât să le asigure persoanelor de vîrsta treia accesul la asistență în problemele legate de menopauză și de andropauză.

Articolul 8. Principiile de realizare a drepturilor la reproducere

Drepturile la reproducere se realizează conform următoarelor principii de bază:

- a) realizarea acestor drepturi conform voinței și intereselor persoanei fără a leza drepturile, libertățile și interesele legitime ale altor persoane;
- b) neamestecul statului în realizarea dreptului la luarea liberă a deciziilor în privința nașterii copiilor;
- c) integritatea vieții private și a secretului familial;
- d) confidențialitate în chestiunile ce țin de ocrotirea sănătății reproducerii;
- e) accesibilitatea asistenței medicale în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii;
- f) asigurarea volumului garantat de servicii privind ocrotirea sănătății reproducerii și planificarea familială, precum și a calității și accesibilității acestora;
- g) respectarea cerințelor profesionale speciale și a standardelor în efectuarea intervențiilor medicale în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii;
- h) susținerea din partea statului a familiilor care au copii, în conformitate cu legislația în vigoare.

Capitolul III

MODALITĂȚILE DE APLICARE A TEHNOLOGIILOR DE ASISTARE MEDICALĂ A REPRODUCERII UMANE

Articolul 9. Folosirea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane

(1) Persoanele au dreptul la tratamentul infertilității, inclusiv cu folosirea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane.

(2) Folosirea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane este permisă pentru cetățenii Republicii Moldova, cetățenii străini și apatrizii care au atins vîrsta de 18 ani, au indicații medicale și nu au contraindicații în privința folosirii acestor tehnologii.

(3) Serviciile de reproducere umană asistată medical pot fi acordate atît de instituțiile/organizațiile medicale publice, cît și de cele private, acreditate sau licențiate pentru acest gen de activitate.

(4) Folosirea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane este posibilă numai în baza consimțămîntului informat scris al pacienților, care va include informații veridice și complete despre:

- a) esența tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane care urmează a fi folosite;
- b) aspectele medicale și cele legale ale procedurilor ce urmează a fi efectuate;
- c) riscurile asociate, efectele secundare și complicațiile posibile;
- d) rezultatele așteptate în urma tratamentului efectuat și factorii de care depinde rezultatul.

(5) Femeia și bărbatul aflați în căsătorie înregistrată în modul stabilit de lege au dreptul la folosirea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane cu condiția acordului reciproc al soților.

(6) Femeia și bărbatul care nu se află în căsătorie înregistrată în modul stabilit de lege au dreptul la folosirea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane cu condiția acordului reciproc al partenerilor.

(7) Femeile solitare au dreptul la folosirea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane cu utilizarea spermei donatorului în baza cererii semnate de ele.

(8) Datele referitoare la tratamentul infertilității prin aplicarea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane sînt confidențiale și constituie un secret medical.

(9) Sînt permise următoarele tehnologii de asistare medicală a reproducerii umane:

- a) inseminarea artificială cu sperma soțului;
- b) inseminarea artificială cu sperma donatorului;
- c) fertilizarea in vitro cu transferul intrauterin de embrioni;
- d) injectarea intracitoplazmatică a spermatozoizilor;
- e) ecloziunea asistată;
- f) extragerea spermatozoizilor din testicule;
- g) crioconservarea de spermă, de oocite, de embrioni;
- h) donarea de spermă, de oocite, de embrioni;
- i) diagnosticul preimplantor genetic;
- j) reducerea numărului de embrioni în cazul sarcinii multiple.

(10) În domeniul reproducerii umane asistate medical se interzice:

- a) alegerea sexului viitorului copil, cu excepția cazurilor de risc al moștenirii maladiilor genetice severe legate de sex;
- b) avortul selectiv al embrionilor de un anumit sex, specificat în reglementările internaționale de bioetică;
- c) clonarea ființei umane, crearea de himere și transplantarea acestora în organismul uman;
- d) aplicarea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane fără consimțămîntul persoanei;
- e) prestarea serviciilor de reproducere umană în lipsa autorizațiilor/licențelor necesare;
- f) violarea confidențialității datelor privind donările de spermă, de oocite și de embrioni;
- g) obținerea spermei și a oocitelor de la persoane cu vîrsta sub 18 ani (cu excepția cazurilor de crioconservare în baza indicațiilor medicale).

(11) Persoanele (persoana) care și-au dat consimțămîntul informat scris pentru folosirea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane, în cazul nașterii la ei prin această metodă a unui copil, se înscriu ca părinți ai acestui copil în modul stabilit de Codul familiei și nu sînt în drept să conteste maternitatea și paternitatea, făcînd referință la aceste circumstanțe.

(12) Copiii născuți în urma inseminării artificiale sau fertilizării in vitro au aceleași drepturi ca și copiii născuți prin reproducere naturală.

(13) Activitățile privind reproducerea umană asistată medical sînt coordonate și monitorizate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

Articolul 10. Inseminarea artificială cu sperma soțului sau a donatorului

(1) Procedura inseminării artificiale se poate realiza prin:

- a) inseminare cu sperma soțului/partenerului;
- b) inseminare cu sperma unui donator.

(2) Inseminarea artificială cu sperma soțului/partenerului se folosește în caz de impotență sau de incompatibilitate biologică între parteneri, precum și în cazul în care sperma nu are calitatea și cantitatea de spermatozoizi necesare fecundării.

(3) Inseminarea artificială cu spermă prelevată de la donator se efectuează în cazul infertilității masculine, ce nu poate fi tratată prin nici o altă metodă, sau în cazul prezenței unor probleme genetice cu risc înalt de transmitere la făt.

(4) Cuplurile a căror infertilitate este cauzată de factorul masculin pot să beneficieze afiș de donarea anonimă a spermei, cît și de donarea neanonimă (spermă obținută de la o rudă a soțului).

(5) Femeile solitare, de asemenea, au dreptul la procedura de inseminare cu spermă donată.

Articolul 11. Fertilizarea in vitro cu transferul intrauterin al embrionilor

(1) Fertilizarea in vitro cu transferul intrauterin al embrionilor reprezintă o metodă de bază în tratamentul infertilității.

(2) Indicațiile principale pentru apelarea la fertilizarea in vitro sînt infertilitatea feminină și/sau masculină, cînd alte metode de tratament sînt imposibile sau fără de efect.

(3) La fertilizarea in vitro are acces orice cuplu, orice femeie solitară, care suferă de infertilitate, dacă au luat o decizie informată de folosire a acestei metode.

(4) Pentru a recurge la fertilizarea in vitro, femeia și bărbatul trebuie să corespundă criteriilor medicale necesare privind starea de sănătate fizică și mentală.

(5) Vîrsta-limită pentru efectuarea fertilizării in vitro cu oocitele proprii este de 45 de ani, iar pentru folosirea oocitelor donate – de 50 de ani.

(6) Condițiile necesare pentru realizarea programului fertilizare in vitro sînt:

- a) consimțămîntul informat scris al cuplului infertil;
- b) efectuarea intervenției într-un centru specializat;
- c) obligativitatea stabilirii cauzelor infertilității;
- d) excluderea potențialelor riscuri de transmitere a unor boli infecțioase sau genetice.

(7) În cazul cuplurilor căsătorite sau aflate în concubinaj, este necesar consimțămîntul scris al ambilor parteneri.

(8) În cazul femeilor solitare, este suficientă cererea și consimțămîntul scris al acestora.

(9) Orice informație a cuplului heterosexual, legată de tratamentul infertilității prin aplicarea metodelor de fertilizare in vitro, constituie un secret medical și nu va fi transmis altor persoane fără consimțămîntul cuplului.

(10) Se interzice crearea de embrioni umani exclusiv pentru cercetări științifice și pentru folosirea celulelor sexuale și a embrionilor în scopuri de clonare a ființei umane.

Articolul 12. Donarea de celule sexuale și de embrioni

(1) Donarea de celule sexuale și de embrioni reprezintă o tehnologie medicală prin care o persoană transmite gameții săi (spermatozoizii sau oocitele) ori embrionii altor persoane pentru obținerea sarcinii.

(2) Bărbații și femeile în vîrstă de la 18 pînă la 40 de ani, somatic și psihic sănătoși, care au trecut controlul medico-genetic au dreptul de a fi donatori de celule sexuale (spermatozoizi, oocite) și de embrioni.

(3) Donarea de celule sexuale poate fi anonimă și neanonimă. Donatori neanonimi de celule sexuale pot fi rudele pacienților (pentru femeie – rudele de sex feminin, pentru bărbat – rudele de sex masculin). În cazul donării anonime de celule sexuale, se va garanta păstrarea confidențialității donatorului.

(4) Donatorii de celule sexuale și de embrioni nu își asumă angajamente și sînt absolviți de responsabilitatea părintească față de viitorul copil. Ei nu au dreptul să ceară dezvăluirea datelor despre copil și despre părinții acestuia.

(5) Criteriile medicale de selecție a donatorilor sînt stabilite de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

(6) Donarea de celule sexuale și de embrioni poate fi efectuată în baza unui consimțămînt benevol informat semnat de donator (donatori), care să includă: descrierea particularităților procedurii medicale ce urmează a fi efectuată, date despre riscurile potențiale, despre efectele secundare și complicațiile posibile, despre consecințele juridice ale donării.

(7) Donatori de embrioni pot fi și pacienții programului fertilizare in vitro, care, prin decizie liberă și consimțămînt informat, acceptă să doneze surplusul de embrioni unui alt cuplu.

Articolul 13. Crioconservarea celulelor sexuale și a embrionilor

(1) Persoanele au dreptul la crioconservarea celulelor sexuale (spermatozoizi, oocite) și a embrionilor în instituțiile/organizațiile medicale acreditate sau licențiate pentru acest gen de activitate.

(2) Crioconservarea de spermă se poate efectua pentru bărbații care suferă de boli și care necesită tratamente ce ar putea să afecteze grav ulterior calitatea spermei. De asemenea, crioconservarea poate fi utilizată pentru păstrarea spermei donatorilor.

(3) Crioconservarea spermei obținute de la soț/partener sau de la donator poate fi efectuată atît pentru inseminare artificială, cît și pentru fertilizare in vitro.

(4) În cazul femeilor cu riscuri de pierdere a funcției reproductive, crioconservarea de oocite poate fi aplicată înaintea tratamentelor de chimioterapie sau a altor tratamente pentru cancer.

(5) Crioconservarea embrionilor poate fi aplicată în cazul obținerii unui surplus de oocite/embrioni în cadrul programului fertilizare in vitro.

(6) Crioconservarea celulelor sexuale și a embrionilor se efectuează în baza consimțămîntului informat scris al pacienților, ce conține date despre metoda de crioconservare, despre condițiile și termenele de păstrare a celulelor sexuale și/sau a embrionilor.

(7) Criteriile și condițiile de crioconservare a celulelor sexuale și a embrionilor sînt stabilite de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

Capitolul IV

ASIGURAREA DREPTURILOR ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII REPRODUCERII

Articolul 14. Politica statului în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii

(1) Politica statului în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii este orientată spre:

- a) formarea unei atitudini conștiente și responsabile a populației față de sănătatea sexual-reproductivă;
- b) preîntâmpinarea sarcinii nedorite și reducerea numărului de avorturi;
- c) profilaxia infecțiilor cu transmitere sexuală și a infecției HIV/SIDA;
- d) folosirea corectă și pe larg a metodelor de contracepție și de protejare a funcției reproductive;
- e) asigurarea nașterii de copii sănătoși și doriți;
- f) susținerea familiilor care au copii și a cuplurilor care își planifică sarcina;
- g) dezvoltarea serviciilor de calitate de ocrotire a sănătății reproducerii;
- h) antrenarea efectivă a instituțiilor guvernamentale, neguvernamentale și private, a mass-mediei în apărarea și realizarea cât mai sigură a drepturilor la reproducere;
- i) propagarea cunoștințelor în domeniul educației sexuale și reproductive a populației;
- j) susținerea cercetărilor științifice în domeniul sănătății reproducerii;
- k) instruirea universitară și postuniversitară a specialiștilor în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii și în domeniul drepturilor la reproducere conform standardelor internaționale.

(2) Guvernul aprobă programe naționale care au ca obiectiv ocrotirea sănătății reproducerii.

(3) Autoritățile administrației publice locale sînt în drept să elaboreze și să realizeze programe privind ocrotirea sănătății reproducerii în teritoriu.

Articolul 15. Prestarea serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii

Serviciile de ocrotire a sănătății reproducerii pot fi prestate atît de instituțiile/organizațiile medicale publice, cît și de cele private, în modul stabilit de legislația în vigoare.

Articolul 16. Coordonarea serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii

(1) Toate activitățile de ocrotire a sănătății reproducerii umane sînt organizate și coordonate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

(2) Pentru coordonarea și supravegherea activității de reproducere umană asistată medical se înființează, în cadrul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, un comitet, ale cărui atribuții se stabilesc prin ordin al Ministrului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

Articolul 17. Pregătirea cadrelor în domeniul sănătății reproducerii

(1) Persoanele care prestează servicii de ocrotire a sănătății reproducerii trebuie să aibă pregătire specială în acest domeniu.

(2) Pregătirea specialiștilor în domeniul drepturilor la reproducere se efectuează conform legislației în vigoare, în corespundere cu programele de stat, elaborate și aprobate în modul stabilit.

Articolul 18. Acreditare și licențiere

Instituțiile/organizațiile care asigură realizarea drepturilor în domeniul sănătății reproductivii, în funcție de tipul de proprietate, își desfășoară activitatea în baza evaluării și acreditării – în cazul instituțiilor/organizațiilor medicale publice și în baza licențelor eliberate de organul de licențiere – în cazul instituțiilor/organizațiilor medicale private.

Articolul 19. Monitorizarea serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii

Instituțiile/organizațiile medicale de nivel raional, municipal și național întocmesc anual rapoarte privind sănătatea reproducerii, care sînt prezentate Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

Articolul 20. Finanțare

(1) Activitatea instituțiilor/organizațiilor publice care prestează servicii de ocrotire a sănătății reproducerii este finanțată în limitele mijloacelor alocate de la bugetele de toate nivelurile.

