

**Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu”**

Școala Management în Sănătate Publică

Teodor N. Țirdea • Rodica C. Gramma

Bioetica medicală în Sănătate Publică

Suport de curs



Casa editorial-poligrafică *Bons Offices*
Chișinău • 2007

614.253:174(075.8)

T 63

Aprobat de Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății din Republica Moldova, procesul verbal nr. 1 din 25.01.07 al Ședinței Consiliului Metodic Central Postuniversitar

Autori:

Teodor N. Țirdea – dr. hab. în științe filosofice, profesor universitar, șef catedră

Rodica C. Gramma – magistrul în bioetică, lector universitar

Recenzenți:

Constantin Ețco – dr. hab. în științe medicale, profesor universitar, șef catedră (USMF „Nicolae Testemițanu”)

Petru Rumleanski – dr. hab. în științe filosofice, profesor universitar (ASEM)

Redactori științifici:

Oleg Lozan, Mihail Palanciuc

Lucrarea de față reprezintă o propedeutică în bioetică, unde se pune accentul pe două probleme fundamentale – temeliile teoretice și implicațiile practice ale eticii biomedicale. În manual este expusă baza teoretică a bioeticii, cum ar fi originea și principiile generale, traseele și aspectele acestui domeniu, fiind inclus totodată și un studiu detaliat al aspectului etic al medicinei practice contemporane cu determinarea celor mai importante momente din bioetica clinică și impactul acestora în sănătatea publică. Materialul expus în lucrare este elaborat în conformitate cu cerințele didactice actuale și standardele internaționale de educare bioetică în instituțiile medicale. Lucrarea este destinată instruirii bioetice a audiențelor Școlii Management în Sănătate Publică, a studenților, doctoranzilor și rezidenților.

Editarea lucrării “Bioetica medicală în Sănătate Publică” a fost posibilă datorită suportului financiar acordat de Fundația SOROS-Moldova.

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Țirdea, Teodor N.

Bioetica medicală în Sănătate Publică. Suport de curs / Teodor N. Țirdea, Rodica C. Gramma; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu. Școala Management în Sănătate Publică. – Ch.: Bons Offices, 2007. – 248 p.

ISBN 9789975-80-036-5

150 ex.

© Teodor N. Țirdea, 2007

Rodica C. Gramma, 2007

Școala Management în Sănătate Publică, 2007

ISBN 9789975-80-036-5

Cuprins

Cuvînt înainte..... 5

Capitolul I. Bioetica – suport metodologico-moral al sănătății publice 7

1.1	Noțiunea de bioetică, originea, obiectul de studiu și traseele ei de dezvoltare	8
1.2	Aspectele de bază ale bioeticii.....	15
1.3	Problema principiilor bioeticii și imperativelor bioetice.....	18
1.4	Antropocentrismul – motiv al crizei ecologice planetare contemporane.....	26
1.5	Demnitatea planetară din perspectiva supraviețuirii și a bioeticii	31
1.6	Umanismul în contextul bioeticii globale	36
1.7	Bioetica în raport cu lumea biomedicală modernă. Modelele contemporane ale medicinei morale.....	42
	<i>Bibliografie</i>	45

Capitolul II. Tradiții, profesii și valori morale în sănătatea publică 48

2.1	Impacte morale pe parcursul dezvoltării medicinei contemporane.....	48
2.2	Medicul și actul medical din premisa etică.....	55
2.3	Specificul manifestării unor principii și imperative bioetice în sănătatea publică	58
2.4	Autoritatea lucrătorului medical și încrederea pacientului	65
2.5	Greșelile și erorile în sănătatea publică din perspectiva eticii biomedicale	69
2.6	Taina profesională și confidențialitatea în asistența medicală.....	75
2.7	Bioetica medicală – formă de protejare a personalității medicului	79
	<i>Bibliografie</i>	83

Capitolul III. Aspecte etice specifice ale informării în sănătatea publică 86

3.1	Paternalismul și antipaternalismul în medicină și bioetică. Etica monologului și a dialogului.....	87
3.2	Problema confidențialității în domeniul medicale specifice: excepții de la confidențialitate.....	92
3.3	Teoria morală a acordului informat în sistemul sănătății publice	101
3.4	Structura consimțămîntului informat.....	106
3.5	Imperativul onestității medicale în utilizarea placebo	110
3.6	Interpretarea terapeutică eronată și speranța falsă în acordarea serviciului medical	115
3.7	Conflicte de interese în sistemul sănătății publice	119
	<i>Bibliografie</i>	121

Capitolul IV. Probleme bioetico-filosofice ale medicinei contemporane performante 124

4.1	Problema modelelor socioculturale ale bioeticii în interpretarea ei contemporană.....	125
4.2	Problema etică a avortului în sănătatea publică.....	129

4.3 Aspecte etice ale medicinei reproductive	134
4.4 Problema bolnavilor muribunzi și eutanasia în sănătatea publică din perspectivă bioetică	140
4.5 Bioetica medicală și genetică. Problema clonării umane în viziune bioetică	147
4.6 Implicații bioetice în practica transplantologiei	152
4.7 Atitudinea bioetică față de bolnavii HIV în cadrul sănătății publice.....	157
<i>Bibliografie</i>	160

Capitolul V. Etica cercetării științifice și studiului clinic în sănătatea publică 163

5.1 Evoluția studiului terapeutic în practica medicală.....	163
5.2 Noțiunile de bază ale procedurii cercetărilor (studiilor) clinice.....	167
5.3 Fundamentarea teoretică a cercetării medicale	170
5.4 Condițiile specifice pentru desfășurarea etică a studiului clinic	174
5.5 Particularitățile cercetărilor clinice cu diferite grupuri de pacienți: aspecte etice.....	180
5.6 Aspecte generale și norme de funcționare al Comitetelor de bioetică.....	186
5.7 Forme standardizate în activitatea Comitetelor de Bioetică	193
<i>Bibliografie</i>	195

Partea practică..... 197

I. Studii de caz	197
II. Glosar	212
III. Documente în bioetică.....	227
IV. Chestionar de evaluare bioetică.....	244

Cuvînt înainte

Formarea personalității morale perfecte a unui medic este un proces îndelungat, complex și contradictoriu, deoarece în procesul evoluției sale individuale profesionistul se ciocnește nu numai cu valori morale, ci și cu opusul lor. Mai mult, ceea ce în unele condiții istorice a fost **bine**, în împrejurări schimbate se transformă în **rău**. Această situație devine evidentă mai ales în condițiile unei medicini tehnologizate, unde progresul tehnico-științific induce condiții absolut noi, care vor cere medicului o anumită atitudine morală, uneori decisivă. În astfel de situație nu trebuie ignorat faptul că în societate există și persoane cu un comportament antisocial, care contravin normelor morale și deseori depășesc limitele legii: atentat la patrimoniul personal și social, atitudine agresivă față de alți oameni, începînd cu huliganism și ajungînd la infracțiuni penale, mită, calomnie, birocratism etc. Toate acestea lasă o amprentă asupra culturii morale a personalității, în special în dezvoltarea individului însuși, în procesul creării sale ca medic profesionist. În dezvoltarea morală a omului, lacunele pot fi rezultatul educării incorecte sau chiar a lipsei unei instruiți etice adecvate, ca urmare și a indiferenței persoanelor din jur față de acțiunile imorale observate, nefiind afectați în mod direct, oamenii sunt inerți față de moralitatea altor membri ai comunității.

În concluzie, educația morală a unui medic trebuie să includă niște criterii speciale, deoarece lucrătorului medical îi revine un rol determinant în realizarea imperativelor etice: mai întîi a celor generale și, nu în ultimul rînd, al celor profesionale. Promovarea unei noi etici medicale răspunde necesităților de „umanizare” sau de „reumanizare” a medicinei, absorbită în ultimul secol mai mult de problemele patologicului, de dezvoltarea tehnicilor performante, de specializări limitate, de intervenții chirurgicale complexe. În acest scop etica medicală va veni ca o completare, stabilind o unitate dialectică între *ce este științific și pînă unde este admis din punct de vedere moral*, trecînd ca prelungire într-o nouă știință – *bioetica*.

Indiferent că se modifică relațiile sociale, concepțiile despre lume, situația economică și politică a țării, conținutul general-uman al caracteristicilor profesiei de medic, condiționate mai ales de funcția socială a medicinei, se vor permanentiza. Practicarea medicinei este percepută nu doar ca o profesie, ci și ca o artă, o vocație, avînd atît un pronunțat caracter social, cît și etic. Conștiința morală, grija pentru om se identifică cu ceea ce apreciem drept vocație medicală, inevitabil legată de sentimentul de responsabi-

litate morală și profesională a medicului, dar și a siguranței bolnavului, succesului și satisfacției înregistrate de un profesionist. Pentru ca repercusiunile activității curative să fie într-adevăr umane, medicii trebuie să fie persoane inteligente, responsabile și abile. Umanismul ar fi trebuit să fie considerat ca fiind trăsătura lor fundamentală. Doar în condițiile unei astfel de educații, medicul va putea atenua suferințele bolnavului și nu va afecta nimic, în favoarea unui profit personal. În această ordine de idei revenim la afirmația că medicina a fost, este și trebuie să rămână cea mai umană știință și profesie. Pentru a menține acest statut ea are nevoie de o permanentă și inevitabilă interconexiune cu filosofia și bioetica, ceea ce dorim să prezentăm în lucrarea de față.

Manualul înglobează *cinci capitole, Studii de caz, Documente de Bioetică și un Glosar*. Reprezintă, pe de o parte, o elaborare propedeutică sistematizată ce reflectă pe de o parte principalele aspecte din Bioetica generală (teoretică), iar pe de altă parte, anumite subiecte ce țin de practica morală în sfera medicinei, de activitatea nemijlocită a lucrătorilor medicali. Prin intermediul acestui suport de curs, cititorii au la dispoziție un volum de cunoștințe bioetice extrem de importante pentru explicarea situației ce s-a creat pe Terra în urma acutizării problemelor globale – cunoștințe ce sunt necesare și chiar obligatorii fiecărui membru conștient al civilizației contemporane. Totodată este propusă și o reflectare adecvată a comportărilor etice ale elementelor din sistemele *medic-pacient, medic-societate, medic-medic*.

O parte din problemele elucidate în lucrarea de față au fost parțial descrise și în unele publicații anterioare, precum: „*Bioetica: origini, dileme, tendințe*” (2005), „*Elemente de bioetică*” (2005), „*Filosofie și Bioetică: istorie, personalități, paradigme*” (2002), în „*Dicționarul de Filosofie și Bioetică*” (2004) și în lucrările celor 11 conferințe științifice internaționale cu tematică bioetică organizate în cadrul catedrei Filosofie și Bioetică.

Exprimăm mulțumirile noastre Școlii Management în Sănătate Publică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, personal dlui director Oleg Lozan, pentru invitația de a elabora această lucrare și pentru sprijinul acordat.

Autorii

Bioetica – suport metodologico-moral al sănătății publice

- 1.1 Noțiunea de bioetică, originea, obiectul de studiu și traseele ei de dezvoltare
- 1.2 Aspectele de bază ale bioeticii
- 1.3 Problema principiilor bioeticii și imperativelor bioetice
- 1.4 Antropocentrismul – motiv al crizei ecologice planetare contemporane
- 1.5 Demnitatea planetară din perspectiva supraviețuirii și a bioeticii
- 1.6 Umanismul în contextul bioeticii globale
- 1.7 Bioetica în raport cu lumea biomedicală modernă

Bibliografie

Termenul de bioetică este tot mai des utilizat astăzi în literatura științifică națională și internațională. Începînd cu anii '90 ai secolului trecut acest domeniu a devenit unul de interes pentru tot mai multe societăți dezvoltate, fiindu-i consacrate multiple conferințe, seminare instructive, ulterior fiind organizate și cursuri în cadrul diferitor instituții de învățămînt de prestigiu din lume. În prezent, bioetica apare ca orientare științifică, parte componentă a filosofiei morale ce se ocupă de aspectele intervenției omului în cîmpul biologic și medical. Definiția dată reflectă necesitatea aplicării bioeticii în mod imperativ la toate noutățile tehnologice cu tendințe de profitabilitate din domeniul biomedical. Limitele implicării vor fi determinate de înțelepciunea medicilor și a biologilor.

Capitolul I urmărește familiarizarea cititorului cu această nouă știință, interdisciplinară, care găsindu-se la hotarul dintre filosofie, etică, psihologie, medicină, biologie, juridică și sociologie, încearcă să găsească răspunsuri la problemele de ordin moral apărute în rezultatul progresului tehnico-științific în lumea biomedicală în general și în sănătatea publică în particular. Bioetica și-a găsit recunoașterea și în Republica Moldova, fiind considerată o necesitate în educarea unor specialiști pentru diferite domenii, în special pentru cei din sănătatea publică.

1.1 Noțiunea de bioetică, originea, obiectul de studiu și traseele ei de dezvoltare

Este considerat fondator al bioeticii biologul și oncologul american Van Rensselaer Potter (1911-2001), care utilizează acest termen în anul 1970, în articolul său „*Bioetica – știință a supraviețuirii*”, iar în anul 1971 îl extinde în lucrarea „*Bioetica – o punte spre viitor*”. Însă idei despre necesitatea creării unei etici globale, etici biologice, care ar avea drept scop protejarea vieții în toate formele ei de manifestare sunt întâlnite încă la începutul secolului al XX-lea. Cercetările ecologului și scriitorului american Oldo Leopold (1887-1948), ce prezintă o formă nouă, ecologică a eticii, numită *etica Pământului*, tind să plaseze omul de pe pozițiile de stăpîn al naturii în rolul de membru și reprezentant al comunității biologice, al biosferei. Idei similare sunt expuse și în lucrările marelui savant, medic, filosof, teolog și altruist al perioadei contemporane, laureatul premiului Nobel pentru Pace Albert Schweitzer (1875-1965), care promovează conceptul *eticii evlaviei pentru viață*, unde viața, în toate formele sale de manifestare, este recunoscută drept valoare fundamentală, oferindu-i respect și sacralitate.