(2) Serviciile de ocrotire a sănătății reproducerii sînt finanțate de la bugetul de stat, de la bugetul Fondului asigurării obligatorii de asistență medicală și, după caz, din contribuțiile personale, din donații și sponsorizări.

(3) Cuplurile în care ambii parteneri sînt asigurați medical și corespund criteriilor medicale stabilite de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale vor beneficia de o fertilizare in vitro în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală în limitele mijloacelor financiare disponibile, conform actelor normative aprobate de Guvern.

Articolul 21. Responsabilități

Persoanele juridice și persoanele fizice care asigură realizarea drepturilor în domeniul sănătății reproducerii poartă răspunderea stabilită de legislația în vigoare.

Articolul 22. Sancțiuni

Nerespectarea prevederilor prezentei legi atrage, după caz, răspunderea disciplinară, contravențională sau penală, conform legii.

Capitolul V

DISPOZIȚII FINALE ȘI TRANZITORII

Articolul 23.

(1) Prezenta lege intră în vigoare la 30 de zile de la data publicării.

(2) La data intrării în vigoare a prezentei legi se abrogă orice alte dispoziții contrare.

(3) Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale:

- a) în termen de 6 luni de la data intrării în vigoare a prezentei legi, va elabora un regulament special de acordare a serviciilor în domeniul reproducerii umane asistate medical;
- b) în termen de 3 luni de la data intrării în vigoare a prezentei legi, în colaborare cu Ministerul Educației și Ministerul Justiției, va elabora normele de aplicare a prezentei legi.

Anexa 9. DECIZIA SINODALĂ A BISERICII ORTODOXE ROMÂNE CU PRIVIRE LA AVORT

(Documentul sinodal cu privire la avort, emis în iunie 2005. În: <http://patriarhia.ro/avortul-208/>. accesat: 14.07.2020)

Exprimând-și punctul de vedere cu privire la avort, Sfânta Biserică acționează în conformitate cu învățătura ei privind apariția vieții în general și a vieții umane în special.

Potrivit Revelației și învățăturii Bisericii, Dumnezeu a creat lumea din nimic (2 Macabei 7, 28). Dumnezeu a creat viața sub toate aspectele ei, iar în ceea ce privește viața omenească, Dumnezeu a arătat o grijă deosebită. Viața omenească nu este produsul devenirii spontane a lumii, ci, pentru apariția ei, Dumnezeu a avut o grijă deosebită: omul nu apare la porunca, ci în urma unui sfat și a unui act special al Sfintei Treimi, act exprimat de aghiograf prin termenul de plăsmuire și de suflare de viață. Viața omenească nu este determinată doar de plăsmuirea omului din pământ, ci și (sau mai ales) de suflarea viu-făcătoare a lui Dumnezeu.

Aceasta ne dovedește faptul că omul nu este simplă ființă biologică („ființă vie” înzestrată cu suflet rațional), ci este deodată suflet viu (Facere 2,7) și trup omenesc (nu orice trup) viu. Așa a apărut primul om (Adam), așa au apărut, apar și vor apărea – cu voia lui Dumnezeu – oamenii în istorie: suflete vii în trupuri vii. Omul este, așadar, o ființă psiho-fizică ce a fost și este creată de Dumnezeu după chipul Său (Facere 3, 28), în vederea asemănării cu El. Consecința logică a acestei învățături și credințe este aceea că toate ființele omenești sunt în mod fundamental egale între ele în ceea ce privește natura și vocația lor. Ele posedă deodată, actual și potențial, aceeași demnitate și aceeași valoare: sunt chip al lui Dumnezeu, dar chip într-un continuu proces de asemănare cu Dumnezeu.

Pentru că este purtătoarea chipului lui Dumnezeu, orice ființă omenească, oricare ar fi vârsta, situația sau starea sa fizică, deține o demnitate reală și impune un deosebit respect. De aceea, tot ceea ce este comis împotriva ființei umane este comis, într-o anumită măsură, împotriva voinței lui Dumnezeu, după cum tot binele pe care-l facem unui semen de-al nostru este bine făcut lui Dumnezeu Însuși: „Întrucât ați făcut unuia dintre acești frați ai Mei prea mici, Mie Mi-ați făcut (...), întrucât nu ați făcut unuia dintre acești prea mici, nici Mie nu Mi-ați făcut” (Matei 25, 40, 45).

Dacă viața și, mai ales, viața omenească nu este produsul hazardului, nici perpetuarea vieții umane nu este efectul întâmplării și nici exclusiv produsul eforturilor omenești. Viața omului este de la Dumnezeu și se perpetuează prin intermediul ființelor omenești, potrivit celor rânduite de Dumnezeu. Omul se bucură de viață și de puterea vieții; are dreptul la viață, dar și responsabilitatea de a respecta această viață, de a o apăra în orice împrejurare, știind că, în existența istorică, în trup omul își pregătește participarea la Împărăția lui Dumnezeu.

Revelația (consemnată în Sfânta Scriptură și în Sfânta Tradiție) ne oferă suficiente dovezi că ceea ce s-a zămislit în femeie este ființă omenească (nu simplu „produs de concepție”), care nu exclude grija lui Dumnezeu și care trebuie să se bucure de respectul datorat demnității umane. Cum Biserica are o grijă deosebită față de ființele umane neputincioase și fără apărare, nu poate să nu se îngrijoreze cu privire la cele mai neputincioase ființe omenești, embrionii umani și pruncii nenăscuți.

Psalmistul David spune în acest sens: „Doamne, Tu m-ai plăsmuit în pântecele mamei mele” (Ps. 138, 13). Iar Dumnezeu avea să-i spună lui Ieremia: „Înainte de a te fi zămislit în pântece te-am cunoscut și înainte de a ieși din pântece te-am sfințit” (Ieremia 1, 5). Iov a spus: „Mâinile Tale m-au făcut și m-au zidit” (Iov 10, 8-9). Legislația lui Moise a acordat o grijă deosebită mamei și pruncului (Ieșirea 21, 23-24; 9, 6).

Din istorisirea vizitei Maicii Domnului la Sf. Elisabeta constatăm două adevăruri foarte importante:

- a) Elisabeta arată un respect deosebit față de Cel zămislit în pântecele Sfintei Fecioare Maria;
- b) Se confirmă faptul că pruncul din pântecele mamei participă, în felul său, la evenimentele la care participă mama; Evanghelistul ne spune că, de îndată ce Elisabeta a primit salutul Mariei, a săltat pruncul în pântecele ei (Luca 1, 44), ceea ce dovedește că, înainte de naștere, pruncul percepe deja prezența lui Dumnezeu.

Extinzându-se din spațiul ebraic, mesajul creștin s-a confruntat cu o lume și cu o civilizație care avea cu totul alte aspirații și alte coordonate decât cele trasate de Revelație. Practicile avortive, spre exemplu, fie prin metoda chirurgicală, fie prin luarea de medicamente, erau de mult cunoscute în mediile neebraice. Ceea ce nu cunoștea lumea greco-romană era noțiunea de păcat, de urâciune înaintea lui Dumnezeu, adică încălcarea cu știință și liberă voință a voinței lui Dumnezeu, noțiune foarte prezentă în tradiția iudaică și în viața creștină. În scrierile Sfântului Pavel găsim liste cu păcate pe care, dacă le vor comite, oamenii nu vor intra în Împărăția lui Dumnezeu (I Corinteni 6, 9-10; Galateni 5, 20; Efeseni 5, 5). Printre acestea se numără și cele comise prin luarea de *pharmakeia* (vенеvicia) – medicamente (avortive).

În legislația romană găsim explicația termenului „*pharmakeia*”. Legea Corneliană din anul 81 î. Hr. înțelegea prin acest termen medicamentele avortive. Prin urmare, în Noul Testament (Galateni 5, 20) avem dovada că păcatul uciderii pruncilor este unul dintre cele mai grele, unul dintre cele care ne exclud din Împărăția lui Dumnezeu.

A fost și a rămas atitudinea Bisericii cu privire la asemenea păcate.

Epistola către Barnaba (scrisă pe la începutul secolului II) reproducea punctul de vedere al Bisericii din acea vreme prin cuvintele: „Iubește pe aproapele tău mai mult decât sufletul tău. Să nu ucizi copilul, pruncul în pântecele mamei sale; să nu-l ucizi nici după ce s-a născut” (XIX, 5). Același punct de vedere îl va exprima și *Didahia celor 12 Apostoli* (2, 2; 5, 2). În secolul al III-lea, pe linia aceleiași îngrijorări a Bisericii, Tertulian va exprima ideea concomitenței sufletului și a trupului: unul și celălalt se formează deodată (*De anima* 27, 210). Același Tertulian va numi avortul crimă (*Apologeticum* 9), iar Hipolit Romanul va condamna medicamentele sterilizante (*Philosophumena* 9, 12). Puncte de vedere similare cu ale lui Tertulian și Hipolit găsim la Clement Alexandrinul (*Pedagogul* 2, 10, 96) și Minucius Felix (*Octavius* 30, 2). În „Scrisoarea către Diognet”, perlă a literaturii creștine din primele trei secole, se arată că una dintre notele care deosebesc pe creștini de necreștini este aceea că ei nu-șiucid pruncii: „Se căsătoresc precum fac toți oamenii și nasc copii, dar nu aruncă pe cei născuți” (III, 6).

În secolul al IV-lea, mai mulți Sfinți Părinți prezintă punctul de vedere al Bisericii cu privire la avort. Între aceștia, amintim pe Sf. Grigore de Nyssa (De hom. op. 29, In Canticum, 8), Sf. Efreem Sirul (Discurs despre teama de Dumnezeu, 10), Sf. Ioan Hrisostom

(In Rom. 24, 4), Lactanțiu, Ambrozii, Ieronim și alții. Sf. Vasile, spre exemplu, spune că femeia care omoară fătul va fi pedepsită pentru crimă (Ep. 188, 8; can. 2).

Sinodul de la Elvira (305-306) hotărăște excomunicarea femeii care a avortat, ea neputând să se împărtășească decât pe patul de moarte (Canoanele 63, 68). Sinodul Quinisext (692), prin canonul 91, oprește de la Împărtășanie pe o durată de 10 ani femeile care dau și pe cele care primesc medicamente avortive.

Din cele de mai sus reiese că avortul a fost o practică străină creștinismului, cunoscută într-o lume în care nu exista nici teamă, nici iubire de Dumnezeu. Toți Sfinții Părinți semnaleză că, în orice fază ar fi produs, avortul rămâne pruncucidere. Prin el, se încalcă porunca divină: „Să nu ucizi” (Ieșire 20, 13). El este cu atât mai grav, cu cât constituie uciderea unei ființe umane aflată în imposibilitatea de a se apăra.

Din textele prezentate mai sus reiese că Biserica a considerat totdeauna drept păcat foarte grav, egal cu avortul în gravitate, și luarea de medicamente cu scop avortiv. Prin urmare, tot atât de grave ca și avortul chirurgical sunt barierele mecanice (steriletul și anumite pilule, inclusiv RU 486) prin care se urmărește împiedicarea nidării ovulului fecundat pe pereții uterului (acestea sunt tot practici avortive) și medicamentele contraceptive, care, la rândul lor, au consecințe negative pentru trupul femeii.

Avortul și toate practicile avortive sunt păcate grele pentru că:

- a) prin ele se ucide o ființă umană: copilul;
- b) prin ele sunt afectate vocația și demnitatea femeii;
- c) ele prezintă riscul mutilării trupului femeii, al îmbolnăvirii și morții premature a mamei și a femeii tinere.

Femeia nu trebuie redusă la nivelul de obiect al plăcerii bărbatului, nu trebuie desconsiderată și umilită în ceea ce îi este specific, anume feminitatea și calitatea de mamă.

Demnitatea și sănătatea femeii sunt afectate deopotrivă de folosirea pilulelor pe bază de hormoni în vederea infecundității. Efectele nefaste, grave ale acestora nu sunt evidente imediat, dar sunt certe. Fiind substanțe care acționează hormonal asupra trupului femeii, urmările lor sunt negative. Este impresionantă lista bolilor cauzate, mai curând sau mai târziu, femeilor care au utilizat medicamente avortive sau contraceptive (care, toate, sunt preparate pe bază de hormoni).

Cu titlu de exemplu, semnalăm că, între anii 1977-1988, în Anglia s-a făcut un studiu pe 200.000 de femei privind efectul folosirii pilulelor anticoncepționale pe bază de hormoni. S-a constatat că procentul deceselor cauzate de afecțiuni cardio-vasculare a fost cu 40 % mai mare la femeile care au folosit asemenea pilule față de cele care n-au folosit. Riscul accidentelor cerebrale a fost de 6,5 ori mai mare la femeile care au folosit pilulele. Pericolul infecțiilor pelviene a fost de 7 ori mai mare la femeile care au folosit pilulele față de cele care nu le-au folosit; în aceeași proporție a crescut și riscul sterilității.

Din cele prezentate mai sus reiese că avortul, tratamentele cu scop avortiv sau contraceptiv sunt păcate grele careucid ființe umane, împiedică procesul firesc al procreării ființelor omenești, afectează și pun în pericol demnitatea și viața femeii tinere, și în cele din urmă, ne exclud din Împărăția lui Dumnezeu spre care năzuiesc creștinii.

Din nefericire, practicile avortive (și contraceptive) sunt o realitate a lumii contemporane secularizate. În numele „fericirii” imediate și al comodității seucid generații de

oameni și moare femeia tânără, mamă sau nu. Biserica nu poate fi indiferentă la această realitate îngrijorătoare și tragică, întreținută de instituții care se intitulează uneori „caritative”, „umaniste” și chiar „medicale”.

Societatea secularizată contemporană aduce justificări diverse ale avortului, justificări de cele mai multe ori de ordin medical și social. Fiind în lume, Biserica nu este indiferentă și nu poate fi nici derutată cu privire la motivele privind tendințele de justificare a avortului.

Prin urmare,

- a) Dacă viața mamei este pusă realmente în pericol prin sarcină sau naștere, ar trebui să fie acordată prioritate vieții femeii, nu pentru că viața ei are o valoare mai mare în sine, ci datorită relațiilor și responsabilităților față de alte persoane, care depind de ea.
- b) În cazul în care investigația genetică descoperă un copil nenăscut anormal, recomandarea este de a naște copilul, respectându-i dreptul la viață, dar decizia o va avea familia, după ce acesteia i s-au adus la cunoștință de către medic și de către duhovnic toate implicațiile morale și de întreținere. Toate acestea trebuie rezolvate din perspectiva semnificației mântuitoare a prezenței unei ființe handicapate în viața fiecărei persoane și în viața comunității.
- c) Riscul avortului datorat violului sau incestului trebuie evitat mai întâi la nivelul educației cu privire la necomiterea acestor păcate. În cazul în care starea de graviditate s-a produs, copilul va trebui să fie născut și, după caz, înfiat sau adoptat.
- d) Avortul nu poate fi niciodată justificat, moral, de starea economică a familiei, de neînțelegerile dintre parteneri, de afectarea carierei viitoarei mame sau a aspectului fizic.

Pentru prevenirea acestor grave păcate se consideră că este nevoie de un intens proces de mediatizare a gravității păcatului avortului (luându-se în calcul toate aspectele lui medicale, psihologice, sociale, religioase). Societatea trebuie să ofere soluții concrete pentru promovarea vieții în familie. Biserica trebuie să întreprindă un întreg efort de educare a omului de azi cu privire la scopul iubirii dintre bărbat și femeie. Activitatea pastorală a preotului privind tineretul trebuie intensificată. Biserica va trebui să sensibilizeze toți factorii care au ca obiect educarea populației sau se îngrijesc de sănătate; omul trebuie educat cu privire la ce înseamnă adevărata tandrețe și dragoste, trebuie educat să promoveze viața prin naștere de copii și prin creșterea lor în familie.

Factorii de decizie politică și administrativă trebuie sensibilizați să favorizeze crearea condițiilor ca femeia să nu mai fie umilită, ca obiect de plăcere, nici ca ea însăși să se complacă în umilire, considerând această stare ca fiind normală.

ANEXA 10. Fragmente din STANDARDUL PRIVIND ÎNTRERUPEREA SARCINII ÎN CONDIȚII DE SIGURANȚĂ

(Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.766 din 18.08.2020 Cu privire la aprobarea Standardului privind efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță).

Introducere

Standardul privind **efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță** stabilește cadrul normativ de activitate a instituțiilor medico-sanitare privind prestarea serviciilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii.

Noțiuni, definiții:

Conform OMS, **avortul** este o procedură medicală sigură atunci când este efectuat conform recomandărilor OMS, în condițiile unui acces universal la servicii de calitate și lipsă a oricărei stigmatizări a femeii, care are nevoie de acest serviciu (1, 2, 3,4). În versiunea actualizată în anul 2012 a publicației OMS, AVORT FĂRĂ RISCURI și Recomandările pentru sistemele de ocrotire a sănătății în probleme de strategie și practică din 2018, MANAGEMENTUL MEDICAMENTOS AL AVORTULUI, OMS **recomandă următoarele metode de întrerupere a sarcinii:**

Vaccum- aspirația manuală sau electrică, tehnică recomandată de efectuare a **avortului chirurgical** până la 12 -14 săptămâni de gestație. Procedură care nu trebuie să fie completată prin efectuarea chiuretajului de control cu chiureta ascuțită!!!

Metode medicamentoase: Metoda recomandată pentru avortul medicamentos, ne-chirurgical, este administrarea de mifepristonum, urmată de administrarea de misoprostolum.

Metodele de avort după 12 săptămână de sarcină sunt: cea medicamentoasă, care constă în administrarea mifepristonulului, după care urmează doze repetate de prostaglandine - misoprostolum sau gemeprostum, iar cea chirurgicală preferabilă este dilatarea colului uterin și evacuarea produsului de concepție cu utilizarea vacuum-aspirației și a pensei, după pregătirea prealabilă a colului uterin cu misoprostolum.

Către metodele nerecomandate de OMS se referă dilatarea și chiuretajul (raclajul), care este o metoda riscantă de avort. Incidența complicațiilor severe în urma chiuretajului depășește de 2-3 ori incidența complicațiilor cauzate de vacuum-aspirație. Chiuretajul trebuie înlocuit cu aspirarea vacuum și metode medicamentoase de avort.

Capitolul I.

Organizarea prestării serviciilor de întrerupere a cursului sarcinii

...

2. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni de sarcină

1. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni de

sarcină, **la dorință sau la indicații medicale și sociale (Anexele nr. 1 și nr. 2)**, se efectuează în instituțiile medico-sanitare publice, departamentale și private prin următoarele metode: vacuum aspirarea manuală sau electrică sau avort medicamentos.

2. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda medicamentoasă, în perioada primelor 12 săptămâni, fără patologie asociată, se efectuează de către medicii obstetricieni-ginecologi, care au pregătirea necesară în efectuarea avortului medicamentos, în Asociațiile Medicale Teritoriale, Centrele de Sănătate a Femeii, Cabinetele de Sănătate a Reproducerii, Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, Secțiile Consultative din cadrul Centrelor Perinatologice și în secția Sănătatea Reproducerii a IMSP IMC, instituțiile medico-sanitare departamentale, dacă acestea dispun de condiții ce corespund cerințelor actelor normative în vigoare.
3. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda vacuum aspirării manuale sau electrice, în perioada primelor 12 săptămâni, fără patologie asociată, se efectuează de către medicii obstetricieni-ginecologi care au pregătirea necesară în efectuarea vacuum aspirării manuale sau electrice, în Asociațiile Medicale Teritoriale, Centrele de Sănătate a Femeii, Cabinetele de Sănătate a Reproducerii, Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, Secțiile Consultative din cadrul Centrelor Perinatologice și în secția Sănătatea Reproducerii a IMSP IMC, dacă acestea dispun de condiții ce corespund cerințelor actelor normative în vigoare.
4. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda vacuum aspirării manuale/ electrice, sau metoda medicamentoasă la femeile cu patologie asociată (cu risc major pentru pacientă), se efectuează în instituțiile medico-sanitare ce oferă asistență medicală spitalicească (secții de ginecologie sau obstetrică-ginecologie).
5. Se interzice întreruperea sarcinii prin dilatare și chiuretaj, fiind o metodă mai riscantă pentru hemoragii, perforații și complicații întârziate!!!
6. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni prin aspirarea vacuum se efectuează obligatoriu cu anestezie locală sau generală, la alegerea pacientei, după informarea ei în cadrul consilierii, și exprimarea consimțământului prin semnarea acordului informat.
7. OMS nu recomandă anestezia generală de rutină pentru avortul din primul trimestru, fiind mult mai riscantă; dacă pacienta optează pentru anestezia generală, ea este referită în instituțiile medico-sanitare ce oferă asistență medicală specializată spitalicească.

3. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni de sarcină

1. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni de sarcină se efectuează doar după consilierea și primirea acordului femeii, în instituțiile medico-sanitare publice, departamentale sau private, ce corespund cerințelor actelor normative în vigoare, prin metoda medicamentoasă (Capitolul IV).
2. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni se efectuează la indicații medicale și sociale până la sfârșitul a 21-a săptămână de sarcină (Anexele nr.1 și 2 la Standard), iar în cazurile de malformațiile fetale incompatibile cu viața/incurabile,

pe tot parcursul sarcinii, după examinarea cazului în cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului, de către un Consiliu Medical reprezentativ, aprobat anual prin ordinul conducătorului instituției.

3. Instituția medico-sanitară, ce oferă asistență medicală specializată de ambulator:

- prin intermediul medicilor obstetricieni-ginecologi, asigură perfectarea Fișei personale a gravidei și lăuzei (formularul nr.111/e) și perfectarea îndreptării către Compania Națională de Asigurări în Medicină/ Agenția teritorială pentru eliberarea Poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală;
- asigură efectuarea investigațiilor, consultațiilor medicilor specialiști de profil în argumentarea indicațiilor și asigură evidența cazurilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni;
- aprobă prin ordin intern Comisia Medicală Consultativă în următoarea componență: vicedirectorul medical, șeful secției obstetrică, medicul curant specialist obstetrician-ginecolog, medicul specialist medicină internă, juristul din cadrul instituției medico-sanitare (în caz de indicații sociale).

4. Comisia Medicală Consultativă:

- selectează indicațiile medicale sau sociale pentru fiecare caz aparte, în baza cererii femeii gravide, documentației juridice și/sau medicale prezentate, și consimțământul femeii gravide prin semnarea acordului informat;
- eliberează trimitere-extras (formularul nr.027/e), ce servește bilet de trimitere pentru spitalizarea femeii gravide în staționarul obstetrical-ginecologic în termene nu mai mult de 5 zile din momentul diagnosticării indicației medicale sau adresării femeii cu indicații sociale.

5. Instituția medico-sanitară ce oferă asistență medicală specializată spitalicească:

- asigură perfectarea Fișei medicale a bolnavului din staționar, Forma nr.003/e;
- efectuează evidența fiecărei femei gravide pentru întrerupere voluntară a cursului sarcinii după primele 12 săptămâni în Registrul de evidență a internărilor bolnavilor și renunțărilor la spitalizare, Forma nr. 001/e, și Registrul de înregistrare a intervențiilor chirurgicale în staționar, Forma nr. 008/e;
- efectuează intervenția de întrerupere a cursului sarcinii.

6. **În caz de diagnostic incert de malformații congenitale**, dar și pentru stabilirea conduitei de mai departe, femeia gravidă se va îndrepta la IMSP Institutul Mamei și Copilului, pentru confirmarea diagnosticului, întreruperea sarcinii sau oferirea consilierii privind pronosticul și perspectivele postnatale în caz de continuare a sarcinii.

7. Decizia de a întrerupe sau a continua sarcina îi aparține în totalitate femeii gravide, după consilierea ei și semnarea acordului informat.

Capitolul II.

Examinarea pre-avort, consilierea și decizia informată

1. Examinarea pre-avort.

2. Se ia cunoștință cu antecedentele medicale ale femeii și se înregistrează în Fișa medicală pentru efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii (Formularul nr. 003-3/e).
3. Prezența sarcinii se confirmă prin efectuarea testului urinar de sarcină (la domiciliu sau în instituția medicală). Vârsta gestațională a sarcinii se confirmă și se consemnează în baza anamnezei personale (ultima menstruație) și examenului clinic (examenul vaginal).
4. Examenul ultrasonografic înainte de avort nu este necesar pentru toate femeile, cu excepția celor enumerate în alin. 4) din acest punct.
5. Instituțiile care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să efectueze sau să refere pacienta la examenul ultrasonografic, în mod special, în cazul când:
 - a) diagnosticul de sarcină este incert;
 - b) există o discordanță între vârsta gestațională cronologică și cea clinică;
 - c) există suspiciunea de sarcină extrauterină;
 - d) există patologie ginecologică asociată (exemplu: fibromatoză uterină, malformații uterine, etc.);
 - e) există incertitudinea prezenței unui dispozitiv intrauterin;
 - f) post-avort, când există suspiciunea golirii incomplete a cavității uterine.
6. Semnele vitale (exemplu: tensiunea arterială, pulsul și temperatura) se urmăresc în mod obligatoriu.
7. Determinarea hematocritului și a hemoglobinei se efectuează la femeile cu antecedente sau simptome de anemie.
8. Grupa sanguină și Rh-ul se vor determina la femeile care fac întreruperi de sarcină, în cazul în care nu sunt cunoscute și documentate. În avortul la termeni precoce nu a fost demonstrată Rh-sensibilizarea. Administrarea imunoglobulinei anti-resus pentru pacientele Rh – negative cu termenul de sarcină mai mare de 56 zile de amenoree va fi recomandată și poate fi efectuată dacă aceasta este disponibilă (8);
9. Infecțiile aparatului genital se constată în baza simptomelor pacientei, semnelor clinice în timpul examenului în valve. La necesitate, pot fi efectuate testele de screening ale maladiilor sexual-transmisibile (gonoreea și chlamydia) sau frotiul vaginal pentru diagnosticul infecțiilor vaginale (vaginoza bacteriană, trichomonioza), înainte de întreruperea voluntară a cursului sarcinii după explicarea necesității pacientei și primirea acordului informat.
10. La depistare la femeia gravidă a proceselor inflamatorii acute și sub-acute de toate localizările și a bolilor infecțioase acute, operația de întrerupere a cursului sarcinii poate fi amânată până la tratarea lor sau se inițiază tratamentul antibacterian și se efectuează avortul (11,12). În cazul termenului – limită de 11-12 săptămâni de sarcină se inițiază terapia antibacteriană și se efectuează avortul.

11. Momentul întreruperii sarcinii poate reprezenta un prilej potrivit pentru evaluarea unei posibile patologii cervicale. Femeilor care au mai mult de 25 de ani și nu au efectuat un test citologic cervical în ultimii 3 ani li se efectuează un asemenea test. În cazul în care se efectuează un test citologic în momentul întreruperii de sarcină, este necesar de a comunica femeii rezultatul testului și de a urma prevederile actelor normative în vigoare.
12. La prezentarea pentru efectuarea întreruperii sarcinii, este necesar ca medicul să identifice și alte necesități de sănătate ale femeilor, în special legate de sănătatea reproducerii sau sociale (violența bazată pe gen, traficul, prezența maladiilor cu transmitere sexuală etc.) și să i se ofere femeii recomandări sau referire pentru tratamentul/asistență specializată de profil, întru rezolvarea acestora.