V. R. Potter este continuatorul ideilor despre o etică deosebită, imperios necesară cerințelor epocii contemporane, dîndu-i o denumire excepțională și trasîndu-i principalele scopuri și obiective. El consideră că eticile anterioare nu mai fac față realității și că în prezent oamenii trebuie să conștientizeze faptul că etica nu mai poate fi studiată și mai departe în afara faptelor, fără realitatea biologică. „Noi avem o deosebită necesitate de Etica Pământului, Etica Naturii, Etica populațională, Etica geriatrică, Etica consumului etc., dar ele sunt toate incluse în Bioetică, deoarece supraviețuirea ecosistemului în întregime este o verificare specifică a sistemului nostru de valori”- susține V. R. Potter. Autorul este ferm convins că etica nu trebuie să fie limitată doar la relațiile interumane, ci asupra biosferei întregi, pentru a regla implicarea omului în diverse domenii de manifestare a vieții.

În viziunea filosofului american, opoziția și diferența dintre valorile general-umane și valorile științei stă la baza principalei cauze a crizei ce amenință omenirea și existența vieții pe Pământ. Ideea principală a bioeticii constă în faptul că valorile general-umane nu trebuie studiate separat

de realitatea biologică, deoarece omul rămîne totuși parte a naturii, el are nevoie de hrană sănătoasă, aer curat și apă pură, precum și de natură sălbatică, fără de care este greu de imaginat o înaltă calitate a vieții. El nu poate trăi fără animale, păduri, râuri, soluri care reprezintă nu doar resurse ecologice, ci și condiția de bază pentru supraviețuire, de asigurare a sănătății publice. Problema enunțată devine mult mai acută astăzi, o dată cu apariția „cunoștințelor periculoase”, care le posedă omul contemporan, cel care a inventat diverse tehnologii biomedicale, biochimice, informatizate, militare și industriale, ce îi permit să intervină în cele mai adînci niveluri ale vieții, modificîndu-i radical atît modul de trăi, precum și stilul de gîndire.

O particularitate a concepției lui V. R. Potter este combinarea viziunilor antro-po- și ecocentrice, fapt care depășește mult etica ecologică. Spre deosebire de alți ecologiști contemporani, filosoful nu interpretează natura ca ceva ce se înfruntă cu omul. El propune o combinație a valorilor științei și domeniilor umanistice. Supraviețuirea speciei și civilizației umane, a naturii și societății depinde de succesul căutărilor spirituale ale omului, de înțelepciunea pe care el trebuie să o însușescă și de credința care determină axa activității sale. Autorul susține că vor conduce după sine societate doar acele valori, care vor pătrunde în viața de zi cu zi a omului, vor deveni o normă morală socială, o parte a tradiției culturale.

Pe parcursul secolului al XX-lea, filosofi, teologii, ecologii, medicii și biologii au expus diferit problema relației omului cu viul ce îl înconjoară, plasîndu-se de la extreme utilitariste, pînă la cele radical altruiste, pînă la negarea totală a progresului tehnico-științific și retragerea la societatea tradițională. Bioetica și-a găsit interpretări în lucrări cu caracter religios, fiind promovată larg pe cale creștină, drum pe care ajunge din SUA în Europa, însușind statut de disciplină în cadrul instruirii teologice. Ideile bioeticii sunt întîlnite și în concepțiile unor ecologi contemporani, care o combină cu convingerile ecoeticii, pînă la o unificare completă a acestora.

O interpretare diferită, mult mai îngustă, a bioeticii este înaintată în anii '70 ai secolului trecut de către ginecologul și embriologul american Andre Hellegers (*direcția lui Hellegers*), fiind puternic influențată de ideologia mișcărilor pentru protejarea drepturilor omului, care activau în acea perioadă în SUA. Bioetica este apropiată la maximum de etica și deontologia profesională, fiind înaintată ca fundamentare a moralei medicului contemporan. În această ordine de idei, bioetica pierde din

sensul său primar, potterian, fiindu-i atribuite principiile și funcțiile eticii medicale. Se consideră că bioetica apare o dată cu agravarea și complicarea problemelor morale ale medicinei contemporane, în legătură cu amenințarea omenirii de către știința și tehnica performantă. Bioetica 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 controleze într-o manieră mai autoritară, evoluția și utilizarea biotehnologiilor.

Există și părerea că bioetica ar fi apărut ca rezultat al procesului de la Nürnberg (1947), când a devenit cunoscut adevărul despre activitățile medicilor naștiți. Atunci au fost uciși circa 70.000 de oameni cu handicap fizic, bolnavi psihic, persoane considerate inutile pentru societate – bătrâni, alcoolici, țigani, evrei – care au fost supuși unor experimente și chinuri groaznice, scopul dovedindu-se a fi unul din cele nobile: „dezvoltarea științelor biomedicale” și „căutarea unor tratamente eficiente”. Încrederea și imaginea și chiar „aura” atribuită de secole profesiei de medic au început să fie puse la îndoială de către societate, prin înaintarea unor cereri de a controla, de a monitoriza activitățile care vizează indirect viața fiecărui om, fiecărei ființe.

Așadar, la sfârșitul secolului al XX-lea se observă un dezacord în interpretarea bioeticii, fapt ce impune cercetătorii să elaboreze și să stabilească niște criterii științifice în determinarea acesteia, apelând la premisele istorice, științifice, teoretice, religioase și culturale de apariție a sa. Bioetica începe să fie studiată ca domeniu științific interdisciplinar, ca mod de viață și nu doar ca orientare etică.

Datorită complexității ariei de preocupări, diferiți cercetători au încercat să redea esența acestei noțiuni prin diverse moduri. Astfel, în interpretarea contemporană, Bioetica este: **(1)** o orientare culturală interdisciplinară care unește științele naturale cu cele umanitare, cunoștințele biologice cu valorile general-umane; **(2)** un domeniu al științei care examinează relațiile în sistemul „om-biosferă” de pe pozițiile eticii clasice, eticii normative; **(3)** o știință a supraviețuirii (V. R. Potter); **(4)** o știință specifică care, utilizând o metodologie interdisciplinară, are drept obiect examenul sistemic al comportamentului uman în domeniul științelor vieții și al sănătății, examinat în lumina valorilor și principiilor morale tradiționale; **(5)** studiul impactului etic al marilor descoperiri ale știin-

țelor naturii, îndeosebi ale geneticii și medicinei, fiind intim legată de progresele și interogațiile acestor domenii; **(6)** o direcție apărută la hotarul conexiunii dintre etica ecologică, medicală și agrară, care cercetează problemele morale ale avortului, clonării, transplantologiei, ingineriei genetice, biotehnologiilor și produselor modificate genetic. Bioetica se bazează pe umanism și se ocupă de salvarea valorii vieții umane; știință ce cercetează comportamentul uman în domeniul biologic-medical, precum și în protejarea sănătății referitor la conformitatea acesteia cu valorile morale; **(7)** un mod de viață; **(8)** un institut socio-cultural.

Din definițiile enunțate observăm că aria de influență a bioeticii pornește de la niște activități concrete în practica medicală (cum ar fi clonarea, ingineria genetică) și se extinde pînă la nivel de biosferă. Din acest fapt am putea evidenția două cauze majore în cristalizarea bioeticii: **(a)** necesitatea și inevitabilitatea extinderii cunoștințelor etice clasice asupra lumii vii ca rezultat al acutizării problemelor ecologice; **(b)** implementarea tehnicilor performante și tehnologiilor sofisticate în practica biomedicală. În dependență de aceasta fenomenul de *Bioetică* este abordat astăzi sub două aspecte: *îngust* și *larg*. O astfel de interpretare duce la divizarea bioeticii în: *bioetica generală* și *bioetica medicală* (etica biomedicală).

O interpretare *largă* a bioeticii reiese din inevitabilitatea extinderii sferei cunoștințelor etice asupra biosferei – cerință extrem de importantă a revoluției noosferice contemporane. O dată cu dezvoltarea progresului tehnico-științific, o dezvoltare intensă cunoaște nu doar etica profesională (etica medicului, inginerului, ziaristului, pedagogului, savantului etc.), ci și cunoștințele etice integrale ce se referă atît la relațiile interpersonale, cît și la relațiile omului cu mediul ambiant – cu lumea vegetală, animală, biosfera în întregime, chiar și cu artefactele.

Problema supraviețuirii poartă un caracter global și este determinată de posibilitatea atingerii unui echilibru static al lanțului „natură-om-sănătate-tehnică”, precum și de excluderea contradicțiilor antagoniste dintre colectiv și personalitate, dintre interesele comunității și cele individuale, dintre drepturi și obligații. Problemele ecologice existente nu vor fi rezolvate nici cu cele mai performante mijloace tehnologice pînă nu va fi determinată cauza și esența lor. Tendința savanților de a aprecia obiectiv situația actuală a biosferei nu răspunde la întrebarea principală: cum să rezolve omenirea problema supraviețuirii? Motivul acestei dileme este

specializarea limitată a științelor, direcționarea lor spre soluționarea unor probleme concrete, uneori foarte complicate. Sunt astfel ignorate anumite aspecte generale, conceptuale, fără analiza și coordonarea cărora dispare integritatea problemei și a proceselor ce se petrec, și apar chiar niște iluzii că problemele globale pot fi soluționate prin metode cu caracter local.

În acest context, prezintă un interes științifico-practic concepția potteriană, ai cărei adepți consideră că fără o schimbare radicală a mentalității societății controlul fertilității populației planetei nu poate fi realizat. Conștientizarea faptului că lumea și omenirea se află în fața unui pericol real de dispariție va fi legat de trecerea conștiinței sociale la un nivel nou al dezvoltării civilizationale cu începutul procesului de formare a concepției bioetice despre lume. O importanță majoră pentru posibilitatea soluționării problemei supraviețuirii este determinarea *bioeticii ca știință despre o atitudine morală față de tot ce este viu, la baza căreia se află izvoarele moralității general-umane*. Pentru prima dată în istoria științei bioetica a înaintat problema supraviețuirii în dependență de alegerea etico-morală corectă a omenirii, și nu de posibilitățile utilizării performanțelor progresului tehnico-științific.

În sens *îngust*, bioetica este concentrată în jurul relației “medic-pacient”, asupra problemelor etice ce apar în prezent o dată cu implantarea intensivă în practica medicală a noilor tehnologii performante, scientofage. Interpretarea bioeticii este foarte aproape de cea a eticii medicale profesionale. Sub acest aspect *sarcina bioeticii* constă în explicarea etico-filosofică a situațiilor problematice limitrofe ca eutanasia, esența morții (concepția religioasă și cea științifică), ingineria genetică, transplantologia, implantarea organelor artificiale, experimentele medico-biologice (inclusiv și cele ale embrionului uman), avorturile, autoidentificarea sexuală a omului, noile tehnologii ale nașterii copiilor, clonarea etc.

Bioetica apare deci ca un „strigăt de ajutor” din partea celor care nu se ocupau de cercetări biomedicale, dar au fost plasați în fața riscului și consecințelor negative ale lor – repercusiuni pe care savanții nu știau cum să le evite sau nici nu doreau să le cunoască. Bioetica este răspunsul societății la agresiunile științelor biomedicale, deoarece acest domeniu interesează întreaga comunitate, el adună în jur pe toți cei care urmăresc impactul etic al științei – geneticieni, juriști, filosofi, teologi, sociologi, psihologi etc. și înainte de toate, medici, deoarece multe zone ale bioeticii studiază omul

bolnav sau omul-obiect al medicinei. Bioetica poate fi numită drept o *zonă de reflexie*, unde este conștientizat pericolul ce vine din partea progresului tehnologic în domeniile biomedicinei, pentru identitatea morală a omului. În această ordine de idei, bioetica reprezintă modul de depășire a conflictelor dintre medicina tehnologică nouă și etica veche.

Desigur, omenirea s-a convins astăzi că epoca medicinei clasice a luat sfârșit. Medicina, care pe parcursul secolelor a fost o profesie ce întruchipa idealurile înalte ale umanismului și compasiunii, o dată cu perfecționarea ei tehnică, își pierde componentul uman. Transformându-se din artă, într-o sferă a business-ului, medicina se pragmatizează inevitabil. Problemele morale rămân în umbră, devenind dominant interesul economic. În medicină, o situație analogică cu schimbările inclusiv din alte domenii ale activității umane: devenind tot mai puternic, omul își împovărează conștiința cu lucruri care depășesc limitele moralei sale.