2. Consilierea și decizia informată.

1. Consilierea este discuția cu femeia care a solicitat avortul, despre sentimentele și fricile ei și alte subiecte afiliate procedurii de avort cu scopul de a-i diminua neliniștea înainte de procedură și de a-i oferi informația necesară pentru luarea unei decizii informate.
2. Luarea unei decizii informate și libere de către pacientă este esențială pentru procesul de efectuare a întreruperii sarcinii.
3. Fiecare femeie care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să fie informată corespunzător în vederea luării unei decizii informate.
4. Informația oferită trebuie să fie veridică, obiectivă, să nu conțină informație personalizată și nebazată pe dovezi științifice.
5. Femeia gravidă este liberă să-și aleagă metoda de întrerupere a sarcinii și metoda de anestezie în baza informației oferite în timpul consilierii.
6. Fiecărei femei care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să i se ofere posibilitatea de a fi consiliată voluntar (dacă acceptă acest lucru) despre decizia de a întrerupe sarcina și sentimentele aferente. Convingeți-vă că decizia de a întrerupe sarcina este una benevolă. Consilierea voluntară trebuie să aibă loc în condiții de intimitate și confidențialitate.
7. Informațiile oferite trebuie să includă:
 - alternativele întreruperii sarcinii;
 - suportul pe care femeile gravide îl pot obține potrivit legislației în vigoare;
 - instituțiile care pot oferi acest suport;
 - metodele de efectuare a întreruperii sarcinii, potențialele riscuri și beneficiile procedurii, inclusiv cele referitoare la anestezia utilizată;
 - informații exacte despre tehnica procedurii de aspirație vacuum electrică sau manuală, sau avortul medicamentos, dacă femeia a ales una din aceste metode;
 - riscurile efectuării avortului prin dilatare și chiuretaj și ale anesteziei generale;
 - complicațiile și sechelele posibile;

- opțiunile de contracepție imediată după avort.
- 8. Avortul constituie un moment oportun de consiliere a femeii în contracepție. Consilierea despre contracepție trebuie efectuată înainte de efectuarea întreruperii sarcinii. DIU și implantul reprezintă 2 metode de contracepție reversibile de lungă durată care scad numărul sarcinilor nedorite în viitor și sunt cele mai indicate de a fi utilizate femeilor după naștere și după avort.
- 9. Dacă femeia a ales o metodă de contracepție, care nu îi poate fi oferită în instituția dată, ea urmează a fi referită la o altă instituție, unde poate obține acest serviciu.
- 10. Dacă problemele și necesitățile femeii se extind dincolo de scopurile și posibilitățile consilierii, femeia urmează a fi referită la serviciile oportune din comunitate - psiholog, asistent social, poliție etc.
- 11. Informațiile se expun femeii într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate.
- 12. Consilierea verbală trebuie însoțită de oferirea unor materiale/broșuri/pliante în format scris, cu informații corecte și imparțiale, pe care pacienta să le înțeleagă și care le poate lua cu sine, pentru a le citi ulterior.
- 13. Fiecare femeie, care efectuează o întrerupere a sarcinii, în mod obligatoriu trebuie să citească și să semneze înainte de efectuarea procedurii consimțământului informat, specific procedurii de avort, ce atestă consimțământul ei despre faptul că înțelege procedura și alternativele existente, riscurile posibile, beneficiile și complicațiile, faptul că decizia luată este liberă și că este pregătită pentru întrerupere de sarcină. Consimțământul informat semnat de pacientă se atașează la Fișa de întrerupere a sarcinii (Formularul nr. 003-3/e).
- 14. Confidențialitatea informației trebuie să fie respectată de către toți prestatorii de servicii implicați în oferirea avortului, luându-se toate precauțiile.

Capitolul III.

Metoda chirurgicală de întreruperea a sarcinii

...

6. Îngrijirea după procedura chirurgicală de întrerupere a sarcinii. Contracepția.

1. Accesibilitatea și calitatea serviciilor de îngrijire post-avort este o componentă importantă a serviciilor de întrerupere a sarcinii. Majoritatea complicațiilor severe în rezultatul avortului pot fi detectate în perioada imediată după avort.
2. Femeia se monitorizează în perioada de recuperare de către un medic sau o asistentă medicală/moașă instruită în acordarea îngrijirilor postoperatorii. Femeia poate părăsi instituția medicală imediat ce se simte bine.
3. După anestezie generală personalul medical din Serviciul Anesteziologie și Terapie Intensivă asigură, în perioada de recuperare, monitorizarea pacientei timp de 2-3 ore.
4. La externare pacienta este în stare satisfăcătoare, cu tensiune și puls stabile, sângerarea și durerea descrește în dinamică.

5. Femeia trebuie informată despre semnele perioadei de post-avort normale și simptomele posibilelor complicații postoperatorii, cât și despre revenirea fertilității în perioada post-avort.
6. Informația trebuie să includă:
 - a) Semnele restabilirii normale:
 - unele crampe uterine timp de următoarele câteva zile, ce pot fi diminuate cu preparate antiinflamatoare non-steroidiene;
 - unele sângerări, de tip menstrual, cu durata de până la 30 zile, cu diminuare în dinamică;
 - instrucțiuni în scris pentru luarea oricăror medicamente prescrise și o listă a instituțiilor medicale unde poate apela în caz de urgență medicală.
 - b) Revenirea pentru o vizită de control nu este obligatorie, dar pacienta poate reveni oricând dacă are întrebări sau neclarități;
 - c) Informații despre igiena personală și reîntoarcerea la activitatea sexuală, revenirea menstruațiilor și planificarea familiei:

pacienta nu trebuie să introducă nimic în vagin în timpul și câteva zile după avort (spălaturi, tampoane);

 - o nouă menstruație va începe în 4-8 săptămâni;
 - fertilitatea pacientei se va reîntoarce repede după procedură (10-14 zile), de aceea, dacă la moment sarcina nu e dorită, va fi nevoie de utilizarea contracepției, se recomandă ca pacienta să se abțină de la relații sexuale pe durata sângerărilor.
 - d) Semnele și simptomele ce necesită atenție și adresare la medic imediată:
 - hemoragie îndelungată și/sau mai abundentă decât cea menstruală (mai mult de 2 absorbante într-o oră, timp de două ore consecutiv);
 - durere intensă sau în creștere;
 - eliminări cu miros neplăcut;
 - febră, frisoane;
 - sincope (pierderi de cunoștință);
 - sursele de ajutor medical urgent și modalitatea de contact cu instituția medicală 24 de ore din 24.
 - e) După întreruperea voluntară a cursului sarcinii pacientei i se eliberează:
 - extras-trimitere (Formular nr.027/e) despre mersul intervenției de întrerupere voluntară a cursului sarcinii;
 - informație scrisă privind simptomele unor complicații postoperatorii;
 - metoda aleasă de contracepție (după consilierea în planificarea familiei):DIU, contraceptive orale combinate, Depo-provera, etc, care se documentează în Fișa medicală de întrerupere voluntară a cursului sarcinii (formularul nr. 003-3/e), cu semnătura de confirmare a pacientei.

- f) Femeia poate fi invitată pentru a efectua o vizită de evaluare peste 2 săptămâni după intervenția de întrerupere voluntară a cursului sarcinii, dar aceasta nu este obligatorie.

Capitolul IV.

Întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă

...

1.5 Avortul medicamentos prin telemedicină

Serviciul de avort medicamentos de la distanță, la domiciliu, ghidat de un prestator de servicii, prin telemedicină, este o metodă la fel de sigură și eficientă ca și serviciul prestat în persoană (5, 9,10).

Avortul medicamentos prin telemedicină permite prestarea sigură și eficientă a avortului medicamentos, fără o ecografie sau examen vaginal pre-avort, atunci când pacienta este eligibilă din punct de vedere medical, având în vedere că acestea pot fi obstacole semnificative pentru acces, și, în cazul unei epidemii, pot crește transmiterea infecției la pacienți și lucrătorii din domeniul sănătății.

Criteriile de eligibilitate

- Sarcina confirmată prin testul urinar pozitiv, testul seric sau prin ecografie.
- Prima zi a ultimei menstruații a fost cu ≤ 63 zile înainte de data prevăzută pentru inițierea metodei.
- Femeia este sigură de ultima menstruație +/- 1 săptămână.
- Femeia nu are nici unul dintre următoarele simptome sau factori de risc pentru sarcina ectopică:
 - sângerare vaginală sau eliminări sangvinolente pe parcursul ultimei săptămâni;
 - dureri pelviene unilaterale sau dureri pelviene bilaterale semnificative în ultima săptămână;
 - sarcină ectopică în anamneză;
 - ligaturare a trompelor sau alte operații tubare;
 - DIU în uter la concepție sau în prezent.
- Niciuna dintre contraindicațiile pentru avort medicamentos:
 - dereglări de hemostază sau terapie anticoagulantă concomitentă;
 - insuficiență suprarenală cronică;
 - terapie sistemică concomitentă cu corticosteroizi de lungă durată;
 - porfirie ereditară;
 - alergie la mifepristonum, misoprostolum sau alte prostaglandine.
- Femeia nu are vreo preferință puternică pentru ecografie sau examen pelvian sau alte teste de laborator

...

Etapele

- I. După ce au confirmat sarcina cu ajutorul unui test sau al ultrasonografiei, femeile vor primi consilierea de la un medic ginecolog sau medic de familie prin intermediul unei videoconferințe.
- II. Mai apoi vor accesa medicamentele la o farmacie din localitate, pe baza prescripției medicale expediate prin telefon femeii sau la farmacie.
- III. Evaluarea va avea loc la 1-2 săptămâni mai târziu prin intermediul telefonului sau videoconferinței, în care se va constata prin chestionare dacă avortul e complet sau pacienta trebuie să vină la medic.
- IV. Peste 4 săptămâni femeile vor repeta testul de sarcină pentru o ultimă evaluare a avortului complet.

....

Capitolul V.

Conduita în cazul unor complicații.

- 1) Echipamentul funcțional și medicația curentă trebuie să fie la dispoziție pentru managementul urgențelor medicale și trebuie să includă: un sistem de furnizare de oxigen, instrumente pentru oxigenare orală, preparate uterotonice, soluții cristaloide i/v, antagonice narcotice, glucocorticoizi, epinephrinum și diazepamum.
- 2) Instruirea continuă a personalului pentru folosirea echipamentului de urgență, managementul urgențelor și indicațiile pentru transportul de urgență trebuie asigurate.
- 3) Personalul medical trebuie să fie instruit în resuscitare cardio-pulmonară.

1. Hemoragia:

Sângerarea pre-operatorie:

- 1) Una dintre cele mai severe complicații în procedura de întrerupere a sarcinii este hemoragia. Recunoașterea imediată a sursei de hemoragie poate reduce morbiditatea și mortalitatea.
- 2) În cazul sângerării pre-operatorii trebuie luate în considerare posibilitatea unei sarcini ectopice, istmico-cervicale sau avortul spontan.

Sângerarea intra-operatorie:

În cazul în care există sângerare excesivă, medicul trebuie să întreprindă măsuri în vederea stabilirii cauzei sângerării și de stopare a hemoragiei.

Sângerarea întârziată:

- 1) Când femeia prezintă sângerare excesivă (umplerea a mai mult de un absorbant extern timp de o oră pe parcursul a două și mai multe ore consecutive) după procedură, ea trebuie să fie sub observația aceleiași instituții sau referită către o instituție spitalicească.
- 2) Sângerarea excesivă în perioada pre-operatorie și post-operatorie este cauzată, de obicei, de hipotonia uterină, drept rezultat al evacuării incomplete a cavității uterine. Eforturile întreprinse trebuie orientate către evacuarea completă a cavității uterine și efectuarea examenului țesutului evacuat și administrarea utero-tonicilor.

2. Avortul incomplet:

1) Avortul incomplet se poate manifesta imediat prin hemoragie sau simptomele pot întârzia și apărea sub formă de hemoragie excesivă ori persistentă tardivă, cu dureri acute sub formă de crampe în partea inferioară a abdomenului. Diagnosticul se stabilește prin examenul clinic (uterul la palparea bimanuală este de consistență moale, mărit în dimensiuni) și ultrasonografic.

2) Cantități mici de țesuturi restante se pot elimina spontan și nu necesită intervenții medicale. Cantitățile mari de resturi pot cauza hemoragie și infecție. Tratamentul depinde de starea generală a pacientei, de gravitatea hemoragiei și variază de la conștientă expectativă, la aspirația vacuum electrică sau manuală, sau administrarea a 400 mcg misoprostolum sublingual sau 600 mcg per os și supravegherea pacientei timp de 2-3 ore. În lipsa semnelor de infecție, administrarea antibioticelor este opțională. **Antibioticele sunt necesare în caz de infecție manifestă!!**

3. Perforația:

- 1) Perforația uterină este o complicație a întreruperii de sarcină care poate conduce la morbiditate sporită și mortalitate.
- 2) Când se suspectează perforația uterină și canula este introdusă în cavitatea uterină, aspirarea trebuie încetată imediat, înainte de retragerea canulei.
- 3) Suspiciunea de perforație uterină este indicație pentru internarea femeii în secție specializată.
- 4) În cazul suspiciunii de perforație uterină, laparoscopia este intervenția recomandată în scop de stabilire a diagnosticului.
- 5) Dacă perforația se suspectează, dar pacienta nu prezintă simptome, femeia trebuie supravegheată în condiții de staționar, cel puțin 48 ore.
- 6) Dacă perforația s-a efectuat în ambulatoriu, pacienta în mod obligatoriu trebuie transferată la spital.

4. Complicațiile după avort cu infecții asociate asistenței medicale (IAAM), inclusiv infecțiile tractului reproductiv:

- 1) IAAM după avort pot duce la morbiditate sporită.
- 2) Suspiciunea pentru IAAM este indicație pentru internarea femeii în secție specializată.
- 3) Orice complicație prin IAAM necesită:
 - a) înscrierea în documentația medicală a pacientului (fișa de consultație etc.);
 - b) înscrierea în Registrul de evidență a bolilor infecțioase (F.R.60/e);
 - c) completarea Fișei de notificare urgentă despre depistarea cazului de boală infecțioasă, intoxicație, toxiinfecție alimentară și/sau profesională acută, reacție adversă după administrarea preparatelor imunologice (F. nr.58/e) și
 - d) notificarea în Sistemul electronic de supraveghere a bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică.

Anexa nr. 1
la Standardul privind întreruperea sarcinii în condiții de siguranță

**Indicațiile medicale
pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii**

1. Stările în urma tratamentului chirurgical cu înlăturarea unui organ vital important.
2. Maladiile sau stările patologice care pun în pericol sănătatea și viața femeii gravide (Tab. 3).
3. Maladii /stări patologice rare care pun în pericol sănătatea și viața femeii gravide neincluse în tab. 3.
4. Malformațiile fetale, severe sau incompatibile cu viața/incurabile (Tabelul 3).

Tabelul 3. Maladiile sau stările patologice care servesc drept indicații pentru întreruperea cursului sarcinii

Nr d/o	Denumirea bolii. Forma. Severitatea
Capitolul I. Bolile infecțioase și parazitare	
1	Tuberculoza. Toate formele active. Tuberculoza aparatului respirator, cu confirmare bacteriologică și histologică. Tuberculoza sistemului nervos. Tuberculoza altor organe. *Remarcă: Meningită tuberculoasă contraindicată la întreruperea sarcinii. Tuberculoza miliară este contraindicație întreruperea sarcinii.
2	Sifilisul. Sifilisul recent (primar, secundar). Sifilisul tardiv. Alte forme de sifilis, fără precizare.
3	Hepatita virală. Formele grave.
4	Rubeola. Primele 3 luni de sarcină. După suportarea altor boli infecțioase în primele 3 luni de sarcină problema întreruperii sarcinii se rezolvă în mod individual.
5	Bolile prin virusul de imunodeficiență umană.
Capitolul II. Tumori maligne	
Capitolul III. Bolile sângelui, ale organelor hematopoietice și unele tulburări ale mecanismului imunitar *Orice formă și localizare a patologiilor de mai jos	
1	Aplazii medulare
2	Anozalia de coagulare, purpură și alte afecțiuni hemoragice.
Capitolul IV. Bolile endocrine, de nutriție și Metabolism (des recidivante)	
1	Afecțiunile glandei tiroide. Sindromul insuficienței tiroide congenitale. Tireotoxicoza (hipertiroidia).
2	Diabetul zaharat (decompensat, forme medii și severe, forma Severă) Diabetul zaharat insulinodependent. Diabet zaharat la ambii soți.
3	Hipoparatiroidia. Hiperparatiroidia și alte boli ale glandei paratiroide.

4	Tulburări ale glandei suprarenale.
5	Fenilcetonurie clasică.
6	Amiloidoza
Capitolul V. Tulburări mentale și de comportament*.	
*Obținerea acordului femeii este obligatoriu, dacă este imposibil se va obține acordul reprezentantului său legal	
1	Tulburări mentale organice. Faze organice.
2	Tulburări mentale și de comportament legate de utilizarea de substanțe psiho active.
3	Schizofrenia, tulburări schizotipale, tulburări delirante.
4	Tulburări afective.
5	Tulburări specifice ale personalității.
6	Retard mintal.
7	Alcoolismul.
8	Narcomania.
Capitolul VI. Bolile sistemului nervos.	
1	Boli inflamatorii ale sistemului nervos central. * Cazuri severe
2	Meningită bacteriană. Meningita în cursul unor boli bacteriene clasate la alte locuri. Meningita în cursul altor boli infecțioase și parazitare clasate la alte locuri. Meningita datorită altor cauze și neprecizate
3	Encefalită, mielită și encefalomielită. Encefalita, mielita și encefalomielita în cursul unor afecțiuni clasate la alte locuri.
4	Cisticercoza.
5	Atrofii primare sistemice afectând în special sistemul nervos central. Coreea Huntington.
6	Ataxia ereditară. Amiotrofia spinală și sindroame înrudite
7	Afecțiuni degenerative sistemice afectând în principal sistemul nervos central în cursul unor afecțiuni clasice la alte locuri. Alte afecțiuni degenerative ale sistemului nervos.
8	Sindroame extra piramidale și tulburări ale motricității. (Toate formele) Boala Parkinson. Sindrom Parkinson secundar. Alte boli degenerative ale nucleilor centrali cenușii.
9	Boli demielinizante ale sistemului nervos central. Afecțiuni episodice și paroxistice.
10	Polinevrite și alte afecțiuni ale sistemului nervos. Neuropatia ereditară și idiopatică. Afecțiuni musculare și neuromusculare. Paralizii cerebrale și alte sindroame paralitice.
Capitolul VII. Bolile ochiului și anexelor sale.	
1	Afecțiuni ale sclerotice, corneei, irisului și corpiilor ciliari. Cheratita.

2	Cicatrice și capacități corneene.
3	Afecțiuni ale orbitei și ale retinei. Chorioretinita.
4	Dezlipirea și ruptura retinei.
5	Glaucomul.
6	Afecțiuni ale nervului și căilor optice. Nevrita optică. Alte afecțiuni ale nervului și căilor optice.
7	Afecțiuni ale nervului și căilor optice în cursul unor boli clasate la alte locuri. Tulburări de vedere și cecitate (La ambii ochi mai puțin de 0,05).
Capitolul VIII. Bolile urechii și apofizei mastoide.	
1	Bolile urechii interne
2	Otoscleroza
3	Afecțiunile funcției vestibulare
Capitolul IX. Bolile aparatului circulator.	
1	Reumatismul articular acut. Cardiopatia reumatismală cronică. Bolile reumatismale ale valvei mitrale. Bolile reumatismale ale valvei aortice. Bolile reumatismale ale valvei tricuspide.
2	Boli multiple valvulare
3	Boala hipertensivă (Hipertensiune renală)
4	Boala ischemică a inimii
5	Cardiopatia pulmonară și bolile vaselor pulmonare. Stadiul II- III. Alte forme de cardiopatii.
6	Pericardita acută. Alte boli ale pericardului
7	Miocardita acută. Miocardita în bolile clasate la alte locuri.
8	Bloc atrio-ventricular și al ramurii stângi a fascicolului. Alte tulburări de conducere.
9	Stop cardiac
10	Tahicardia paroxistică. Fibrilație atrială, flutter.
11	Insuficiența cardiacă Aneurismul și disecția aortică. Embolia și tromboza arterială. Alte afecțiuni ale arterelor și arteriolelor.
Capitolul X. Bolile aparatului respirator.	
1	Sindrom de suferință respiratorie la adulți. Insuficiență respiratorie neclasată la alte locuri.
Capitolul XI. Bolile aparatului digestiv.	
*Cu stenoză și hemoragie cu diastaza peretelui abdominal	
1	Ulcerul gastric. Ulcer duodenal. Ulcer peptic, cu localizare neprecizată. Ulcer gastro-jejunal
2	Hernia abdominală. Hernia diafragmatică. Alte hernii abdominale. (Forme grave)
3	Colita ulceroasă. Alte gastro-enterite și colite neinfecțioase.

4	Boala alcoolică a ficatului. Boala toxică a ficatului. Insuficiența hepatică. Hepatita cronică
5	Fibroza și ciroza ficatului
6	Litiază biliară
7	Pancreatita acută
8	Malabsorbția intestinală
Capitolul XIII. Bolile pielii și țesutului celular subcutanat.	
1	Pemphigus. Pemphigoid
Capitolul XIII. Bolilor sistemului osteo-articular ale mușchilor și țesutului conjunctiv.	
1	Artropatii infecțioase .Poliartropatii inflamatorii.
2	Artrita reumatică seropozitivă. Alte artrite reumatoide.
3	Afecțiunile diseminate ale țesutului conjunctiv.
4	Spondilartrita anchilozantă Osteopatii și chondropatii.
Capitolul XIV. Bolile aparatului genito-urinar.	
1	Glomerulopatiile. Cu insuficiență renală.
2	Bolile renale tubulointerstițiale.
3	Insuficiența renală.
4	Fistulele tractului genital la femeie gravidă.
Capitolul XV. Sarcina, nașterea, lăuzia.	
1	Mola hidatiformă.
2	Hipertensiune gestațională cu proteinurie importantă.
3	Vomă incoercibilă în cursul sarcinii.
Capitolul XVI. Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale.	
	Bolile ereditare
	Nașterea copiilor cu aceeași anomalie
	Existența la un copil din familie a unei boli ereditare.

Anexa nr. 2
la Standardul privind întreruperea
sarcinii în condiții de siguranță

Indicațiile sociale
pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii
până la sfârșitul săptămânii 21-a de sarcină

1. Vârsta femeii gravide sub 18 ani și peste 40 ani;
2. Sarcina survenită în urma violului, incestului sau a traficului cu ființe umane;
3. Divorț în timpul sarcinii;
4. Decesul soțului în timpul sarcinii;
5. Privațiune de libertate sau decăderea din drepturi părintești a unuia sau a ambilor soți;
6. Femeile gravide aflate în procesul de migrație;

7. Femeile gravide cu 5 și mai mulți copii;
8. Femeile gravide care au în grija sa:
 1. un copil mai mic de 2 ani;
 2. unul sau mai mulți membri ai familiei cu dizabilitate severă, care necesită îngrijire, conform concluziei Consiliului de Expertiză Medicală a Vitalității.
9. Asocierea a minim 2 circumstanțe: lipsa domiciliului, lipsa surselor financiare de existență, abuz de alcool sau/și droguri, acte de violență domestică, vagabondaj.

Anexa nr. 3
la Standardul privind întreruperea
sarcinii în condiții de siguranță

Acord informat
pentru intervenția de aspirație vacuum electrică sau manuală

Vacuum aspirația este intervenția prin intermediul căreia conținutul cavității uterine este evacuat prin o canulă specială folosind presiunea negativă produsă de aspiratorul vacuum electric sau de o sursă manuală de aspirație vacuum. Canula este moale, flexibilă, nu atinge pereții uterului și, din această cauză, vacuum aspirația este mai puțin traumatică.

Avantajele aspirației vacuum electrice sau manuale:

- Prin această metodă se reduce esențial traumatizarea colului uterin și a endometriului:
 - o până la termenul de 7 săptămâni canula poate fi introdusă în uter fără dilatarea colului uterin;
 - o chiuretaj de control al cavității uterine nu este necesar.
- Examinarea imediată a aspiratului obținut permite de a confirma evacuarea completă a conținutului din uter.
- Intervenția durează mult mai puțin decât chiuretajul și poate fi efectuată sub anestezie locală.
- Multiple studii științifice arată că numărul complicațiilor severe și a sterilității este mult mai redus în vacuum aspirație față de chiuretaj.

Trebuie să fiți conștientă de faptul, că în toate intervențiile chirurgicale, medicale și de diagnosticare există unele riscuri pentru infecție, dereglarea coagulării sângelui, hemoragie, șoc, reacții alergice și chiar moartea.

Riscurile aspirației vacuum electrice sau manuale:

- Hemoragie, care poate cere dilatare și chiuretaj pentru a înlătura cheagurile sau resturile din uter.
- Avort incomplet sau continuarea sarcinii, care poate necesita o intervenție suplimentară.
- Infecția uterului, trompelor și a ovarelor.
- Sterilitate sau incapacitate de a naște copii.
- Stenoză cervicală cu necesitate de re-dilatare.

- Eșecul revenirii la ciclul menstrual.
- Formarea țesutului cicatrizant intrauterin.
- Perforarea uterului cu vătămarea uterului, ovarelor, altor organe vecine, care pot necesita intervenție abdominală și operație de restabilire a intestinului, a vezicii urinare, uterului sau a vaselor sangvine, sau histerectomia (înlăturarea) uterului.
- Moartea în urma complicațiilor anesteziei sau intervenției de întrerupere a sarcinii.

Aceste complicații, însă, sunt extrem de rare în aspirarea vacuum electrică sau manuală.

- **Anestezia** implică riscuri și pericole suplimentare, dar aplicarea mijloacelor anestetice este necesară pentru ușurare și protecție de durere în timpul intervențiilor prevăzute și a celor suplimentare. Anestezia, posibil, va trebui să fie modificată fără ca să primiți explicații în timpul intervenției. În urma folosirii oricărui mijloc anesthetic pot surveni probleme respiratorii, reacții la medicamente, paralizia, afectarea creierului și chiar moartea, însă aceste complicații sunt **extrem de rare** și specifice mai mult **anesteziei generale**.

La alegerea Dumneavoastră se aplică anestezia generală sau locală. Avantajele anesteziei locale:

- Sunteți în contact cu medicul, vă puteți exprima propriile emoții;
- În caz de complicații diagnosticul este pus imediat, ceea ce este dificil în caz de anestezie generală;
- Sunteți scutită de riscurile anesteziei generale;
- Hemoragia în timpul intervenției este mai mică;
- După intervenție sunteți în conștiință, nu este nevoie de timp ca să reveniți la normal de la starea de somnolență care survine după anestezia generală.

În caz de anestezie locală în timpul intervenției aspirației vacuum electrice sau manuale veți simți atingerile, dar durerea va lipsi. Poate să persiste senzația de durere moderată în partea de jos a abdomenului (comparabilă cu aceea pe care o aveți în timpul menstruației, când ultima este dureroasă), de o intensitate mai mare sau mai mică, dar aceste crampe sunt absolut suportabile, mai ales că intervenția este de scurtă durată.

Fiind informată despre riscurile și beneficiile anesteziei locale sau generale eu aleg:

Anestezie locală

Anestezie generală

Trebuie să știți, că în săptămânile care urmează după avort aveți aceleași șanse să deveniți gravidă ca și după o menstruație obișnuită. De aceea este strict necesar să **discutați cu medicul și să alegeți chiar acum o metodă de contracepție.**

Fiind conștientă de decizia de a întrerupe sarcina, cerând întreruperea sarcinii și citind acest formular, eu îmi asum responsabilitatea pentru rezultatul acestei intervenții în comun cu medicii și personalul care oferă aceste servicii și nu voi avea nici o pretenție în cazul survenirii unor complicații din cele enumerate.

Numele, Prenumele pacientei _____

Semnătura _____ Data _____

Confirmarea prestatorului

Eu confirm că am explicat completamente scopul și natura investigațiilor și riscul implicat.