Se observă deci conținutul bioeticii ca știință ca fiind mult mai larg, mai global. Toată activitatea umană este marcată astăzi de problemele bioeticii, pivotul de bază fiind pericolul din partea propriilor acțiuni. Putem evidenția două direcții majore ale studiului bioetic: *Supraviețuirea planetară* și *Protejarea naturii umane*. Supraviețuirea globală (planetară) prevede existența biosferei Pământului în întregime, care este o condiție obligatorie pentru securitatea civilizației umane. Aici se creează o situație paradoxală, deoarece dezvoltarea civilizației necesită utilizarea bunurilor materiale, amplificarea producției, ceea ce afectează biosfera, și chiar însăși omenirea. Apare un șir de întrebări care necesită răspunsuri adecvate: Cum să protejăm omul de pericolele cauzate de propriile acțiuni? Cum să prevenim distrugerea biosferei, pe care omul o induce prin activitatea sa tehnogenă? Putem modifica omul (natura lui fizică și psihică)? Dacă natura omului poate fi modificată, atunci care sunt limitele permise pentru schimbări? Se poate vorbi despre stabilirea unor standarde ale psihofiziologiei umane?

Am putea spune că bioetica are drept scop formularea unor soluții pentru problemele menționate, fiind studierea sistemică a vieții și a comportamentului uman în lumina valorilor și principiilor morale. Din acest punct de vedere bioetica iese din limitele eticii profesionale medicale, plasându-se chiar deasupra eticii ecologice, încercând să elucideze aspectul etico-filosofic al problemelor viitorului omenirii și ale vieții pe Terra. Se

impune o extindere veritabilă a noțiunilor și principiilor eticii tradiționale asupra raportului om-natură vie. Bioetica constituie acel domeniu al științei care examinează relațiile în sistemul om-biosferă, de pe pozițiile eticii clasice, eticii normative. Deoarece obiectul de studiu al bioeticii nu este doar Homo Sapiens, ci toată natura vie, raportată la morală, este evident că etica medicală este doar o parte componentă a cercetării bioetice.

Sunt elucidate câteva *sarcini* ale bioeticii, consolidată ca domeniu științific și institut socio-cultural: **(a)** de a contribui substanțial la elaborarea concepției strategice de supraviețuire a întregului ecosistem, a biosferei în special; **(b)** de a proteja valoarea vieții umane, sănătatea individuală și cea publică; **(c)** de a orienta inteligența umană în cunoașterea modalităților ce servesc la îmbunătățirea calității vieții și la eradicarea inhibițiilor fizice, psihice, morale, spirituale ale persoanei umane; **(d)** de a reglementa în mod legislativ atât cercetările biomedicale, practica ocrotirii sănătății (mai ales, domeniile transplantologiei, determinării momentului morții, limitele susținerii vieții bolnavilor incurabili, noilor tehnologii medicale ș.a.), cât și orice activitate socială ce ține de existența omenirii.

În concluzie, bioetica relevă, în *primul rînd*, semnificația umană a descoperirilor științifice care trebuie să fie utile pentru om, după o splendidă metaforă teosofică ce afirmă că omul înțelege sensul vieții atunci cînd, plantînd un arbore, știe că sub el nu va odihni niciodată. Bioetica transformă, în *al doilea rînd*, drepturile omului în valori în sine, care trebuie respectate indiferent de avantajele cercetării științifice pentru individ și societate. Ea face din aceste drepturi criteriul principal de aplicare al științei la om, dreptul la viață, de exemplu, fiind intangibil și nu poate fi obiect al unor derogări, indiferent de circumstanțe. Bioetica afirmă, în *al treilea rînd*, preeminența individului și numai în cazuri stipulate de lege – preeminența intereselor sociale. Ea pledează pentru conștientizarea evaluării adecvate a riscurilor posibile de utilizare improprie a datelor științifice. În *fine*, bazîndu-se pe eficacitate, chiar dacă știința determină o dinamică proprie sistemului social, bioetica își rezervă sarcina de a amplifica convingerea că normalitatea vieții sociale depinde de legile sociale și juridice și nu este de domeniul științei.

La etapa contemporană, bioetica se află în proces de stabilire și menționăm evoluarea ei drept institut socio-cultural. Astăzi se determină trei direcții principale de activitate în bioetică. *Prima direcție* este îndreptată

spre discutarea pe larg a problemelor bioetice în mass-media, analizând teme precum descoperirile biotehnologice, distribuirea resurselor în sistemul sănătății publice, cazuri medicale concrete cu impact legal etc. Cea de a *două direcție* lucrează în crearea comitetelor de bioetică, care devin o necesitate și un imperativ al asistenței medicale contemporane. A *treia direcție* este dedicată reglementării legislative a multor probleme bioetice.

1.2 Aspectele de bază ale bioeticii

Examinând esența și conținutul bioeticii, perspectivele ei de dezvoltare ca domeniu de cunoștințe și ca institut socio-cultural, e logic să relevăm câteva ipostaze ale acesteia, care ne-ar permite să executăm o analiză profundă și de ansamblu a fenomenului nominalizat. Este vorba despre elucidarea unor *aspecte* ale eticii vieții, care reflectă direcțiile nominalizate anterior. În literatura științifică sunt elucidate patru aspecte principale ale bioeticii.

Aspectul sociofilosofic al bioeticii constă în caracterul său general-uman. Bioetica este o varietate a activității intelectuale și a practicii sociale ce are scopul de a garanta posibilitatea dialogului și solidarității oamenilor în apărarea binelui și opunerea rezistenței în fața răului generat de activitatea cotidiană. Bioetica evidențiază cele mai actuale probleme sociale, a căror soluționare presupune conștientizarea pericolului datorat consecințelor negative ale progresului tehnico-științific și schimbarea a însăși mentalității oamenilor. Pentru a înțelege specificul vieții, etica trebuie asociată cu științele naturii, ca să nu existe divergențe între moralitate și viață. Bioetica devine un mecanism extrem de important în restructurarea democratică a biopoliticii societății contemporane.

Aspectul axiologic se referă la faptul că bioetica contribuie la formarea unui nou sistem etico-normativ și valoric, ca antidot al situației critice contemporane. Valorile de *Bine* și de *Rău* nu mai pot fi analizate în lumina unor atitudini tradiționale, deoarece vor rămâne multe întrebări fără răspunsuri – fapt dictat de noile condiții ale progresului tehnico-științific. Societatea tehnogenă, informatizarea accelerată a domeniilor de activitate umană, pragmatizarea pînă la maximum a acestora din urmă au dus la devalorizarea și dezumanizarea științelor biomedicale, a atitudinii noastre față de lumea vie ce ne înconjoară, și pînă la urmă, față

de relațiile interumane în genere. Economia de piață este dominantă în medicină, în învățământul public, în cultură, în asigurarea socială. Omul este dizolvat ca individualitate, iar viața își pierde permanent din valoarea sa. Revirimentul spre alte valori și orientări axiologice demonstrează necesitatea și actualitatea bioeticii, care formulează noi exigențe referitoare la responsabilitatea oamenilor, dând prioritate valorilor general-umane. Bioetica determină și formulează un sistem nou de valori și orientări umane, precum și respectul profund pentru viața ce ne înconjoară. Bioetica trebuie să devină o etică a solidarității reciproce, a carității și echității sociale, a evlaviei pentru viață.

Aspectul juridic al bioeticii se manifestă prin mecanismele legale recunoscute astăzi în marea majoritate a țărilor dezvoltate economic. Sunt elaborate coduri, norme și legi care protejează idealurile înaintate de către bioetică. Astfel, bioetica apare ca un mecanism de protecție a drepturilor omului, cum ar fi dreptul la viață, la sănătate, la liberă alegere, la autodeterminare etc. Sunt stabilite limitele juridice pentru cercetările științifice, reieșind din valorile umaniste. De asemenea, sunt reglementate juridic și relațiile omului cu biosfera, ale societății cu natura.

Sunt evidențiate două stiluri de gândire în bioetică. *Stilul legal, normativ* care presupune niște postulate de drept ca garant al deciziilor morale. El se bazează pe concepția liberalismului ce susține valorile individualismului, prioritatea intereselor particulare. Un exemplu poate fi cazul persoanelor purtătoare de anumite gene patologice. Conform legii, ele au dreptul la confidențialitatea informației și la liberă alegere de a avea urmași (care vor moșteni aceleași mutații). *Stilul filosofic* reiese din norme raționale morale, din valorile și ideile democratismului. Este necesară evitarea radicalismului în gândirea bioetică și contopirea celor două stiluri menționate. Protejind interesele individului nu trebuie ignorate interesele societății, naturii și biosferei în întregime, atît pe baza normelor juridice, cît și pe baza normelor morale.

Totuși, aspectul juridic al bioeticii apare ca parte aplicativă a sa, unde sunt recomandate sau înaintate norme și chiar legi pentru a forma o atitudine stabilă, adecvată și unanim acceptată a omului de știință, în special din domeniul științelor biomedicale. Actul medical are nevoie de normare și reglementare a limitelor, pentru a nu permite anumite evoluții criminale.

Aspectul medical al bioeticii este manifestarea principiilor umanismului în medicină, a unei auto-conștiințe critice a medicilor practicanți.

Bioetica trebuie să justifice moral rezolvarea multor probleme medicale: avortul, transplantarea organelor, determinarea limitelor vieții și morții, eutanasiei etc. În legătură cu progresul științific în medicină se schimbă înțelesul noțiunilor de patologie, moral și amoral, hotarul dintre normal și anormal. Revoluția sexuală duce la schimbarea reprezentărilor despre normă și patologie în comportamentul sexual: ceea ce era considerat ca anormal, ca de exemplu, homosexualitate, travestiul, este acceptat astăzi ca normal în societățile dezvoltate economic, ceea ce ne conduce la oportunitatea semnificației medicale a bioeticii. Medicina trebuie să ofere argumente științifice pentru fundamentarea bioeticii, iar bioetica – să prezinte postulate morale pentru justificarea deciziilor medicale.

Se consideră că etica nouă sau bioetica trebuie să se bazeze pe patru categorii principale: – *independența*: protejează bioetica de implicațiile externe, cum ar fi religia, politica, știința etc. și face ca aceasta să-și urmeze doar propriile obiective; – *capacitatea de gândire (rațiunea)*: permite atingerea condiției necesare pentru reglarea problemelor ce vin din științele biomedicale; – *responsabilitatea*: face omul arbitru al destinului său și îl obligă să protejeze viitorul; – *realismul*: deschide ochii omului asupra realității, țesută cu suferințe și tragedii.

Vom conchide amintind că într-o perioadă relativ scurtă, termenul de bioetică devine unul frecvent utilizat în literatura științifică și filosofică de pe toate continentele. Bioetica este apreciată drept domeniu științific, atribuindu-i-se toate caracteristicile necesare pentru această categorie. Ea evidențiază problemele vitale ale omenirii, problemele supraviețuirii și viitorului, adunând în jurul său specialiști din ramuri diferite (filosofi, pedagogi, teologi, juriști, medici, biologi etc.), care aparent nu aveau tangențe în activitate, dar care s-au unit într-o colaborare fructuoasă. La etapa actuală bioetica devine un imperativ al dezvoltării societății viitoare.

În Republica Moldova, studierea fenomenului bioeticii a debutat la mijlocul anilor '90 ai secolului trecut, când au început să fie abordate și studiate problemele supraviețuirii omenirii în cadrul catedrei de Filosofie și Bioetică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Pentru prima dată în întreg spațiul ex-sovietic, a fost inițiat un studiu aprofundat al bioeticii cu deschiderea magisteratului și doctoratului în domeniul dat. Au fost organizate multiple conferințe cu tematică bioetică, mese rotunde, au fost publicate manuale, un dicționar, numeroase

articole editate, atât în țară cât și peste hotare. Au fost organizate seminare instructive în cadrul diferitor instituții medicale și în asociații profesionale medicale din țară (ale ginecologilor, chirurgilor etc.). Cu alte cuvinte, la noi în țară s-a fondat o școală autohtonă de bioetică, unde se lucrează pe deplin asupra elaborării principiilor, aspectelor și perspectivelor acestei discipline, cu menținerea unei strânse colaborări în domeniul dat cu colectivele științifice din alte țări.

1.3 Problema principiilor bioeticii și imperativelor bioetice

În istoria dezvoltării, bioetica este prezentată ca obiect și ca instrument al cunoașterii. Problema actuală constă în depistarea momentelor esențiale, când o parte a practicii, caracterizată printr-o utilitate concretă și o apreciere reală, posedă dreptul a fi recunoscută drept domeniu științific. Aici survin divergențele bioeticii actuale, fiind motivate prin diversitatea și complexitatea fondării sale teoretice. Despre aceasta ne vorbește și faptul că la etapa actuală în practica bioetică sunt utilizate o serie de reguli, norme și principii etice – utilitariste, deontologice, teologice ș.a. – care uneori se contrazic, chiar se anulează reciproc, fapt ce provoacă dezacorduri și neînțelegeri. Filosoful englez R. M. Veatch înaintează următoarele principii bioetice: *al binefacerii, al autonomiei personalității, onestității, al tendinței de a evita moartea, al justeței.*

Filosoful italian Ramon Lucas evidențiază alte principii fundamentale ale bioeticii: **(1)** considerarea vieții ca valoare absolută și inviolabilă; **(2)** legătura inseparabilă între viață, libertate și adevăr; **(3)** cunoașterea pentru tratare, nu pentru manipulare: intervenția în concordanță cu natura este permisă, dar intervenția contra naturii este neîngăduită, adică intervenția non naturală este interzisă; **(4)** posibilitatea tehnică nu poate fi pe deplin admisă moral; **(5)** legile trebuie să tuteleze binele persoanei; **(6)** acțiunea cu dublu efect (acțiunea trebuie să fie în sine bună sau indiferentă); efectul negativ nu poate fi cauza sau mijlocul de creare a efectului pozitiv, fără a exista alternative; efectul pozitiv trebuie să fie proporțional superior efectului negativ.

Atît școala europeană, cât și cea americană își axează cercetările bioetice într-o direcție medicală îngustă, iar alegerea principiilor poartă un

caracter strict empiric. Mulți autori de peste hotare au înlocuit termenul de etică medicală cu cel de bioetică, fără a intra în esența celui din urmă. Se pierde astfel sensul larg, general și de fapt considerat cel inițial (potterian) al bioeticii. Se poate vorbi de o terminologie dublă, când etica profesională medicală este identificată cu bioetica, în mod nejustificat.

Am menționat anterior că în Republica Moldova este fondată o *școală a bioeticii*, unde sunt elaborate toate componentele acestui fenomen, ca un domeniu ce tinde spre categoria de *științific*. Direcția moldovenească în bioetică este foarte aproape de cea potteriană, de aceea unul dintre autorii acestei cărți a înaintat niște principii total diferite de cele menționate mai sus, cu scopul de a menține ideea inițială a bioeticii: *Supraviețuirea*. Astfel, drept principiu-cheie al bioeticii generale (teoretice) este numit cel *biosferocentrist*, care depășește limitele antropocentrismului și cere societății contemporane să protejeze nu doar omul, ci și biosfera în întregime. În centrul cercetărilor și acțiunilor bioeticii se situează nu doar Homo Sapiens cu problemele lui de ansamblu, dar și necesitățile vieții din jurul acestuia.

Procesul relației naturii și societății, a biosferei și omului pentru dezvoltarea lor continuă și armonioasă cere formularea principiului *coevoluției*. Lipsa unei astfel de interacțiuni face imposibilă mișcarea pe o traiectorie axată spre o civilizație inofensivă, durabilă, iar mai apoi și noosferică bazate pe modul de interacțiune coevolutiv-inofensiv, neo-culegător. Esența acestei căi de dezvoltare constă în asigurarea unei dezvoltări social-economice ca formă de protejare a naturii, devine o trecere la metoda intensivă de producere, fără deșeuri, bazată pe tehnologii scientofage, intelectuale, performante. Revoluția noosferică presupune nu doar formarea unei conștiințe noi ecologice, ci și utilizarea metodelor noi, ce ar favoriza în societate trecerea la o neo-producere și neo-culegere, care la rândul său vor deveni baza viitoarei civilizații, capabile să evite catastrofa antropoecologică globală.

Un alt principiu al bioeticii este *cel al moralității*, care se prezintă drept un studiu sistemic al acțiunilor umane în domeniile științelor și practicii medico-biologice în lumina valorilor moralității tradiționale. Bioetica promovează normele și regulile eticii tradiționale vis-a-vis de tot ce este viu, adică moralitatea autentică, veritabilă, în sistemul „om-biosferă”.

După cum am menționat mai sus, bioetica contribuie la formarea unei moralități adecvate a omului atât față de semenii săi, cât și față de plante

și animale. Socializarea constituie un proces de asimilare de către individ a unui sistem de cunoștințe bine determinate de norme și valori etice, economice, juridice etc., ce-i permit să funcționeze ca membru cu drepturi depline. Aici apare necesitatea celui de al patrulea principiu al bioeticii – al *socializării* – care cere de la cunoștințele bioetice o contribuție maximă, într-o formă adecvată și permanentă, la procesul de integrare socială a individului într-o comunitate și în special la o încadrare comportamentală, morală etc. a lui într-un grup social.

Colectivitatea și umanitatea reprezintă două laturi ale interacțiunii și interconexiunii sociale între oameni. Prima exprimă capacitatea de a trăi alături de reprezentanți cu aceeași mentalitate și de a susține această unitate. Umanitatea într-un sens larg, este capacitatea de a vedea și stima umanul în alt om. Aceste calități se manifestă prin noțiuni: ajutor reciproc, bunătate, noblețe, bunăvoință, sensibilitate etc. Relațiile sociale determină, dar și sunt determinate de orientarea oamenilor în lumea valorilor, alegerea idealurilor și normelor preferate în comportamentul său față de tot ce îi înconjoară. Această dualitate este explicată prin faptul că omul ca personalitate este unitatea socialului și individualului. Apropierea valorilor individuale de cele recunoscute la nivel social se face printr-un proces complicat și îndelungat (de la primele etape ale vieții) al socializării.

Începînd cu perioada Renașterii și pînă în prezent se duce o luptă permanentă a individului în vederea recunoașterii libertății sale. Pornind de la proclamarea libertății averii, a învătămîntului și a opiniei, se ajunge în prezent la situația cînd fiecare este proclamat proprietar al corpului său, cu libertatea de a dispune de el cum vrea. Astăzi se ajunge la libertatea cunoașterii, libertatea alegerii, libertatea autodeterminării sexuale etc., însă ar fi eronată absolutizarea libertății, fără ca aceasta să fie într-un raport justificat cu responsabilitatea. O libertate adevărată, „sănătoasă” pentru societate este recunoscută doar atunci cînd este conștientizată în măsură egală și responsabilitatea fiecăruia față de tot ce îl înconjoară, asigurînd o securitate individuală și colectivă. Astfel, al cincilea principiu al bioeticii este formulat cel al *libertății și responsabilității*.

Din moment ce omul ignoră responsabilitatea sa față de viitor, el va fi capabil de așa-numite „libertăți” ce ignoră urmările negative ce le pot produce. Acestea pot influența creșterea anumitor parametri temporari: economici, tehnici, politici etc., ce pot fi distruși prin depășirea unor li-

mite. De exemplu, obținerea minereurilor în cantități enorme va asigura o creștere economică pronunțată, însă va determina un colaps. Defrișarea sporită a teritoriilor, utilizarea în exces a îngrășămintelor chimice – acțiuni benefice societății la un moment dat, afectează grav starea ecologică de astăzi. Responsabilitatea poate fi ușor determinată când se discută despre acțiunea unei singure persoane. Lucrurile se complică însă, când acțiunile sunt colective. Idei de demnitate umană îi sunt atribuite respectul pentru aproapele său și pentru propria persoană, existența demnă, și dezvoltarea continuă. Includem aici și statutul omului ca ființă cu rațiune, care se distinge în natură prin capacitatea sa de cunoaștere, descifrarea proceselor naturale și dirijarea lor parțială, de a purta răspundere pentru alte ființe și chiar sisteme naturale. Această responsabilitate crește o dată cu mărirea capacității de implicare în natură și în special o dată cu amplificarea forței umane distrugătoare. Ca ființe cu rațiune noi trebuie să ne atribuim responsabilitatea pentru existența altor vietăți. Potrivit marelui altruist Albert Schweitzer: „Etica este responsabilitatea enormă pentru tot ce trăiește”.

Categoria de responsabilitate pentru viitorul unor ființe presupune o oarecare vulnerabilitate a acestora, cu recunoașterea unei superiorități a puterilor umane. Desigur, progresul tehnico-științific a oferit omului forțe enorme, capabile să pună capăt a mii de vieți într-o perioadă uimitor de scurtă. Tot acest progres a creat însă și aparataje care salvează și prelungesc viața. Pe de o parte, omul este cel „atotputernic”, fiind înarmat cu tehnologii performante, iar pe de altă parte, el este cel vulnerabil, fiind supus legităților biologice, cum ar fi îmbătrânirea, boala, suferința, moartea. La acest capitol, bioetica apare ca domeniu ce ocrotește viața celor care nu posedă măreția forțelor tehnologice, dar suferă ca urmare a aplicării acestora. Deci principiul *vulnerabilității* (în sens larg) apare ca unul necesar în activitatea bioetică. Bioetica își axează atenția asupra vulnerabilității vieții oricărei ființe vii (plantă, animal, om), oferind o atenție aparte vulnerabilității anumitor categorii de persoane: copii, persoane cu handicap, bolnavi psihic, bătrâni etc., devenind evidentă astfel problema apariției *bioeticii sociale*, care necesită noi investigații.

Putem conchide că bioetica înaintează o strategie de evoluție a civilizației umane doar în strânsă legătură cu toată biosfera, cu întreg viul de pe planetă. Acest fapt este necesar pentru a asigura securitatea și supraviețuirea omului ca ființă biologică și socială, ca parte componentă

a sistemului viu al Terrei, fiind și cea mai complicată și superioară verigă a ei. Se evidențiază astfel următorul principiu al bioeticii – cel *al integrității*, care devine inevitabil în procesul de elaborare a noilor paradigme în strategia de supraviețuire.

Așadar, au fost descrise șapte principii fundamentale ale bioeticii generale – continuarea concepțiilor potteriene. Acestea stau la baza oricăror decizii și abordări bioetice în plan strategic global. Însă, după cum am menționat în paragraful precedent, astăzi o activitate imensă revine direcției înguste, medicale a bioeticii (cea a lui A. Hellegers). Apare necesitatea formulării unor principii bioetice de uz îngust, clinic. Pentru a nu crea confuzii în determinarea statutului de principiu științific al bioeticii (prin confundarea ei cu deontologia medicală) am convenit să apreciem acest grup drept *Imperative bioetice*, adică acele cerințe înaintate de bioetică nemijocit în anumite situații concrete, specifice, ale activității umane.

Așadar, imperativul *autonomiei* sau *respectului pentru autonomie*, care își are temelii în principiul vulnerabilității, cheamă la recunoașterea omului ca personalitate, cu liberă voință, cu drept și posibilitate de a decide de sine stătător asupra situațiilor ce țin de bunăstarea sa fizică, psihică și socială. Acest imperativ presupune dreptul moral al omului de a trăi anumite sentimente, stări spirituale, care îi pot fi indicatori în activitatea sa vitală. Autonomia este interpretată ca o formă a alegerii, o libertate a acțiunilor unei persoane ce poate lua decizii în corespundere cu sistemul său valoric.

Evidențiem patru sensuri fundamentale ale categoriei de autonomie. Este vorba despre **(1) libera acțiune**, care este echivalentă noțiunii de autodeterminare, a cărei concretizare face actul autonom independent, intenționat (posedând motive interne) și benevol. Înțelegerea autonomiei drept **(2) autenticitate** se referă la stabilitatea și statornicia pozițiilor, valorilor, planurilor vitale ale individului. Acestea îi determină specificul caracterului, sensul vieții. Autonomia drept o **(3) deliberare efectivă** presupune o discuție deschisă, sinceră cu medicul, cu sesizarea întregului tablou al situației create, cu aprecierea în comun a alternativelor posibile și, în final, cu luarea unei decizii de sine stătătoare și conștiente. Desigur, în alegerea unei decizii trebuie excluse momentele de impulsivitate și de afect. O utilizare practică dificilă redă autonomiei următoarea semnificație – **(4) reflectarea morală**, care ar însemna acceptarea și autorizarea de către subiect a unui sistem

anumit de valori morale. Pe de o parte, omul poate întotdeauna să fie fidel aceluiași principii și sisteme de valori? Pe de altă parte, cine are dreptul să-și atribuie rol de „judecător” pentru a aprecia obiectiv atingerea unui astfel de nivel superior al autonomiei subiectului? Din păcate sunt situații în care, chiar și cei mai apropiați oameni nu pot înțelege, explica și accepta deciziile omului bolnav, nemaivorbind despre medic, pentru care pacientul este un „străin”.

De cel mai multe ori boala poate afecta autonomia pacientului, ca urmare acesta nu poate fi un imperativ absolut atunci când prin cerința pacientului poate induce un pericol nemijlocit pentru sine sau pentru cei din jur sau în cazul unor maladii infecțioase. Hotarele acestui imperativ sunt șterse și în cazul bolnavilor aflați în comă sau al celor cu patologii sau stări psihice labile. Astfel, limitarea autonomiei este îndreptățită prin aplicarea următorului imperativ, cel *al binefacerii*, care va proteja pacientul de prejudiciul ce și-l poate aduce sieși sau celor din jur. Ca exemplu poate fi menționată spitalizarea forțată a pacienților psihici.

Rădăcinile imperativului binefacerii le putem găsi în principiul fundamental al moralității, care promovează categoriile eticii universale – noțiunile de bine, caritate, milă, compasiune, respect etc., față de toate ființele și în acest caz, față de oamenii bolnavi, independent de statutul lor social, rasă, religie etc. Binefacerea accentuează nu doar necesitatea de a evita pericolul, ci și acțiuni menite să prevină și să corijeze. Cu atât mai mult se are în vedere atât prejudiciul pe care îl poate aduce medicul din motive conștiente sau din greșeală, cât și orice altă pagubă, care poate fi prevenită sau corectată de către medic, fie durere, suferință, mutilare sau chiar moartea pacientului. Există însă anumite dificultăți în acceptarea categoriei de binefacere. Desigur, aceasta nu poate fi adusă pînă la un sacrificiu de sine obligatoriu sau un altruism radical. Spre exemplu, nimeni nu o să poată considera, în conformitate cu acest imperativ, că trebuie să-și doneze un anumit organ unui om oarecare sau să-și jertfească propria viață. De aceea, binefacerea este acceptată deseori drept un ideal moral, decît o datorie, iar refuzul de a face bine cuiva poate fi criticat, dezaprobat, dar sunt anumite cazuri cînd nu poate fi calificat drept act amoral.

Uneori medicului îi este greu să determine ce este mai bine pentru pacient, de aceea devine necesar un nivel calitativ nou al relațiilor medic-pacient, cu implicarea activă a celui din urmă în luarea deciziilor.