Semnat: _____ Data _____

Anexa nr. 4
la Standardul privind întreruperea
sarcinii în condiții de siguranță

Acord informat
pentru avortul medicamentos

Avortul medicamentos este o modalitate de întrerupere a sarcinii folosind pastile administrate oral. Eu înțeleg că o altă opțiune de întrerupere a sarcinii pentru mine este un avort chirurgical.

Eu înțeleg că dacă aleg această metodă, eu voi administra 200 mg mifepriston (1 tabletă) pe cale orală. Eu înțeleg că va trebui să administrez 400 mcg misoprostol (2 sau 4 tablete) pe cale sublinguală (sub limbă) sau bucală timp de 20 minute peste 24 ore, la domiciliu. Eu înțeleg că va trebui să contactez prestatorul peste o săptămână pentru a evalua succesul avortului. Eu îl pot, de asemenea, contacta sau veni la clinică oricând, dacă am careva întrebări sau preocupări. Eu înțeleg că pot solicita și beneficia de avort chirurgical în orice moment la instituția medicală.

Eu înțeleg că unele femei pot avea unele efecte adverse de la regimul de inducere a avortului medicamentos utilizat. Eu pot avea grețuri, pot vomita sau avea diaree. Eu înțeleg că probabil voi avea dureri abdominale sau crampe abdominale și sângerare. Hemoragia poate fi mai mare decât cea pe care o am de obicei în timpul menstruației. Eu înțeleg că toate aceste efecte adverse sunt temporare, trec de la sine, fără vre-o intervenție. Eu înțeleg că acestea sunt semnele și simptomele ce necesită adresare imediată la medic:

- hemoragie îndelungată și/sau mai abundentă decât cea menstruală (mai mult de 2 absorbante într-o oră, timp de două ore consecutiv); -durere intensă sau în creștere; sincope (pierderi de cunoștință);
- eliminări cu miros neplăcut, febră cu durată mai mult de 4 ore după administrarea misoprostolului, frisoane, dureri puternice în josul abdomenului.

Eu înțeleg că regimul de inducere al avortului medicamentos poate eșua. Eu am fost informată că aceasta se întâmplă în două până la opt procente de cazuri.

Există câteva raportări ale anomaliei fetale de la femeile gravide care au administrat misoprostol și apoi au decis să ducă sarcinile până la termen. Prin urmare, dacă tratamentul eșuează, eu înțeleg că pot alege să repet schema de administrare sau să fiu supusă unui avort chirurgical. Dacă eu optez pentru continuarea sarcinii, eu înțeleg că pot beneficia de asistența prenatală standard oferită în țară. Eu înțeleg că pot avea un avort incomplet (pana la 2-3% de cazuri). În așa caz pot alege tactica expectativă, administrarea suplimentară a misoprostolului, sau evacuarea chirurgicală a cavității uterine.

Eu înțeleg că informația despre acest avort va fi păstrată confidențială.

Dacă am o urgență medicală în rezultatul intervenției efectuate de întrerupere a sarcinii, sau careva preocupări privind studiul, eu pot apela la dr _____ la numărul de tel. _____

Eu _____ sunt de acord să obțin avortul medicamentos. Eu am făcut cunoștință cu și înțeleg informația din acest formular de acord informat. Eu am primit răspuns la toate întrebările mele și am primit numele persoanei și numărul de telefon la care pot apela în caz de urgență.

Semnat: _____

Data: _____

Confirmarea prestatorului. Eu confirm că am explicat completamente scopul și natura investigațiilor și riscul implicit.

Semnat: _____

Data: _____

Anexa nr. 8
la Standardul privind întreruperea
sarcinii în condiții de siguranță

SUMARUL
cerințelor pentru IMS prestatoare de servicii de întrerupere
a sarcinii în condiții de siguranță

GENERALE:
Acces liber (fără îndreptare)
Medicii instruiți în vacuum aspirație electrică sau manuală și avort medicamentos
Personalul mediu instruit în consilierea pentru vacuum aspirație electrică sau manuală și avort medicamentos
Fișa medicală de întrerupere a sarcinii
Prezența standardelor și protocoalelor locale: De prevenire și control al infecției Asigurare cu contraceptive Administrare rațională a antibioticelor (Stewardship Programme) Administrare a anesteziei
Procedurii de întrerupere a sarcinii
Legătură telefonică 24 ore
Posibilitatea oferirii tuturor metodelor de anestezie
Serviciu de urgență
Test la sarcină disponibil
Posibilitatea efectuării ultrasonografiei
Facilități de laborator (grupa, Rh, frotiul citologic)

Materiale educaționale disponibile pentru pacienți
CONSILIEREA:
Efectuată în încăpere izolată
Discutarea deciziei
Discutarea riscurilor
Prezentarea metodelor de întrerupere și alegerea celei potrivite
Descrierea tehnicii
Discutarea și alegerea metodei de anestezie
Discutarea necesității aplicării metodelor de contracepție
Consimțământ informat
Intervalul dintre consiliere și procedură mai puțin de o oră
PREVENIREA ȘI CONTROLUL INFECȚIEI:
Spălarea dezinfectia igienică și chirurgicală a mâinilor de fiecare dată conform celor 5 momente ale OMS
Purtarea echipamentului personal de protecție de către personalul medical de fiecare dată în corespundere cu riscul evaluat
Igiena mediului spitalicesc conform procedurilor operaționale instituționale (fotoliul, masa și încăperea după fiecare pacientă – prelucrate)
Tehnica gestionării instrumentarului steril non-contact respectată în timpul avortului
Decontaminarea, sterilizarea, ambalarea instrumentelor (valva, dilatatoare, containere ale pompei, seringă, canulele), păstrarea și utilizarea conform procedurilor operaționale instituționale
Colectarea separată pe categorii a deșeurilor generate direct la sursă, ambalarea, etichetarea, păstrarea, transportarea, tratarea lor conform protocoalelor operaționale instituționale
CONDUITA POSTAVORT:
Salon de recuperare
Evaluarea semnelor vitale cel puțin o dată
Asigurarea cu instrucțiuni scrise
Discutarea perioadei normale de după avort
Discuția semnelor complicațiilor posibile
Consilierea contraceptive
Disponibilitatea contraceptivelor
Oferirea numărului de telefon 24 de ore din 24
Planificarea vizitei de supraveghere

Abrevieri:

AMP	Asistență medicală primară
AMS	Asistență medicală spitalicească
AMT	Asociație Medicală Teritorială
AVE	Aspirație vacuum electrică
AVM	Aspirație vacuum manuală
CIM	Clasificarea Internațională a Maladiilor
CSF	Centru de Sănătate a Femeii
CSPT	Centru de Sănătate Prietenos Tinerilor
CSR	Cabinet de Sănătate a Reproducerii
CSRGM	Centrul Sănătatea Reproducerii și Genetică Medicală
DIU	Dispozitiv intra-uterin
HCG	Gonadotropina Corionică Umană
i/v	Intra-venos
IAAM	infecții asociate asistenței medicale
IMC	Institutul Mamei și Copilului
IMS	Instituție medico-sanitară
ITS	Infecții cu transmitere sexuală
LMP	Data ultimei menstruații, last menstrual period
MS	Ministerul Sănătății
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
Rh-ul	Rhesus-factor

Anexa 11. LEGEA REPUBLICII MOLDOVA NR. 42 DIN 06.03.2008 PRIVIND TRANSPLANTUL DE ORGANE, ȚESUTURI ȘI CELULE UMANE

În scopul asigurării protecției drepturilor donatorilor și beneficiarilor de organe, țesuturi și celule umane, facilitării transplantului de organe, țesuturi și celule, contribuirii la salvarea vieții omenești sau la ameliorarea considerabilă a calității ei, precum și în scopul prevenirii comercializării părților corpului uman, în corespundere cu Directiva nr. 2004/23/EU din 31 martie 2004 privind stabilirea standardelor de calitate și securitate pentru donarea, obținerea, controlul, prelucrarea, conservarea, stocarea și distribuirea țesuturilor și celulelor umane și cu Directiva nr. 2010/53/EU din 7 iulie 2010 privind standardele de calitate și siguranță referitoare la organele umane destinate transplantului, în temeiul art.36 din Constituția Republicii Moldova,

Parlamentul adoptă prezenta lege organică.

Capitolul I DISPOZIȚII GENERALE

Articolul 1. Obiectul de reglementare

Prezenta lege este cadrul juridic de reglementare a transplantului pentru toate organele, țesuturile și celulele umane, inclusiv celulele hematopoietice prelevate din cordo-nul ombilical, măduva osoasă și sângele periferic, exceptînd organele, țesuturile și celulele reproductive (în afară de uter), organele, țesuturile și celulele embrionale și fetale (inclusiv celulele hematopoietice embrionale), organele, țesuturile și celulele prelevate de la animale, sângele și derivatele din sânge.

Articolul 2. Noțiuni de bază

În sensul prezentei legi se definesc următoarele noțiuni:

organ – o parte vitală diferențiată a corpului uman, formată din diferite țesuturi care îi mențin structura, vascularizarea și dezvoltă funcțiile fiziologice cu un important nivel de autonomie; În înțelesul indicat, constituie organ și o parte a unui organ dacă este destinată utilizării în corpul uman în același scop ca și organul întreg, menținîndu-se cerințele legate de structură și vascularizare

țesuturi – toate părțile (formațiunile anatomice) ale corpului uman formate din celule;

celule – celule individuale sau conglomerat de celule care nu sînt legate prin nici o formă de țesut;

prelevare – procedeu prin care organele, țesuturile sau celulele donate devin utile pentru transplant;

transplant – activitate medicală cu scop de reconstituire a funcției organismului uman prin transfer echivalent de organe, țesuturi și celule de la un donator la un primitor. Transplantul poate fi de la o persoană la alta (alogenic) sau de la sine la sine (autolog);

donator – persoana care donează unul sau mai multe organe, țesuturi și/sau celule pentru utilizare terapeutică, indiferent dacă donarea a avut loc în timpul vieții persoanei în cauză sau după decesul acesteia

primitor – persoana care beneficiază de transplantul de organe și/sau de țesuturi, și/sau de celule umane;

bancă de țesuturi și/sau celule – unitate specializată a unui spital sau instituție care desfășoară activități de prelucrare, conservare, stocare și distribuție a țesuturilor și celulelor umane.

Articolul 3. Principiile de bază în domeniul transplantului

Principiile de bază în domeniul transplantului sînt:

- a) protecția demnității și identității ființei umane și garantarea fiecărei persoane, fără discriminare, a respectării integrității și altor drepturi și libertăți fundamentale în cazul transplantului de organe, țesuturi și celule;
- b) beneficiul terapeutic al primitorului prin oportunitatea transplantului de organe, țesuturi și celule de la un donator în viață sau decedat exclusiv în cazul dacă nu există metode terapeutice cu eficiență comparabilă;
- c) asigurarea calității, prin respectarea standardelor și obligațiilor profesionale, în orice intervenții în domeniul transplantului de organe, țesuturi și celule;
- d) trasabilitatea, prin garantarea identificării organelor, țesuturilor și celulelor destinate transplantului, în procesul prelevării, stocării și distribuției, de la donator la primitor și viceversa;
- e) apărarea drepturilor și libertăților persoanei și prevenirea comercializării părților corpului uman;
- f) accesul echitabil al pacienților la serviciile de transplant.

Capitolul II

ORGANIZAREA ACTIVITĂȚII ÎN DOMENIUL TRANSPLANTULUI

Articolul 4. Agenția de Transplant

(1) Agenția de Transplant, denumită în continuare Agenție, este o instituție publică cu statut de persoană juridică, subordonată Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, care realizează politicile și programele naționale de transplant de organe, țesuturi și celule umane, asigurînd pacienților acces egal la serviciile de transplant. Agenția este responsabilă de organizarea și supravegherea tuturor activităților de transplant la nivel național, inclusiv:

- a) donarea, prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule;
- b) întocmirea și ținerea listelor de așteptare ale primitorilor;
- c) întocmirea și ținerea Registrului donatorilor de organe;
- d) distribuția organelor, țesuturilor sau celulelor;
- e) schimbul și transportul de organe, țesuturi și celule la nivel național și internațional;
- f) selectarea instituțiilor și echipelor de transplant;
- g) asigurarea implementării standardelor de calitate și siguranță cu privire la organe, țesuturi și celule;
- h) asigurarea trasabilității tuturor organelor, țesuturilor și celulelor;
- i) monitorizarea procedurilor de transplant;
- j) instruirea personalului medical și informarea publicului larg în probleme de transplant.

(2) Regulamentul de organizare și funcționare, structura și efectivul-limită al Agenției se aprobă de Guvern.

Articolul 5. Modul de distribuție a organelor, țesuturilor și celulelor

(1) Organele, țesuturile și celulele vor fi distribuite pacienților conform listelor de așteptare, în baza regulilor de distribuție, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, muncii și protecției sociale.

(2) Dacă în listă nu va fi identificat un primitor compatibil, Agenția poate autoriza distribuția organului, țesutului, celulelor unei alte instituții de transplant, recunoscute la nivel național sau internațional, cu care a încheiat acorduri bilaterale.

(3) Agenția are dreptul exclusiv de a autoriza, pe baza unor acorduri bilaterale internaționale, schimbul de organe, țesuturi și celule destinate transplantului și întreprinde toate măsurile ca acestea să corespundă standardelor de calitate și siguranță.

Articolul 6. Controlul calității

(1) Controlul activității din domeniul transplantului se stabilește de către Agenția Națională pentru Sănătate Publică și se menține printr-un sistem de control al calității și de testare a tuturor activităților de donare, prelevare, conservare, testare, stocare și distribuție pentru a garanta calitatea și siguranța organelor, țesuturilor și celulelor folosite pentru transplant. Măsurile de control și modalitățile de inspecție se aprobă de către Agenția Națională pentru Sănătate Publică.