Considerăm totuși că scopul primordial al medicului este bunăstarea pacientului sub toate aspectele sale: fizic, emoțional, spiritual, social, intelectual și profesional. Protejarea sănătății și menținerea echilibrului între aspectele numite devine obiectivul esențial al medicinei.

Binefacerea este greu de realizat fără utilizarea imperativului *non-dăunării* (*primum non nocere*). Este un imperativ întâlnit încă din scrierile medicale antice, unde era considerat printre cele mai importante reguli ale medicului profesionist. Astăzi acest imperativ interzice, la fel ca altădată, dăunarea pacientului, atât în formă directă cât și indirectă. Determinarea cauzei daunei se dovedește dificilă uneori, precum și aprecierea binefacerii pentru pacient. De aceea vom evidenția patru forme de prejudicii: **(1)** Prejudiciile aduse de inacțiune, pasivitate, neacordarea ajutorului necesar; **(2)** Prejudicii datorate nepăsării, neglijenței sau premeditate; **(3)** Ca rezultat al unor acțiuni necalificate, necalulate și incorecte, iar profesia de medic capătă astfel nu doar sensul ei „clinic”, dar și conținut moral; **(4)** Dauna obiectiv necesară. Aici se are în vedere „răul” adus pacientului în procesul acordării ajutorului medical, indispensabil pentru atingerea rezultatului dorit. De exemplu, pentru a extirpa apendicele va fi deschisă cavitatea abdominală, iar pentru a salva viața unei femei gravide sîngerînde este vitală efectuarea unui avort; înlăturarea unei tumori prevede mutilarea inevitabilă a corpului. Sarcina lucrătorului medical este de a alege varianta optimă de acțiune cu o daună minimă (în comparație cu alte alternative).

Lucrătorul medical este cel care deține și manipulează cu informații intime despre pacient. De aceea, informația este un alt motiv de prejudiciu, venit în egală măsură atât abuziv, cât și insuficient. Informația, care se presupune a fi confidențială, este oferită unor terțe persoane, fapt ce contravine voinței pacientului și planurilor sale de mai departe. Pacientul puțin informat despre starea sănătății sale nu realizează pericolul care persistă asupra stării lui viitoare, fără a lua în serios recomandările superficiale ale medicului. Pe de altă parte, informația adevărată și totală oferită într-o formă bruscă și brutală poate aduce prejudicii mult mai mari unui om cu o patologie incurabilă. Situațiile incerte morale nu sunt o raritate în profesiunea de medic, ci din contra, sunt parte componentă a acesteia, independent de cât de receptiv este medicul sub aspect moral. Astfel, imperativul *non-dăunării* trebuie să fie plasat la temelia oricărui act medical, la baza activității sale zilnice în domeniul sănătății publice.

Termenii de echitate, nepărtinire, imparțialitate sunt utilizați foarte des în viața cotidiană. Aceste categorii capătă o formă mult mai specifică și îngustă în utilizarea lor în domeniul biomedical, cu formularea unui imperativ aparte, celui al *justeții* sau *echității*. Imperativul dat, reclamă necesitatea și posibilitatea nepărtinirii satisfacerii cerințelor umane, precum și distribuirea corectă a bunurilor materiale și spirituale. Pe scurt, acest imperativ apare ca o sinteză între principiul moralității și cel al socializării, purtând în sine un caracter comparativ. Imperativul echității cere justificarea fiecărei acțiuni ce ține de viața sau de binele unei persoane în raport sau opus altei persoane sau individ. Respectarea acestui imperativ este actualizată de condițiile deficitului actual al multor resurse medicale, progresul continuu al serviciilor medicale, precum și de o răspîndire largă a unor programe de ajutor social și ocrotire a sănătății, axate pe anumite grupuri sociale. Cum trebuie să procedeze personalul medical în cazurile cînd hemodializa (rinichi artificial) efectuată timp de un an unui copil bolnav este echivalentă cu suma de bani suficientă pentru vaccinarea contra tetanos a întregii populația Africii; sau în cazul cînd un pacient din lista celor ce se află de ani de zile în rîndul pentru transplantul de inimă are nevoie vital de transplant, însă se află, să zicem, al patrulea?

Se întîlnesc diferite criterii în fundamentarea unei repartizări echitabile. Unii consideră că fiecare membru al societății este în drept să primească părți egale de resurse și bunuri; alții recomandă criteriul îndesulării necesităților omului; al treilea grup susține capacitățile financiare ale clientului, iar al patrulea grup constituie adepții criteriului meritelor speciale în fața societății sau colectivității aparte. Este foarte dificil să îndreptățească utilizarea unuia sau altui criteriu, mai ales în condițiile unei economii de piață și în afara unor determinări exacte specifice de la caz la caz. De exemplu, toți copiii pînă la adolescență sunt vaccinați la aceeași vîrstă, cu aceleași condiții, deci se aplică primul criteriu: al repartizării egale. Cu totul alta este situația celor ce doresc efectuarea unor operații plastice, de frumusețe, care sunt foarte costisitoare și nu sunt accesibile fiecărui membru al societății.

Desigur, interpretarea acestui imperativ va fi diferită în dependență de concepție sau curent filosofic, politic, social sau religios. Utilitariștii, pragmaticii, liberalii și conservatorii vor avea dezbateri îndelungate în jurul concepției prezentate, însă pentru un lucrător medical justețea și

echitatea vor fi determinate numai în consens cu toate imperativele expuse mai sus, pornind de la respectul profund pentru viața oricărui om.

Am evidențiat o variantă optimă și neordinară ce ține de principiile și imperativele fundamentale ale bioeticii, depășind poziția filosofiei practice europene și americane în privința acestui domeniu. Au fost elucidate exact acele doctrine care în viziunea noastră vor influența vertiginos dezvoltarea ulterioară a cunoștințelor bioetice în diverse părți ale lumii, independent de cultură, tradiție, obicei și de confesiune religioasă, făcând abstracție de situația economică și socială.

1.4 Antropocentrismul – motiv al crizei ecologice planetare contemporane

Apariția unui nou model de organizare a existenței umane în dimensiuni general-planetare cere de la savanți o conștientizare științifică riguroasă a locului omului în cosmos sau a relației omului cu biosfera, deoarece de înțelegerea acestui fapt depinde astăzi existența umană în viitor. În evoluția sa istorică, omul a depins mereu de anumiți factori externi – naturali, sociali sau culturali (religie, știință). Ceea ce a afectat considerabil lumea sa interioară, i-a limitat libertățile, i-a provocat tendința de a se ridica deasupra tuturor, de a-și lua rolul de demiurg, „*rege al naturii*”, „*supra-om*”, „*măsură a tuturor lucrurilor*”, cel capabil de a supune lumea întregă voinței sale.

Este cunoscut faptul că istoria lui *Homo Sapiens* a început cu o discriminare crudă a acestuia de către forțele externe, fiecare individ fiind într-o dependență vitală de diverși factori. Trecând prin modificări radicale, uneori drastice, determinat de structura sa anatomico-fiziologică și genetica mutațională, omul și-a creat societatea și cultura specifică. Primordialitatea condițiilor a fost pusă în dezbateri îndelungate atât de către darviniști, cât și de către marxiști. Astfel, cercetarea filosofică, pornind de la cosmocentrismul antichității și depășind secolele teocentrismului medieval, se axează asupra omului și necesităților sale, plasându-l în centrul studierii, acordându-i toată puterea, importanța și valoarea supremă. Concepția antropocentristă devine o calitate indispensabilă a societății umane, avându-și rădăcinile în scolastică, fiind puternic accentuată în perioada Renașterii și, suferind anumite metamorfoze, rămîne să predomine pînă în perioada contemporană.

Noțiunea de *antropocentrism* este studiată astăzi de mulți filosofi și reprezentanți ai științelor umanitare. Unii interpretează antropocentrismul drept o concepție filosofică și practică de percepere a lumii, care constă în acordarea importanței exclusive și valorii supreme pentru interesele și necesitățile umane, oamenii fiind analizați drept centrul universului și al vieții. Ca ramificări ale antropocentrismului sunt explicate noțiunile de *egocentrism* – când persoana este interesată doar de sine însăși, *sociocentrism* – datoria morală a personalității se răsfrânge asupra membrilor unei societăți, grup la care aparține, *patocentrism* – se consideră că omul trebuie să protejeze doar ființele cu rațiune. Dicționarul de Filosofie Oxford ne explică termenul de antropocentrism astfel: „Orice concepție care exagerează importanța ființei umane în cosmos, de exemplu cea care consideră cosmosul ca fiind constituit pentru folosul nostru. Explicarea unei proprietăți, precum o culoare, ar fi antropocentristă dacă încorporează un element care leagă posesiunea acestei calități de starea celui care o explică”.

Reprezentanții contemporani ai creștinismului, printr-o interpretare specifică, înaintează categoria de antropocentrism ca fiind: **(1)** noțiune înțeleasă în filosofia antică în sens ateist prin maxima „Omul este măsura tuturor lucrurilor” (Protagoras); **(2)** convingerea că omul este ființa supremă în crearea lumii și de aceea are dreptul să utilizeze din propriile considerente tot ce este inferior lui, fără a se îngriji de problemele morale, care apar numai în relațiile interumane, dar nu în relația lor cu „natura inferioară”. Autorii autohtoni interpretează antropocentrismul drept „concepție filosofică potrivit căreia omul este centrul și scopul universului, interesele omului au caracter universal”.

Ideea antropocentristă prevede plasarea omului pe o poziție net superioară față de toate ființele ce îl înconjoară, iar natura, cu toate părțile ei componente, are menirea de a-i satisface cerințele. Această concepție nu prevede anumite responsabilități sau obligații ale omului față de cineva din afara speciei sale.

Concepția antropocentristă este adânc înrădăcinată în dogmatica creștină conform căreia natura nu are altă menire decât de a-l sluji pe om. Omul este culmea creației, cel pentru care a fost făurită lumea, dar care, fiind păcătos, are nevoie de mîntuire, fiind de fapt neputincios și infim. Dacă concepția religioasă rămînea la ideea că pe primul plan trebuie să fie

Forța Supremă, atunci umaniștii epocii Renașterii tind să-i ofere această poziție omului, iar discursurile despre Dumnezeu sunt lăsate în umbră. Lumea creată este minunată, însă culmea lucrării dumnezeiești este doar omul, al cărui corp depășește pe cel al ființelor neumane. Noile cerințe sociale, precum și accelerarea activității umane conduc umaniștii nu atât la ideea de a-l apropia pe om de natură, cât de a-l identifica cu forța supremă. Dumnezeu este creatorul tuturor lucrurilor, pe când omul creează grandioasa și superba împărăție a culturii, atât materială, cât și spirituală.

O dată cu stabilirea perioadei iluminismului, antropocentrismul își schimbă radical tendințele, înlocuind filosofia umanistă cu o credință nemărginită în posibilitățile științei. Fiind posedat de o evlavie față de știință și tehnică, omul crede în posibilitățile enorme ale acestora. Convingerea fundamentală a Iluminismului include un antropocentrism radical, o încredere în progres, un raționalism extrem și convingerea în minunatele perspective umane. Se stabilește o ruptură între societatea umană, știință și lumea vie, „inferioară”.

O astfel de atitudine rămîne să tuteleze (fie și într-o formă atenuată) conștiința societății contemporane. Omul se plasează pe o poziție strict utilitaristă față de alte forme de viață, chiar și în momentele când se încearcă promovarea compasiunii, a milei față de ele. Dacă ființele nu conferă valoare ca produse alimentare, materie primă industrială sau modele biologice pentru experimente, atunci se pune accentul pe posibilitatea de a evita singurătatea cu ajutorul lor, pe influența favorabilă asupra sănătății omului, pe efectul pozitiv în procesul educativ al copiilor. Niciodată nu a fost pusă întrebarea despre utilitatea contactului cu omul, pentru animale.

Ideea antropocentristă stă la baza mentalității omului contemporan, prin ea este percepută și interpretată lumea înconjurătoare. Concepția antropocentristă motivează marea majoritate din activitățile practice și spirituale ale omului. Amintim cunoscuta exprimare și convingere a celui din urmă de a considera Pământul ca „mediul Său ambiant”, și nu drept „mediul căruia îi aparține”. Omul și-a atribuit o poziție decisivă egoistă, când utilul particular, personal este considerat ca unul general, pentru întregul sistem, iar lucrurile ce îl deranjează sunt exterminate fără repercusiuni la conștiință, modificînd lumea naturală conform cerințelor sale temporare.

Deși concepția antropocentristă a evoluat pe parcursul secolelor, se evidențiază cîteva calități esențiale, persistente de la apariție pînă în pre-

zent: **(a)** convingerea că omul, după proveniența și natura sa, este o ființă specială, superioară, separată printr-o delimitare impermeabilă, strictă și evidentă de toate celelalte ființe vii; **(b)** supraaprecierea importanței omului în lume, care ajunge pînă la convingerea absurdă că totul este creat pentru satisfacerea necesităților lui, ca împărat și stăpîn al naturii. Din aceste considerente, Pămîntul, ca loc de existență a omului, era considerat mult timp centrul Universului; **(c)** umanizarea sau însuflețirea naturii organice sau chiar a celei neorganice, pornind din convingerea că omul, activitatea lui, precum și societatea umană sunt prototipurile mării majorității a lucrurilor și fenomenelor în lume; **(d)** siguranța în faptul că pentru cunoașterea lumii externe este necesară cunoașterea lumii interioare, spirituale a omului, astfel se pot găsi legile fundamentale pentru a dirija fenomenele naturale.

Desigur, este indiscutabil faptul că Homo Sapiens are o sumedenie de motive pentru o astfel de autoapreciere. Dintre toate ființele vii de pe planetă, el este unicul purtător al calităților raționale. Datorită minții și mîinilor umane a fost cons-truită lumea artificială, în care el și-a creat comoditățile, iar diversitatea de tehnică inventată îi servește pentru a îmbunătăți confortul lumii antropogene, promițînd, după cum observăm astăzi, perspective surprinzătoare. Se poate spune că omul singur a dat naștere sindromului „de încîntare” față de lumea creată de el, și ca urmare, o evlavie pentru sine însuși.

Totuși, putem afirma că în condițiile crizei ecologice contemporane, antropocentrismul se perimează. Comunitatea mondială nu mai poate să se dezvolte orientîndu-se doar spre satisfacerea necesităților sale. Devine acută problema posibilităților mediului înconjurător în care există comunitatea umană, respectiv ale biosferei. Aceasta a fost influențată și modificată într-o asemenea măsură, încît schimbări nesemnificative la prima vedere ar putea declanșa reacții imprevizibile și dimensiuni imaginare, care duc ecosistemul global la o stare calitativ nouă, nefavorabilă pentru viață.

Am putea spune că astăzi omenirea „culege roadele” revoluției tehnice, cînd omul se simte în vîrfurile piramidei evoluției, cu rol de stăpîn și creator, dar totodată suferind în urma încălzirii globale, radiației sporite, apelor impurificate, solurilor erodate etc. Omenirea, în evoluția sa, depășește deja nivelul-limită de consum al produsului biosferic, destabilizînd eco-

sistemul, declanșând procesul distrugerii comunităților naturale și nișelor ecologice ale multor specii și organisme. Ca urmare, se creează un pericol real pentru existența omului însuși ca specie. Apare problema globală a epocii contemporane – criza antropoecologică, a cărei rezolvare cere o schimbare radicală a multor principii și concepții ale societății noastre, o modificare dură a ierarhiei valorice, o elaborare științifico-filosofică a Strategiei de supraviețuire a omenirii.

Indiferent de mărția și deosebirile esențiale ale mediului artificial creat, omul rămâne parte componentă a cosmosului, supunându-se pe deplin legităților acestuia. Trebuie să recunoaștem că omul nu se află deasupra naturii, ci în interiorul ei. El este conectat organic la toate evenimentele naturale ce se petrec, având influență doar asupra lor din interior. Aceasta reprezintă atît o sursă a inferiorității, cît și a forței umane. Descoperim infimitatea omului atunci cînd natura declanșează forțe agresive, dezastruoase, nestudiate pe deplin și care nu se supun dirijării.

Acceptînd ideea că omul este un fenomen endogen în natură, vom observa că urmările acțiunii unor astfel de factori sunt mult mai îndelungate și influențabile. Omul se află în interiorul biosferei, care este un întreg și are posibilitatea – cu ajutorul rațiunii – să pătrundă în cele mai ascunse și profunde mecanisme ale diferitor fenomene ale ei, provocînd schimbările comode doar pentru el. Știința epocii contemporane este mîndră de descifrarea unor taine naturale cum ar fi experiențele nucleare, citirea codului genetic, biologia moleculară etc. Homo Sapiens, datorită particularităților excepționale menționate devine unul dintre cei mai viguroși și influențabili factori ai evoluției vitoare a naturii, cu atît mai mult, un factor conștient. Rațiunea îi oferă omului posibilitatea de a prevedea urmările activității sale, iar voința – de a le axa în direcția scopurilor propuse. Aceasta îi aplică o responsabilitate enormă, deoarece îl face un pârtaș direct la procesele de dimensiuni și importanță cosmice.

Principiul antropocentrist începe să fie înlocuit cu o abordare nouă, *biosferocentristă*. Noua modalitate de gîndire își are evoluția sa, și a dat un nou vector relației omului cu lumea înconjurătoare, cu viața, cu natura, cu biosfera. De aceea problema primordială a existenței umane a fost și a rămas să fie cea a supraviețuirii, care s-a complicat și s-a agravat mult o dată cu progresul tehnico-științific. Au fost înaintate diferite căi de rezolvare ale acestui impas. În urma unor cercetări ne vom opri la două din ele, cele mai reale și eficiente, după părerea noastră. Este vorba despre metoda

ecologică și cea *etică*. Însă pentru realizarea lor este necesară schimbarea principiului fundamental al științei și practicii umane contemporane. În opinia unui autor al acestei cărți, apare necesitatea unei filosofii noi – *filosofia supraviețuirii* – bazată pe o nouă direcție științifică interdisciplinară – *noosferologia*, și cu apariția unei noi forme a conștiinței sociale – *conștiința noosferică* care ne impune o nouă interpretare a unor categorii ale eticii tradiționale cum ar fi demnitatea, umanismul și altele.

1.5 Demnitatea planetară din perspectiva supraviețuirii și a bioeticii

Demnitatea, ca noțiune a bioeticii și a eticii clasice, se manifestă în mai multe ipostaze fiind interpretată în literatura științifico-filosofică sub diverse aspecte. În această ordine de idei, se impune examinarea fenomenului *Demnitate*, înainte de toate, în context global, în afara căruia devine imposibil ca țara, națiunea, poporul etc. să-și găsească „culcușul” său ecologico-spiritual și în plan european, să se adăpostească aici cât de cât stabil și efectiv. Cu alte cuvinte, e cazul să depășim declarațiile diverselor organisme de abilitare din lume, multiplelor foruri internaționale (științifice, filosofice, politice etc.) și să purcedem la fapte concrete și fundamentate în aprecierea noțiunii de demnitate în context planetar din perspectiva bioeticii și a supraviețuirii. Care ar fi unele din ele în viziunea noastră?

În *primul rând*, trebuie avut în vedere faptul că în procesul de analiză a Demnității umane, circumstanțele contemporane impun extinderea eticii tradiționale pînă la una de bioetică, deci pun la ordinea zilei, după cum s-a menționat deja, tranziția în știință, în activitatea practică a omului de la principiul antropocentrist la cel biosferocentrist. Acest act nu este o ambiție a savanților sau a filosofilor, ci o cerință a dezvoltării civilizației în epoca tehnologiilor globale, acutizării problemelor antropoecologice în condițiile societății tehnologizate și tehnicizate.

La etapele inițiale ale evoluției omenirii, morala reglementa doar relațiile dintre indivizi. Acest proces se desfășura prin intermediul *Decalogului* (celor 10 porunci). Dezvoltarea ulterioară a civilizației ținea de noi interacțiuni și înainte de toate, de cea a omului cu sociumul. Aceste relații morale se ajustau în baza *Regulii de Aur* și ca rezultat individul se socializează, se integrează în societate. Actualmente e nevoie, conform imperativelor

morale ale dezvoltării inofensive, de o nouă etică, care s-ar stabili din rezultatele atitudinii morale ale omului față de plante, de animale, față de biosferă în linii generale. Suntem martorii desfășurării etapei a III-a în dezvoltarea eticii – *bioetica*. Extinderea eticii pînă la vietate face posibilă și *necesară* o interpretare aparte a Demnității umane.

Evoluția ulterioară a procesului istoric ne obligă să prevedem în viitorul apropiat pe cel de-al IV-lea nivel în dezvoltarea eticii tradiționale – *noetica*. E vorba de paradigma dezvoltării durabile, dezvoltării socio-naturale, noosferice, care va iniția și satisface necesitățile reglementării relațiilor morale în sistemul „om-noosferă”.

În al doilea rînd, atragem atenția că și în plan planetar noțiunea *Demnitate*, în conformitate cu procesul obiectiv de globalizare, nu semnifică altceva decît *calitatea de a fi demn*. În cazul examinat se are în vedere valoarea demnă nu doar a unei persoane sau a unei comunități – profesionale, naționale, religioase etc., sau chiar a unui popor, ci a populației Terrei în ansamblu, integral. Cu alte cuvinte, *demnitatea globală* (demnitatea planetară) este *activitatea vrednică, destoinică, cu respect, responsabilă, sobră a tuturor popoarelor lumii din punctul de vedere al moralității cu un scop bine determinat – supraviețuirea omenirii realizată prin intermediul dezvoltării durabile, evoluției socionaturale, a noosferizării și bioeticii*. Fiind determinată întru totul de fenomenul de globalizare și cel al supraviețuirii, demnitatea în context planetar, ține, fără îndoială de Homo Sapiens, constituind o valoare bioetică, o valoare supremă și universală și deci umană.

În al treilea rînd, ar fi binevenită o întrebare majoră de tipul: la ce se referă în plan global valoarea nominalizată, deci care activitate contemporană a omului, obținînd atributele „suprem” și „universal”, s-ar desfășura cu demnitate? Suntem convinși că actualmente nu există o problemă mai acută decît cea a asigurării securității existenței umane, a atitudinii tuturor „noi” față de acest fenomen. Asigurarea *securității dezvoltării civilizației actuale* constituie conținutul primordial al *demnității globale*. În afara fenomenului de securitate planetară nu poate exista demnitatea globală. Acest enunț este axioma și imperativul zilei de azi. În caz contrar, omnicidul planetar ce ne pîndește la orice pas va deveni realitate în cel mai apropiat timp.

În al patrulea rînd, suntem martorii multor divergențe, numeroaselor momente nocive ce se desfășoară pe Terra în această direcție, provocate

de noi, pămîntenii. Mai întîi, cei care ne numim Homo Sapiens din păcate că nu doar nu înțelegem pe deplin cunoștințele bioetice, dar nici nu implementăm pînă la capăt în activitatea cotidiană principiile și imperativele de bază ale acestora. Europa, America de Nord „gem” de aceste cunoștințe, pe cînd noi abia însușim noțiunile ei. *Biosferocentrismul* nu e la modă nici în teorie, nici în practică. Ar fi cazul ca guvernul, ministerele, Academia de Științe a Moldovei să manifeste un interes mai pronunțat vis-a-vis de acest domeniu al științei și al filosofiei practice.

Bioetica, afirmîndu-se drept știință a supraviețuirii, ține nemijlocit de Demnitatea globală, fiind și noțiunea ei (a bioeticii) fundamentală. E necesară o instruire bioetică la toate nivelurile, înainte de toate în instituțiile preuniversitare, universitare și postuniversitare; se impune, de asemenea, crearea unui Comitet de Bioetică pe lîngă guvern, cum se procedează în țările Occidentale.

Alt moment important în ceea ce privește esența demnității globale este faptul că activitatea umană atît în plan național, regional, cît și mondial nu ține cont de destinul, de viitorul generațiilor ulterioare. Suntem doar la etapa declarațiilor, deoarece la Summitul de la Rio de Janeiro (1992) și la cel de la Stockholm (1994) s-a adoptat concepția dezvoltării durabile, dar au trecut circa 15 ani și nu s-au elaborat mecanismele ei de realizare. Noosferizarea rămîne deocamdată unica pîrghie în această direcție, dar din păcate nu este acceptată nici în plan global, și nici în plan european. De asemenea, metodele și mecanismele bioetice nu-s solicitate în toate țările din lume. Cu alte cuvinte, unitatea noosferizării și bioeticizării în strategia de supraviețuire a omenirii rămîne un vis al civilizației contemporane.

Ca urmare, *supraconsumul și suprapopulația*, care provoacă problemele globale contemporane, au devenit fenomene pe care Terra, omenirea, nu le mai poate suporta, depăși și deci nu poate fi vorba de o constituire și de o stabilire a Demnității planetare veritabile. Sărăcia, într-o parte a lumii, alternează cu bogăția nejustificată în altă parte a ei. Astăzi, de exemplu, un copil din SUA utilizează bunuri materiale de 30 ori mai mult decît unul din India. Și tot SUA (5% din populația lumii) folosesc circa 25% din resursele planetei și tot atîtea procente de reziduuri industriale (bioxid de carbon) de pe Terra se datorează americanilor.

Un alt exemplu ce ne demonstrează faptul că Demnitatea planetară nu este respectată la justa valoare: în prezent în lume se cheltuiesc pentru

golf, vin, bere, țigări, reclamă și necesitățile militare circa 2000 mlrd dolari SUA, pe când cheltuielile necesare pentru planificarea familiei, pe apă potabilă, pentru instruirea primară și sănătatea copiilor constituie doar 34 mlrd dolari și civilizația contemporană nu le găsește. Cheltuielile pentru „nevoile” militare sunt egale cu profitul populației sărace de pe Terra. Despre ce demnitate umană planetară poate fi vorba? O situație similară are loc și în Republica Moldova: bogații nu aud strigătele săracilor, ale bătrînilor, ale copiilor orfani, ale celor bolnavi etc.

Care sunt concluziile? Un singur răspuns există: *demnitatea ca atare nu poate fi segmentată, fragmentată*. Nu putem neglija tradițiile, obiceiurile, confesiunile religioase, deci fenomenele subtil-vibratile ale popoarelor, dar concomitent nu avem dreptul să jertfim o parte a populației în favoarea alteia. Demnitatea globală, nu poate fi deci *ierarhizată*, în majoră sau minoră, suficientă sau insuficientă; ea n-are instrumente de măsură cantitativă, ea trebuie să fie umană și să corespundă întru totul exigențelor și principiilor bioetice, adică eticii viului. Demnitatea nu poate fi înjumătățită, cum nu pot fi măsurate adevărul, ura, patriotismul, dragostea: acestea ori sunt, ori nu sunt.