(2) În scopul garantării calității și siguranței organelor, țesuturilor și celulelor care urmează a fi prelevate și transplantate, Agenția Națională pentru Sănătate Publică este în drept să organizeze inspecții și să pună în aplicare măsuri de control adecvate privitor la:

- a) activitatea băncilor de țesuturi și/sau celule precum și a persoanelor juridice care desfășoară activități de prelevare, prelucrare, conservare, stocare, transport și livrare de țesuturi sau celule, incluzând procedurile și activitățile efectuate de către acestea în conformitate cu prezenta lege;
- b) documente sau la alte înregistrări ce se fac în conformitate cu prezenta lege;
- c) cazurile de reacții și efecte adverse grave.

(3) Inspecțiile vor fi organizate ori de câte ori este necesar, dar nu mai rar de o dată pe an. Inspecția activității persoanelor juridice indicate la alin. (2) lit. a) se planifică, se efectuează și se înregistrează în conformitate cu prevederile Legii nr. 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător.

Articolul 7. Identificarea, raportarea și investigarea efectelor adverse ale transplantului

(1) Agenția stabilește un sistem de identificare, raportare și investigare a efectelor adverse grave ale transplantului. Informația despre cazurile de efecte adverse va fi adusă la cunoștința tuturor medicilor specialiști implicați în transplant, precum și a instituțiilor de transplant.

(2) Persoanele și instituțiile autorizate în domeniul transplantului sînt obligate să raporteze imediat Agenției despre cazurile de identificare a efectelor adverse ale transplantului.

CAPITOLUL III

AUTORIZAREA ACTIVITĂȚII DE PRELEVARE ȘI DE TRANSPLANT AL ORGANELOR, ȚESUTURILOR ȘI CELULELOR

Articolul 8. Activitatea de transplant

Orice activitate de transplant va fi desfășurată la cel mai înalt nivel profesional și conform standardelor etice.

Articolul 9. Autorizarea prelevării și transplantului

(1) Prelevarea și conservarea de organe pentru transplant se efectuează exclusiv în instituții medico-sanitare publice autorizate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale la propunerea Agenției. Prelevarea și conservarea de țesuturi și de celule pentru transplant se efectuează în instituții medico-sanitare autorizate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale la propunerea Agenției.

(2) Dreptul de a preleva organe, țesuturi și celule pentru transplant îl au doar medicii autorizați de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, la propunerea Agenției în procesul de autorizare a instituției medico-sanitare.

(3) Transplantul de organe este permis numai în instituții medico-sanitare publice autorizate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale la propunerea Agenției, fiind efectuat de către profesioniști care intră sub incidența unor jurisdicții ce asigură cerințele de calitate și siguranță. Transplantul de țesuturi și de celule este permis numai în instituții medico-sanitare autorizate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale la propunerea Agenției.

(4) Instituțiile medico-sanitare autorizate să efectueze prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule sînt obligate să prezinte rapoarte despre activitatea în cauză în modul stabilit de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

Articolul 91. Criteriile de autorizare a instituțiilor medico-sanitare, băncilor de țesuturi și/sau celule, precum și a persoanelor juridice care desfășoară activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi sau celule

(1) La autorizarea activităților pentru care se solicită autorizarea, instituțiile medico-sanitare, băncile de țesuturi și/sau celule, precum și persoanele juridice care desfășoară activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi sau celule, în scopul respectării cerințelor tehnice, trebuie să dispună de:

- a) personal competent și calificat pentru sarcinile pe care le îndeplinesc;
- b) sediu, echipament și material corespunzător scopului pentru care au fost destinate;
- c) sistem informațional de documentare, necesar pentru înregistrarea, raportarea și stocarea datelor, care să corespundă cerințelor pentru asigurarea securității datelor cu caracter personal;
- d) sistem de biovigilență pentru raportarea, investigarea, înregistrarea și transmiterea informațiilor despre incidentele grave și reacțiile adverse severe care pot influența calitatea și siguranța organelor, țesuturilor și celulelor umane.

(2) Evaluarea respectării criteriilor menționate se efectuează de către Agenția de Transplant în funcție de activitatea supusă procesului de autorizare.

(3) Cerințele tehnice pentru fiecare activitate ce ține de prelevarea, transportarea, livrarea, stocarea și transplantarea de organe, țesuturi și celule sînt aprobate de către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

Articolul 92. Procedura de autorizare a instituțiilor medico-sanitare, băncilor de țesuturi și/sau celule, precum și a persoanelor juridice care desfășoară activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi sau celule

(1) Agenția de Transplant propune Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale spre autorizare instituțiile medico-sanitare, băncile de țesuturi și/sau celule, precum și persoanele juridice care desfășoară activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi sau celule, care solicită autorizarea activităților, conform prevederilor art. 9 și art. 22.

(2) Procedura de autorizare a instituțiilor medico-sanitare, băncilor de țesuturi și/sau celule, precum și a persoanelor juridice care desfășoară activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi sau celule, include următoarele etape:

- a) depunerea la Agenția de Transplant a cererii de autorizare și a documentelor ce fac dovada îndeplinirii criteriilor de autorizare stabilite de prezenta lege și de cerințele tehnice pentru fiecare activitate;
- b) desemnarea, prin ordinul ministrului sănătății, muncii și protecției sociale, la propunerea Agenției de Transplant, a evaluatorilor care urmează să efectueze inspecția privind respectarea criteriilor de autorizare a activităților pentru care se solicită autorizarea;
- c) perioada de la depunerea dosarului la Agenția de Transplant pînă la emiterea ordinului de autorizare de către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, care va constitui pînă la 2 luni;
- d) transmiterea propunerii de autorizare de Agenția de Transplant către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, dacă în raportul de inspecție se constată că sînt respectate criteriile prevăzute la art. 91;
- e) notificarea solicitantului de către Agenția de Transplant privind nerespectarea criteriilor de autorizare, în cazul în care criteriile prevăzute la art. 91 nu sînt întrunite. Notificarea va fi comunicată în scris și nu mai tîrziu de termenul prevăzut la lit. c) din prezentul articol.

Articolul 93. Suspendarea ordinului privind autorizarea instituțiilor medico-sanitare, băncilor de țesuturi și/sau celule, precum și a persoanelor juridice care desfășoară activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi sau celule

(1) Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, la propunerea Agenției de Transplant, suspendă ordinul privind autorizarea dacă unitatea nu corespunde criteriilor de autorizare stabilite de prezenta lege. Suspendarea ordinului privind autorizarea se efectuează doar pentru activitățile care nu întrunesc criteriile de autorizare.

(2) Suspendarea ordinului privind autorizarea se efectuează în baza raportului de inspecție întocmit de evaluatori.

(3) Suspendarea ordinului privind autorizarea este precedată de transmiterea unui avertisment în formă scrisă către conducerea unității, în care sînt indicate criteriile de

autorizare pe care aceasta nu le întrunește. Din momentul transmiterii avertismentului, unitatea este obligată, în termen de 20 de zile lucrătoare, să înlătore neconformitățile, iar în cazul neînlăturării acestora, ordinul privind autorizarea se suspendă.

(4) Suspendarea ordinului privind autorizarea se efectuează cu adresarea ulterioară a autorității emitente în instanța de judecată, conform art. 17 din Legea nr. 235/2006 cu privire la principiile de bază de reglementare a activității de întreprinzător.

(5) După înlăturarea neconformităților care au stat la baza suspendării ordinului privind autorizarea, conducătorul unității poate cere revocarea suspendării acestuia.

(6) Suspendarea ordinului privind autorizarea poate fi revocată în termen de cel mult 15 zile lucrătoare din momentul recepționării cererii, în baza raportului de inspecție prin care se confirmă că unitatea corespunde criteriilor de autorizare.

Capitolul IV

PRELEVAREA DE ORGANE, ȚESUTURI ȘI CELULE DE LA CADAVRU

Articolul 10. Condițiile prelevării de la cadavru

Organele, țesuturile și celulele pot fi prelevate de la persoana decedată numai în cazul în care decesul a fost confirmat potrivit criteriilor stabilite de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

Articolul 11. Modalitățile de confirmare a decesului

În cazul apariției unui potențial donator este necesar de a confirma decesul acestuia pînă la inițierea procedurii legale de donare. Decesul va fi confirmat prin una din următoarele proceduri:

- a) după un stop cardiorespirator, iresuscitabil și ireversibil, la o persoană cu temperatura normală sau aproape normală, decesul se confirmă la un interval de minimum 5 minute după efectuarea tuturor măsurilor de reanimare, pe parcursul cărora toate testele demonstrează fără dubii că nu există circulație sangvină spre creier și organele vitale;
- b) la persoana cu schimbări ireversibile în centrele vitale ale creierului, decesul se confirmă prin teste (criterii) specifice, aprobate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, în timp ce funcția cardiorespiratorie este menținută artificial.

Articolul 12. Personalul medical care confirmă decesul

Medicii care confirmă decesul unui potențial donator vor fi alții decît medicii care participă nemijlocit la prelevarea unui oarecare organ, țesut sau celulă, participă la procedurile ulterioare de transplant sau sînt responsabili de îngrijirea unui potențial primitor.

Articolul 13. Consimțămîntul pentru donare

(1) Prelevarea este posibilă în cazul în care există consimțămîntul persoanei respective de dinainte de deces, exprimat în conformitate cu legea.

(2) Prelevarea nu se poate efectua sub nici o formă dacă, în timpul vieții, persoana decedată și-a exprimat opțiunea împotriva donării printr-un act de refuz, întocmit în formă olografă sau în altă formă legală.

(3) În cazul în care consimțământul lipsește, donarea este posibilă dacă nu a fost exprimat refuz în scris pentru donare din partea a cel puțin unui membru major al familiei, a altor rude de gradul I sau a reprezentantului legal al decedatului.

(4) Donarea este posibilă fără consimțământul rudelor apropiate sau al reprezentantului legal dacă nici una din rudele apropiate sau reprezentantul legal, după declararea legală a decesului, nu s-a adresat pentru a-și exprima opțiunea cu privire la donare, iar date despre rudele apropiate sau reprezentantul legal al persoanei decedate lipsesc.

(5) Prelevarea de organe, țesuturi și celule de la cadavru în cazurile medico-legale se va face cu consimțământul medicului legist, cu condiția că nu va compromite rezultatele autopsiei medico-legale.

Articolul 14. Respectul pentru corpul uman

Medicii care au efectuat prelevarea de organe, țesuturi și celule de la o persoană decedată vor asigura restaurarea cadavrului și a fizionomiei sale prin îngrijiri și mijloace specifice, inclusiv chirurgicale, în caz de necesitate, în scopul obținerii unei înfățișări demne a corpului defunctului.

Capitolul V

CONDIȚIILE DE PRELEVARE DE ORGANE, ȚESUTURI ȘI CELULE DE LA UN DONATOR ÎN VIAȚĂ. ATRIBUȚIILE COMISIEI INDEPENDENTE DE AVIZARE

Articolul 15. Condițiile de prelevare de la un donator în viață

(1) Prelevarea de organe, țesuturi și celule de la un donator în viață este permisă doar în cazul în care lipsesc organe, țesuturi sau celule compatibile de la un cadavru.

(2) Prelevarea de organe, țesuturi și celule se poate efectua de la persoane în viață, în privința cărora nu a fost instituită o măsură de ocrotire judiciară, doar în cazul existenței consimțământului scris, liber, prealabil și expres al acestora în cazul prelevării de organe fiind necesară de asemenea autorizarea Comisiei independente de avizare.

(3) Consimțământul în cauză se semnează numai după ce donatorul a fost informat de către medic asupra eventualelor riscuri și consecințe de ordin fizic, psihic, familial și profesional, rezultate din actul prelevării.

(4) Consimțământul pentru donare se va exprima în conformitate cu legislația privind drepturile și responsabilitățile pacientului și se va perfecta sub formă de acord informat, al cărui model se aprobă de Guvern.

(5) Prelevarea, de la donatori în viață, de celule stem, spermă, cap femoral (după endoprotezare), placentă, sânge din cordonul ombilical sau membrane amniotice, ce vor fi utilizate în scop terapeutic, se efectuează cu respectarea regulilor de bioetică și a drepturilor pacientului, fără avizul Comisiei independente de avizare.

Articolul 16. Condițiile de transplantare

(1) Transplantul se efectuează numai în scop terapeutic dacă nu există o metodă terapeutică alternativă de eficacitate comparabilă. Transplantul urmează a fi efectuat cu consimțământul scris al primitorului după ce acesta a fost informat asupra eventualelor riscuri și consecințe.

(2) În cazul minorilor sau al persoanelor în privința cărora este instituită măsura de ocrotire judiciară sub forma tutelei, consimțământul este dat de către părinți sau, după caz, de către reprezentantul legal al acestora în condițiile legii.

(21) În cazul în care asupra primitorului este instituită măsura de ocrotire judiciară sub forma ocrotirii provizorii sau a curatelei, iar starea primitorului nu îi permite să ia de sine stătător o decizie personală informată privind transplantul, ocrotitorul provizoriu sau curatorul va asista primitorul în condițiile legii.

(3) În cazul în care primitorului se află în imposibilitatea de a-și exprima în scris consimțământul datorită unor împrejurări obiective și nu se poate lua legătura în timp util cu familia, iar întârzierea ar conduce inevitabil la decesul pacientului, transplantul se va efectua fără consimțământul primitorului.

Articolul 17. Comisia independentă de avizare

(1) Comisia independentă de avizare monitorizează supraveghează și controlează corectitudinea și legalitatea procedurilor de donare de organe, țesuturi și celule umane de la donatori în viață conform prezentei legi și altor acte normative în vigoare. Comisia autorizează donarea de organe de la donatori în viață, precum și în situațiile prevăzute la art. 19 alin. (1).

(2) Lista autorităților ai căror reprezentanți vor face parte din Comisia independentă de avizare și regulamentul de organizare și funcționare al acesteia se aprobă de Guvern.