Constatăm cu regret în acest context că nu doar în trecut, ci și azi întâlnim situația când se afirmă că *existența socială determină conștiința socială* (paradigma marxistă): banii și luxul sunt în fruntea „cinstei”, ceea ce nu corespunde imperativelor umane și doctrinelor bioeticii contemporane. În condițiile noosferizării sociumului e necesară inversarea acestui postulat: *conștiința socială trebuie să depășească existența socială*. Acestea sunt imperativele Demnității globale, viceversa nu poate fi!

Actualmente, se vorbește tot mai frecvent despre mentalitatea, despre conștiința noosferică, despre intelectul noosferic și paralel despre societatea noosferică bazată pe înțelepciune, rațiune, înțelegere, toleranță, interpretare, integrare, diversitate, unicitate etc., care în ansamblu ar sta la baza Demnității planetare, globale. Noosferizarea, ca mecanism de realizare a dezvoltării inofensive umane, trebuie să devină atributul principal al Demnității universale. Demnitatea cere deci să noosferizăm toate tipurile de activitate umană, inclusiv esența omului, care în viziunea lui F. M. Dostoevski constituie o taină, ce trebuie intuită. “Eu mă preocup de ea, fiindcă doresc a fi om” – afirma el. Acest enunț exprimă esența omului: dacă nu ești preocupat de studiul omului, de înțelegerea și interpretarea

lui, automat te excluzi din rîndurile lui Homo Sapiens. Demnitatea este deci și esența omului, categoria și obiectul de studiu al bioeticii.

Ar fi util aici încă un exemplu ce identifică Demnitatea globală cu determinarea corectă a parametrilor supraviețuirii omenirii, cu excluderea omnicidului planetar. E vorba de *noosferizarea proceselor demografice*, deci de o reglementare justificată a populației pe Terra, reieșind din perspectiva posibilităților biosferei. Suprapopulația n-are alternativă în soluționarea problemelor globale, cum ar fi cele energetice, alimentare etc. Președintele Clubului de la Roma A. Peccei scria cu 37 ani în urmă: “Dacă omenirea s-ar pomeni incapabilă de a supune unui control minuțios sporirea numărului populației sale, apoi el nu va putea rezolva nici o problemă acută a contemporaneității”. Actualmente se propun diferite mecanisme, chiar diverse paradigme neordinare de reglementare a sporirii populației. De exemplu, fondatorul Bioeticii, Van Rensselaer Potter, promovează ideea *sporului nul al populației*. Indexul nominalizat apare la acest savant drept parametru de bază (principal) în sistemul de asigurare a supraviețuirii omenirii. El afirmă că fiecare familie trebuie să-și limiteze numărul de copii – nu mai mult de doi, iar mijloacele de reglare a nivelului de natalitate să fie benevole. Realizarea acestui act este posibilă într-o societate civilizată prin intermediul pîrghiilor morale, economice și forței rațiunii, adică prin noosferizarea și bioeticizarea sociumului, personalității și a democrației.

Paralel, pe lîngă concepția lui Potter, în literatura de specialitate există și alte paradigme de reglare a sporirii populației. Se recomandă, conform ideologiei *ecogeice*, realizarea revoluției *axigenice* (așa consideră biologii) – revoluția mamelor (în familie doar un copil) și deci stoparea, apoi și micșorarea populației cu 1,5-2,0% anual. Procedînd astfel, omenirea ar manifesta, practic, o Demnitate planetară decentă, dar lucrurile stau altfel. Populația pe Terra sporește și atunci societatea ca sistem sinergetic se autoreglează prin mijloace proprii, cum ar fi războaiele, foametea, epidemia globală etc., ceea ce nu are nimic comun cu bioetica, cu moralitatea.

În concluzie, la etapa actuală a dezvoltării omenirii suntem departe de o Demnitate globală veritabilă. Noi, pămîntenii, suntem obligați să lucrăm în această direcție dacă tindem să salvăm specia umană, dar aici ne așteaptă mari obstacole și nu suntem convinși că o integrare nechib-

zuită, în pripă, în Europa, ar salva situația nu numai în țară, ci și în context planetar. E necesar să elaborăm, iar apoi să realizăm doctrine umaniste care în final ne-ar orienta spre o *demnită* ajustată pentru toată planeta, bazată pe doctrine bioetice globale adaptate la ziua de azi cu specificul obiceiurilor, tradițiilor și confesiilor religioase ale tuturor popoarelor din lume. Realizarea acestei doctrine nu este atât de ușoară, ci chiar destul de dificilă, dar o noosferizare veritabilă, în comun cu bioeticizarea, fără îndoială ne poate conduce spre o integrare adecvată în Europa, spre succese concrete în ceea ce privește salvarea civilizației contemporane de un omnicid planetar și deci spre o dezvoltare durabilă a fiecărui stat din lume, a omenirii în genere.

1.6 Umanismul în contextul bioeticii globale

În *sens restrâns*, noțiunea „umanism” în literatura filosofico-științifică este interpretată ca fiind o mișcare culturală a epocii Renașterii, un produs al acesteia. În *sens larg*, umanismul e un sistem de opinii, de concepții ce se modifică istoric și care recunoaște valoarea omului drept personalitate, dreptul acestuia la libertate, fericire și perfecționare, la manifestarea facultăților sale, considerînd asigurarea demnității (personale și planetare) și binelui Homo Sapiensului, drept criteriu de evaluare al instituțiilor sociale, iar respectarea imperativelor bioeticii, cum ar fi dreptatea, egalitatea, omenia, bunătatea, onestitatea, responsabilitatea etc., drept normă a relațiilor dintre indivizi.

Situația specifică Terrei în ultimele decenii, ca rezultat al crizei antropologice globale ne sugerează noi idei, noi afirmații: revenirea asupra unor momente metodologico-conceptuale ce țin de esența și conținutul noțiunii de umanism. Momentele sunt provocate de mai mulți factori, în principal de fenomene neordinare precum globalizarea și informatizarea, ecologizarea, noosferizarea și bioeticizarea sociumului, care la rîndul lor devin nu doar condiții necesare de supraviețuire a omenirii, ci și mecanisme de realizare a securității umane în proporții globale, a civilizației contemporane în genere. Vom încerca să analizăm fenomenul *umanism* la etapa actuală de dezvoltare a lumii, cînd cea din urmă se mondializează, cînd se acutizează la maxim problemele globale existente, amenințînd omenirea cu un omnicid planetar, cînd populația Terrei își axează atenția

tot mai frecvent asupra implementării în practică a bioeticii și noosferologiei ca organoane-cheie în evitarea pericolului antropoecologic global ce periclitează omenirea.

În prezent bioetica – paradigmă etică fundamentată pe o abordare multidisciplinară ce îmbină politica, filosofia și performanțele științei de azi, tradițiile morale general-umane și experiența spirituală a Orientului și Occidentului – își propune o funcție deosebită, chiar excepțională, de modernizare și transformare a societății tehnicizate și tehnologizate contemporane, de implementare a umanismului în diverse genuri de activitate a omului, mai ales în lumea biomedicală. În calitate de norme etice inițiale ale activității sociale contemporane se prezintă *toleranța și înțelegerea, interpretarea și dialogul, armonia datoriei și responsabilității individuale și colective* etc. Importanța lor primordială în funcționarea sociumului se manifestă prin faptul că acești factori nu pot fi substituiți cu alții, care în aceeași măsură ar contribui la înfăptuirea procesului de umanizare a vieții cotidiene.

În această ordine de idei apare o problemă axiologică extrem de importantă: ce intervenții ale omului sunt necesare asupra naturii și deci juste, întemeiate și care din ele sunt lipsite de temei, devin suspecte? În prezent ia naștere o nouă etapă în reevaluarea și stabilirea esenței individului, a conținutului său valoric în condițiile globalizării: etapa influenței multilaterale asupra omului, a utilizării în proporții mari a cunoștințelor vechi și nu a aprofundării celor din urmă, în studiul Homo Sapiensului. Altfel spus, epoca clasică a cunoașterii detaliate a omului se încheie, începe o etapă netradițională ce diferă esențial de cea anterioară.

În literatura științifico-filosofică se evidențiază două genuri de tehnologii care provoacă riscuri și pericole cauzate de globalizare: tehnologii terapeutice și tehnologii ameliorante (amelioratoare). Dacă cele dintîi presupun tratament, vindecare, însănătoșire, apoi cele din urmă, doar ameliorarea calității sau apariția noului. Primele tehnologii fac pe oameni întregi, compleți, al doilea tip – schimbă acest întreg. Putem concluziona că acțiunile terapeutice axate doar pe restabilirea esențialului în individ nu provoacă obiecții serioase din partea umanității, atunci cînd cele ameliorante centrate pe transformarea naturii omului, cauzează o multitudine de neînțelegeri, chiar neacceptări, respingeri.

Bioetica, inclusiv cea globală, se poate manifesta atît în procesele de modificare, cît și în cele de transformare a evoluției sociale, a vieții coti-

diene. Diferența fundamentală dintre cele două fenomene se plasează în sfera umanismului, în spațiul etico-moral și anume între răspunsurile la două întrebări: **(1)** în prezent sunt adevărate și utile valorile etice tradiționale și idealurile apărute în epocile Renașterii și Iluminismului? **(2)** corespunde cumva credința și tendința omului pentru progres, cu normele politice, științifice și etice contemporane? Răspunsurile la aceste întrebări sunt destul de dificile, dar trebuie să le căutăm, plasându-ne pe poziții bine determinate și mai ales favorabile procesului de realizare a asigurării securității umane.

Bioetica apare ca etică a transformării stilului de gândire, modului de viață față de vietate, care corespunde cerințelor utilizării noilor modele și tehnologii și limitează năzuința (tendința) omenirii de a sintetiza vechiul și a interveni cu schimbări radicale în esența biologică a biosferii și a individului. Concomitent, bioetica constituie într-un sens bine determinat rezultatul interinfluenței și interacțiunii diverselor culturi și sisteme etice. Putem concluziona că apariția și răspîndirea ideilor bioetice, întâlnite la hotarele filosofiei, biologiei, eticii și medicinei, constituind un nou stil de gândire (mod de viață), un nou institut sociocultural, devine germele unei noi autoconștiințe europene, pentru care sunt caracteristice democratizarea opiniilor, libertatea acțiunilor, deideologizarea, toleranța, pluralismul gusturilor, idealurilor, multitudinea paradigmelor etice etc.

Altfel spus, bioetica include prin conținutul și manifestările sale noțiunea de umanism în sensul larg al acestui cuvînt, adică extins și asupra lumii vii, biosferei în genere, din punctul de vedere al supraviețuirii omenirii. Umanismul fiind determinat în mare măsură de ideile bioeticii, trebuie să fie axat pe fenomenul de asigurare a securității individului, a naturii vii. Fără acest mecanism, criteriu, actualmente nu putem vorbi despre un umanism global veridic, adecvat: bioetica globală include noțiunea de umanism și viceversa: umanismul nu se poate manifesta la justa valoare în afara eticii biologice, în afara protejării morale a viului, în afara fenomenului de supraviețuire a omenirii.

Sistemele etice tradiționale nu-s capabile să rezolve problemele ce țin de criza antropoecologică globală, de a contribui nemijlocit la evitarea omnicidului planetar, deoarece ele au o carență comună: interpretarea unilaterală și incompletă a omului, a atitudinii acestuia față de lumea biologică. Bioeticii globale, ca o nouă treaptă în dezvoltarea teoriei mo-

rale, trebuie să-i corespundă și un umanism netraditional, ce include principiile (și imperativele) *eticii biosferice*, numit *umanism planetar* sau chiar *noosferic*, alături de noțiuni ale noosferologiei *precum societatea noosferică, conștiința noosferică, intelectul noosferic* (planetar), *democrația noosferică, stilul de gândire noosferic* etc. și care alături de bioeticizare devin mecanismele-cheie în strategia de asigurare a securității umane.

Bioetica, ca nouă formă morală de organizare socială și de reglementare a activității individului în raport cu biosfera, examinează omul în toată complexitatea relațiilor lui socioculturale și naturale, în unitatea diverselor trepte de realizare ale acestora. Ea integrează stadiile menționate, creînd o concepție unică sistemică și un model de umanism de o valoare reală, adică cu toate aspectele lui și înainte de toate cu cel ce ține de asigurarea existenței umane. Care sunt punctele de aplicație, punctele de reper ale bioeticii în acest context?

Un vector aparte de manifestare a bioeticii în promovarea umanismului planetar este cel *funcțional*. Acest mecanism al eticii biologice permite satisfacerea cerințelor și nevoilor omului în diverse genuri de activitate colectivă și individuală. Societatea contemporană prezintă un spațiu sociocultural și spiritual specific, unde Homo Sapiens devine scop și nicidecum mijloc al progresului social. Umanizarea vieții de azi, a sociumului în genere este „aprovizionată” din contul utilizării în special a principiilor și imperativelor fundamentale ale bioeticii. Realizarea în practică a cerințelor și normelor eticii biologice globale permite comunității umane o socializare a noilor generații într-un spirit moral, tolerant și responsabil, într-un spirit de stimă față de diverse popoare, națiuni și confesii, față de diferite state și regiuni ale lumii.