(3) Din Comisia independentă de avizare nu pot face parte specialiști încadrați în activitățile Agenției, inclusiv transplantologi, anesteziologi și reanimatologi. Componența nominală a comisiei se aprobă de către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

Articolul 18. Atribuțiile Comisiei independente de avizare

(1) Comisia independentă de avizare verifică respectarea drepturilor pacienților prevăzute de legislația privind drepturile și responsabilitățile pacientului, apreciază oportunitatea efectuării procedurii de prelevare, evaluează legalitatea și motivația procedurii de donare, asigurându-se că donatorul:

- a) este informat referitor la natura procedurii, la eventualele riscuri și consecințe;
- b) conștientizează procedura și eventualele riscuri;
- c) este informat despre ilegalitatea acceptării unei recompense bănești pentru donare și că este în drept de a fi compensat pentru orice pagubă (daună) ce poate rezulta din procedura de donare, ținându-se cont de anumite cheltuieli sau pierderi care urmează a fi rambursate;
- d) nu este constrâns în nici un fel să doneze organe, țesuturi sau celule;
- e) conștientizează faptul că își poate retrage liber consimțământul pînă la începerea procedurii de donare.

(2) Comisia independentă de avizare verifică și apreciază dacă primitorul:

- a) conștientizează natura și riscurile atît ale procedurii de prelevare de la donator, cît și ale procedurii de transplant;
- b) este informat despre faptul că oferirea unei recompense pentru donare sau constrîngerea, cu aplicarea violenței ori cu amenințarea de a o aplica, pentru donarea de

organe, țesuturi sau celule în scopul transplantului sau în alte scopuri sînt ilegale;

c) este informat despre faptul că donatorul își poate retrage liber și oricînd consimțămîntul pentru donare.

(3) Comisia independentă de avizare controlează dacă donarea se face în scop umanitar, are caracter altruist și nu constituie obiectul unei tranzacții materiale.

Articolul 19. Protecția persoanelor incapabile de a-și exprima consimțămîntul referitor la prelevarea de organe, țesuturi sau celule

(1) Nu pot fi prelevate organe, țesuturi sau celule de la o persoană care nu are capacitatea de a-și exprima consimțămîntul; excepție constituie prelevarea țesuturilor sau celulelor regenerative. În acest caz, prelevarea va fi autorizată de Comisia independentă de avizare, cu acordul reprezentanților legali ai donatorului sau al autorității tutelare, cu condiția că donarea va fi în beneficiul persoanei cu care donatorul se află în legătură de rudenie de gradul I (pentru donatorul minor, aceștia sînt fratele, sora), iar procedura în cauză comportă un risc minimal pentru donator.

(2) Prelevarea de țesuturi sau celule regenerative de la minori se poate face numai cu consimțămîntul autorității tutelare sau al fiecăruia dintre reprezentanții legali ai minorului.

(3) Refuzul scris, verbal sau în orice alt mod al minorului împiedică orice prelevare.

Articolul 20. Autorizarea procedurii de donare de la un donator în viață

Procedura de donare de la un donator în viață se autorizează de Comisia independentă de avizare dacă donarea propusă întrunește condițiile legale și este acceptabilă din punct de vedere etic.

Capitolul VI **SELECTAREA DONATORILOR ȘI STOCAREA** **ȚESUTURILOR ȘI CELULELOR**

Articolul 21. Selectarea și examenul medical al donatorilor

(1) Toți donatorii selectați pentru prelevare vor trece în mod obligatoriu controlul clinic și de laborator, care să excludă orice boală infecțioasă, o posibilă contaminare sau risc pentru primitor.

(2) Prelevarea de organe, țesuturi și celule se permite doar în cazul în care donatorii au trecut examenul medical și au fost testați la prezența bolilor transmisibile, în conformitate cu standardele internaționale în domeniu.

Articolul 22. Stocarea, distribuția și utilizarea țesuturilor și celulelor

(1) Țesuturile și celulele prelevate, în cazul în care nu sînt folosite imediat pentru transplant, vor fi prelucrate, conservate, stocate și distribuite băncilor de țesuturi și/sau celule și/sau persoanelor juridice ce desfășoară activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi sau celule, autorizate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale la propunerea Agenției. Banca de țesuturi și/sau celule sau persoana juridică ce desfășoară activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi sau celule răspunde de legalitatea obținerii și de controlul țesuturilor și al celulelor.

(2) Țesuturile și celulele pot fi importate și exportate numai de băncile de țesuturi și/sau de persoanele juridice ce desfășoară activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi sau celule, autorizate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale la propunerea Agenției.

(3) Toate băncile de țesuturi autorizate și persoanele juridice autorizate să desfășoare activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi sau celule vor activa conform standardelor internaționale, fiind inspectate cel puțin o dată la doi ani.

(4) Cu scop de transplant pot fi folosite țesuturile și celulele primite din băncile de țesuturi autorizate și de la persoanele juridice autorizate să desfășoare activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi sau celule, inclusiv importate.

Capitolul VII

CODIFICAREA INFORMAȚIEI ȘI TRASABILITATEA. ASIGURAREA DREPTULUI DONATORILOR ȘI RECIPIENȚILOR LA INFORMARE

Articolul 23. Codificarea informației și trasabilitatea

(1) În vederea asigurării trasabilității tuturor organelor, țesuturilor și celulelor, Agenția instituie un sistem unic de codificare, ce furnizează informații privind principalele caracteristici și proprietăți ale organelor, țesuturilor și celulelor. Cerința de trasabilitate se aplică și tuturor datelor pertinente privind produsele și materialele ce vin în contact cu aceste organe, țesuturi și celule.

(2) Agenția asigură instituirea unui sistem de identificare a donatorului, în cadrul căruia fiecărei donări și fiecăruia dintre produsele asociate acesteia se atribuie un cod unic, bazat pe depersonalizarea datelor cu caracter personal ale donatorului pentru respectarea regimului de confidențialitate.

(3) Organele sînt identificate cu ajutorul unei etichete conținînd informații sau referințe ce permit stabilirea unei legături cu informațiile privind procedurile de obținere a acestora. Țesuturile și celulele sînt identificate cu ajutorul unei etichete conținînd informații sau referințe ce permit stabilirea unei legături cu informațiile privind procedurile de obținere a țesuturilor și/sau a celulelor, privind preluarea acestora de către banca de țesuturi și/sau celule sau persoana juridică autorizată să desfășoare activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi sau celule, precum și privind prelucrarea, stocarea și distribuția țesuturilor și/sau celulelor.

(4) Băncile de țesuturi și persoanele juridice autorizate să desfășoare activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi sau celule vor păstra înregistrări privind activitățile lor, inclusiv privind tipurile și cantitățile de țesuturi și/sau de celule obținute, controlate, conservate, prelucrate, stocate și distribuite sau utilizate în orice alt mod, precum și privind originea și destinația țesuturilor și a celulelor destinate utilizării la oameni, pentru a asigura trasabilitatea acestora la toate etapele. Datele necesare pentru o trasabilitate completă, inclusiv în format electronic, se păstrează cel puțin 30 de ani după utilizarea clinică a țesuturilor și celulelor.

(5) Băncile de țesuturi și persoanele juridice autorizate să desfășoare activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi sau celule sînt obligate să prezinte rapoarte asupra tuturor activităților lor în modul stabilit de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

(6) Cerințele de trasabilitate pentru organe, țesuturi și celule, precum și pentru produsele și materialele ce vin în contact cu acestea și care le afectează calitatea ori siguranța, se stabilesc de către Agenție.

(7) Agenția instituie și ține un registru al băncilor de țesuturi și persoanelor juridice autorizate să desfășoare activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi sau celule, accesibil publicului, în care sînt precizate activitățile pentru care au fost autorizate băncile de țesuturi sau persoanele juridice respective.

Articolul 24. Acordarea informațiilor privind donarea și transplantul de organe, țesuturi și celule

Medicii specialiști autorizați să preleve sau să transplanteze organe, țesuturi și celule vor oferi o informație precisă și într-o formă înțeleasă donatorului și recipientului sau persoanelor aflate în legătură de rudenie de gradul I cu aceștia.

Rudele apropiate ale donatorului decedat vor fi informate despre necesitatea efectuării testărilor pentru stabilirea compatibilității donatorului, precum și despre consecințele testărilor.

Donatorii în viață vor fi informați despre testările necesare pentru a stabili compatibilitatea donatorului, despre scopul și natura prelevării, precum și despre eventualele riscuri și consecințe.

Primitorului i se va oferi toată informația despre natura procedurii, precum și despre eventualele riscuri și consecințe.

Articolul 25. Confidențialitatea informației

Toate datele cu caracter personal, inclusiv cele genetice, referitoare la persoana de la care au fost prelevate organe, țesuturi sau celule și datele cu caracter personal referitoare la primitor, colectate în urma activității stipulate de prezenta lege, sînt confidențiale.

Aceste date pot fi colectate, prelucrate și comunicate doar în conformitate cu regulamentele cu privire la confidențialitatea informației ce ține de secretul medical și la protecția datelor cu caracter personal.

Se permite colectarea, prelucrarea și comunicarea informațiilor medicale despre donatori sau primitori în scopuri medicale și în scopuri asigurării trasabilității.

Articolul 26. Cazuri speciale de comunicare a informației

Informația despre donator poate fi comunicată primitorului, iar cea despre primitor – donatorului, dacă ambele părți sînt de acord.

Capitolul VIII

INTERZICEREA OBȚINERII DE PROFITURI

Articolul 27. Interzicerea obținerii de profituri financiare

(1) Se interzice obținerea de profituri financiare ca urmare a donării de organe, țesuturi sau celule umane.

(2) Donatorii pot primi o indemnizație care se limitează strict la acoperirea cheltuielilor și a inconvenientelor, și anume:

- a) recompensarea donatorilor în viață în legătură cu pierderea veniturilor și cu alte cheltuieli justificate, cauzate de donare sau de examinările medicale aferente;
- b) achitarea cheltuielilor justificate pentru serviciile medicale legale sau serviciile tehnice aferente donării. Donatorii de organe în viață beneficiază de o poliță de asigurare obligatorie de asistență medicală pe viață, finanțată din bugetul de stat.

(21) Instituția medico-sanitară asigură transportul donatorului decedat de la care s-au prelevat organe destinate transplantului.

(3) Donarea și transplantul de organe, țesuturi și celule nu pot constitui obiectul unei tranzacții materiale.

(4) Se interzice popularizarea necesității transplantului de organe, țesuturi și/sau celule în scopul de a propune sau a obține profituri financiare sau avantaje corespunzătoare.

Articolul 28. Interzicerea traficului de organe, țesuturi și celule umane

(1) Se interzice traficul de organe, țesuturi și celule umane, precum și obținerea unor profituri financiare sau avantaje de la traficul corpului uman și părților lui.

(2) Traficul de organe, țesuturi și celule umane constituie infracțiune și se pedepsește în conformitate cu legislația penală.

Capitolul IX

FINANȚAREA ACTIVITĂȚILOR ÎN DOMENIUL TRANSPLANTULUI

Articolul 29. Modalitățile de finanțare

(1) Activitățile Agenției sînt finanțate din bugetul de stat și din alte surse conform legislației.

(2) Costul transplantului, investigațiilor, spitalizării, intervențiilor chirurgicale, tratamentului medicamentos, materialelor sanitare (igienice), îngrijirilor postoperatorii și orice alte cheltuieli legate de transplant pot fi acoperite:

- a) din fondurile Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;
- b) de la bugetul de stat;
- c) din plăți (taxe) ce revin pacienților, conform legii, pentru serviciile medicale;
- d) din donațiile organizațiilor de binefacere sau ale altor persoane juridice, precum și ale persoanelor private ce nu sînt legate în mod direct de un transplant anume.

Articolul 30. Transparența finanțării

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Compania Națională de Asigurări în Medicină vor asigura un sistem transparent de colectare, evidență și utilizare a mijloacelor bănești destinate transplantului.

Capitolul X

RĂSPUNDEREA JURIDICĂ ȘI SOLUȚIONAREA LITIGIILOR

Articolul 31. Răspunderea instituțiilor medicale și a personalului

(1) Dacă sănătatea donatorului sau a primitorului a fost afectată din cauza nerespec-

tării standardelor, condițiilor și modalităților legale de prelevare și transplant de organe, țesuturi și/sau celule, instituția medicală în cauză răspunde față de persoanele nominalizate în conformitate cu legea.

(2) În caz de nerespectare a cerințelor prezentei legi și ale altor acte normative, medicii și alte persoane implicate în procesul de autorizare, avizare, donare și transplant de organe, țesuturi și celule umane răspund în conformitate cu legea.

Articolul 32. Soluționarea litigiilor

Litigiile care apar în procesul aplicării prezentei legi se soluționează în modul prevăzut de legislație.

Capitolul XI DISPOZIȚII FINALE

Articolul 33

Guvernul, în termen de 6 luni de la data intrării în vigoare a prezentei legi:
va adopta actele normative necesare pentru implementarea prezentei legi și asigurarea activității Agenției;
va aduce actele sale normative în concordanță cu prevederile prezentei legi.

Articolul 34

Prezenta lege intră în vigoare la expirarea a 6 luni de la data publicării.
La data intrării în vigoare a prezentei legi se abrogă Legea nr.473-XIV din 25 iunie 1999 privind transplantul de organe și țesuturi umane.



EUTANASIE

POTTER

SINDROM

AUGUSTIN

LIBERTATE

HEGEL
NÜRNBERG

ÎNȚELEPCIUNE

MILL

KANT EXPERIMENT IDEA

PROCES CUNOAȘTERE

DISCERNĂMÂNT TRANSPLAN

DECIZIE

AVORT

COMUNITATE

AUTONOMIE

ANTIPATERNALISM

AXIOLOGIE

DIALOG

AMORAL

BIOCENTRIST

DEONTOLOGIE

COEVOLUȚIE

IMORAL

PRAGMATIC

DILEMĂ

RADICAL

VIRTUTE

COD

DIALOG

COMPORTAMENT

SINDROM

FERICIRE

TRANSPARENȚĂ

DILEMĂ

STRUCTURĂ

CURAJ

PALIAȚIE

SOCIOBIOLOGIC

LIBERALISM

TEORIE

ECHITATE