O altă manifestare a bioeticii în procesul de umanizare a societății este cea omenească (comună întregii omeniri). De pe pozițiile moralității contemporane ea permite o analiză profundă a problemei legate de determinarea binelui de bază al omului. Bioetica globală denotă că aceasta este înainte de toate realizarea dreptului la viață nu doar al omului, ci al oricărei ființe vii. În Republica Moldova, realizarea actului nominalizat devine fundamentul în baza căruia se poate crea nu doar o societate democrată, ci și ecologică, ceea ce ne apropie considerabil de civilizația noosferică.

O altă afirmare specifică bioeticii în umanizarea vieții pe Pământ este cea *aplicativă*. E vorba de faptul că la începutul mileniului al III-lea, bioetica, în interpretarea ei potteriană, reprezintă o filosofie practică, chiar și politică, unde se elaborează și se realizează norme și reguli de comportare și de activitate vitală în sfere concrete ale societății cum ar fi cea socială, economică, politică, umanitară, medicală, de instruire, protecție socială etc. care au un țel bine determinat de menținere a țesutului fragil al ființelor vii ce nu aparțin neamului omenesc, dar susțin întru totul existența societății umane.

Supraviețuirea devine punctul-cheie în activitatea omenirii contemporane și deci concomitent, nucleul conținutului de umanism. Umanismul și supraviețuirea sunt categorii complementare, își explică esența reciproc, conduc activitățile indivizilor spre noi prosperări în conformitate cu normele și imperativele bioeticii globale. *Filosofia contemporană devine o filosofie a supraviețuirii.*

Devine necesară și obligatorie o analiză adecvată a consecințelor proceselor ce se desfășoară astăzi în societate și o elaborare de orientări bioetice bazate pe valorile persoanei și drepturile omului, pe respectarea temeliilor lui spirituale, pe utilizarea unei noi metodologii precum cea noosferică în comun acord cu principiile biosferocentrismului, coevoluționismului etc., care nu doar examinează realitatea umană reînnoită, ci mai ales situația critică ce s-a creat pe planetă în urma confruntărilor omului cu biosfera.

În concluzie, ca fenomen socionatural și cultural în contextul bioeticii globale, umanismul are perspective favorabile. Este nevoie doar de o activitate adecvată și civilizată a fiecăruia dintre noi, de a realiza în practică unitatea bioeticizării și umanizării sociumului după îndemnul lui Van Rensselaer Potter. Vom încheia acest paragraf cu un manifest bioetic specific, care aparține acestui mare gânditor al omenirii, în care autorul vorbește despre rolul convingerii și datoriei fiecărui pământean în asigurarea securității umane, în elaborarea și realizarea noilor paradigme de supraviețuire a omenirii. Considerăm că publicarea manifestului moral al lui V. R. Potter va contribui esențial la propagarea concepțiilor acestui savant vis-a-vis de destinul civilizației contemporane, de căile și mecanismele ce pot s-o salveze în plan global de pericolele ce o amenință.

Crezul bioetic al personalității

1

Convingere: Recunosc necesitatea luării unor decizii imediate în lumea aflată în situație de criză.

Obligație: Sunt gata să conlucrez împreună cu alți oameni întru dezvoltarea și aprofundarea convingerilor mele, să ader la forțele progresului mondial, care vor tinde să facă tot posibilul pentru supraviețuirea și perfecționarea genului uman reieșind din necesitatea atingerii armoniei cu mediul înconjurător.

2

Convingere: Accept faptul că supraviețuirea și dezvoltarea (culturală și biologică) a omenirii în viitor depinde în mare măsură de activitatea și planurile actuale ale omului.

Obligație: Voi încerca să-mi trăiesc propria viață și să influențez viața altor semeni pentru a asigura evoluția în direcția unei lumi mai bune pentru generațiile viitoare. Voi evita acțiunile care ar putea pune în pericol viitorul acestora.

3

Convingere: Recunosc unicitatea fiecărei personalități și dorința ei fi-rească de a contribui la dezvoltarea unei sfere sociale concrete prin mijloace care ar fi compatibile cu necesitățile ei de durată.

Obligație: Voi fi receptiv la punctele de vedere fundamentale ale altor oameni (minoritari sau majoritari) și voi recunoaște rolul convingerii emoționale în activitatea productivă și eficientă.

4

Convingere: Accept inevitabilitatea unor suferințe umane, care reprezintă manifestarea haosului caracteristic atât ființelor biologice, cât și lumii fizice, dar eu nu pot să fiu indiferent față de suferințele ce survin drept rezultat al relației inumane între indivizi.

Obligație: Voi înfrunta problemele mele cu demnitate și curaj, voi ajuta aproapele în caz de nefericire și voi lupta pentru înlăturarea suferințelor umane inutile în general.

5

Convingere: Accept inevitabilitatea morții ca o latură necesară a vieții. Confirm evlavia mea pentru viață, credința în fraternitatea tuturor pămîntenilor, responsabilitățile mele în fața generațiilor viitoare.

Obligație: Îmi voi da silința să trăiesc astfel încît să fiu util aproapelui chiar din acest moment.

Va trece timpul și cei care-mi vor urma crezul își vor aminti de mine cu recunoștință.

1.7 Bioetica în raport cu lumea biomedicală modernă. Modelele contemporane ale medicinei morale

Lumea biomedicală reprezintă un segment specific al Universului, un fragment miraculos și subtil al celui din urmă. Această lume este studiată sumar în literatura filosofico-științifică, mai ales în raport cu lumea tehnică și cu cea spirituală, cu alte lumi cum ar fi cea informațională și a valorilor umane, cea socială și a religiilor etc.

Lumea biomedicală este un fenomen extrem de complicat, mai ales cea actuală, constituită și dur influențată de om în a II-a jumătate a sec. al XX-lea și în primii ani ai sec. al XX-lea. Fiind un sistem sinergetic, adică deschis, aliniat, dezechilibrat și autoorganizat, se modifică permanent și substanțial, își amplifică ascendent interconexiunile sale cu alte lumi, își perfecționează elementele etc. Nu avem deci dreptul de a ignora aceste schimbări în examinarea ei. E vorba de cîteva momente printre care se evidențiază următoarele procese: **(a)** Influența vertiginoasă a lumii tehnice asupra lumii medicale, din care rezultă noi sisteme artificiale intelectuale de primă generație, ulterior celei de-a doua generații, care transformă sistemul binar „medic-pacient” într-un sistem cu trei componente: „medic-sistem intelectual artificial-pacient”. În lume există deja spitale întregi computerizate; **(b)** Se perfecționează permanent, în urma informatizării societății, conținutul sferei medicale, în special procesul de diagnosticare ce a contribuit la depistarea noilor unități nozologice. De exemplu, dacă în anul 1964 erau cunoscute circa șase mii maladii, la începutul sec. al XX-lea sunt descrise mai mult de treizeci și cinci mii de boli; **(c)** Se complică la maximum, ca niciodată, relațiile dintre elementele lumii medicale, mai ales cele dintre „om-biotică”, „om-mediul” drept re-

zultat al nesoluționării multor probleme globale, cum ar fi cele ecologice, demografice etc. Tot mai evident și insistent se manifestă rolul profitului în aceste relații. Apare necesitatea, chiar și inevitabilitatea substituirii economiei de piață prin cea biosferico-noosferică; **(d)** Se amplifică dur influența dăunătoare a activității umane asupra sănătății omului, sănătății publice, asupra întregii lumi biomedicale. E vorba de catastrofele tehnogene cu caracter global, de terorismul internațional, de alte acțiuni umane ce afectează mediul, produsele alimentare, relațiile sociale. **(e)** Sporesc considerabil contradicțiile dintre lumea biomedicală și cea spirituală.

Acțiunile menționate au provocat apariția eticii viului și ulterior necesitatea organizării instruirii bioetice a noilor generații umane de pre-tutindeni. La acest capitol, Consiliul Europei a aprobat o hotărâre în care recomandă insistent învățămîntul bioetic în institutele de învățămînt superior și examen de bioetică la echivalarea titlului de medic.

Un alt aspect legat de bioetică în raport cu lumea biomedicală este faptul că ea reprezintă și un institut sociocultural cu o ierarhie proprie. E vorba de comitetele spitalicești de bioetică, regionale, de ramură, naționale și internaționale, despre care vom vorbi detaliat în unul din capitolele următoare.

Așadar, bioetica reprezintă o nouă viziune a lumii biomedicale ce corespunde totalmente societății contemporane: societate informațional-tehnogenă. Începutul sec. al XXI-lea ne-a oferit ocazia să fim martorii unui proces deosebit de transformare a medicinei, care constă în schimbarea radicală a paradigmatelor acesteia: paradigma patologiei (bolii) este substituită de cea a sănătății, iar paradigma teoriei – cu cea etică. Un rol aparte în elaborarea acestor paradigme de transformare a medicinei îi aparține bioeticii, care a inițiat un nou fenomen în activitatea medicală actuală – *medicina morală*, cu un conținut excepțional și cu particularități deosebite în raport cu medicina din alte vremuri.

Există câteva modele ale medicinei morale ce se axează în spațiul raportului „medic-pacient”. Aceste tipuri elucidează diferite probleme cu privire la poziția morală și la comportamentul medicului față de pacient, precum și atitudinea pacientului față de lucrătorul medical. Savantul american R. M. Veatch formulează următoarele modele ale medicinei morale:

Modelul tipului tehnic presupune că medicul în activitatea sa se conduce doar după principiile științei și ale tehnicii. El este inginerul organismului uman și acționează ca un tehnician care conectează diferite fire, țevi și conducte, curăță sistemele uzate. Exagerarea principiilor tehnice în activitatea curativă exclude atitudinea morală a medicului față de pacient. Totuși, savantul adevărat, nemaivorbind de medici, nu poate evita aprecierea morală a activității sale, nu poate să nu ia în considerație anumite valori morale. La fiecare pas, medicul este nevoit să decidă, să ia o atitudine, nefiind independent față de anumite sisteme de valori. Acest model este provocat de informatizarea și tehnologizarea intensivă a sferei medicale.

Modelul tipului sacral este o altă extremă în raporturile morale dintre medic și pacient. Dacă în modelul tehnic medicul ignoră valorile morale, atunci modelul sacral, dimpotrivă, absolutizează capacitățile și atitudinile morale ale medicului cu o indiferență totală față de poziția pacientului. Medicul este privit ca un tată, un preot (ca cineva sacru, cu puteri extraordinare) care știe totul și procedează întotdeauna corect. El prescrie și aplică tratamentul, conducându-se după propriile valori morale fără a discuta cu pacientul. Acest paternalism duce la negarea altor poziții morale și poate să aibă consecințe negative asupra pacientului.

Modelul tipului colegial a apărut ca o încercare de a combina primele două modele. Dacă primul imaginează medicul ca un tehnocrat lipsit de calitate morale, al doilea absolutizează autoritatea morală a medicului, ignorând demnitatea și libertatea pacientului, atunci modelul colegial tinde spre un compromis ce ar optimiza raporturile morale dintre medic și pacient. Aceste atitudini trebuie fundamentate pe colegialitate, promovind scopuri și interese comune în rezolvarea diferitor probleme. Relațiile lor trebuie să se bazeze pe încrederea reciprocă, egalitate, libertate. Însă comunitatea intereselor este greu de transpus în practică. Deosebirile etnice, de clasă, economice dintre oameni aduc acest model doar la nivelul de ideal.

Modelul tipului de contract poate să corespundă relațiilor sociale reale. Depășește neajunsurile modelelor anterioare și se bazează pe acordul informat, care va fi studiat mai târziu în cadrul acestei lucrări. Medicul trebuie să prezinte informația despre caracterul bolii, scopul și riscul tratamentului, alternativele posibile. Pacientul își păstrează libertatea de a

controla propria viață și sănătate, de a lua decizii, reieșind din propriile dorințe și valori morale. Modelul tipului de contract presupune că atât medicul, cât și pacientul se conduc de principii și valori morale înalte. Modelul nominalizat poate preîntîmpina multe probleme etice ce se întîlnesc în practica medicală.

Bibliografie

1. **Astărăstoae V., Bella Triff Almoș.** *Essentialia in Bioetica.* – Iași: Cantes, 1998.
2. **Blackburn S.** *Dicționar de filosofie.* Oxford. – București: Univ. Enciclopedic, 1994.
3. **Beauchamp T.L., and Chidress J.F.** *Principles of biomedical ethics.* – New York: Oxford University Press, 1994.
4. **D'Onofrio Felice, Giunta Riccardo** *La Bioetica nel futuro dell' Uomo.* – Napoli: Grafite, 1999.
5. **Engelhardt Tristram H. Jr.** *Respect for life and the foundations of bioethics.* //The ethics of life. Ed. by Noble Denis, Vincent Jean-Didier. – Paris : UNESCO, 1997.
6. **Grayling A.C.** *Viitorul valorilor morale.* – București: Ed. Științifică, 2000.
7. **Husserl Ed.** *Criza umanității europene și filosofia.* – București: Paideia, 2003.
8. **King A., Schneider B.** *Prima revoluție globală. O strategie pentru supraviețuirea lumii. Un raport al Consiliului Clubului de la Roma.* – București: Ed.Tehnică, 1993.
9. **Maximalian C.** *Fascinația imposibilului – Bioetica.* – București, 1997.
10. **Mereuță I., Untu B., Munteanu Liuba.** *Spre mileniul III: dezvoltarea umană durabilă și problemele medico-sociale în republica Moldova.* – Chișinău: ICȘITE, 1999.
11. **Nicolau S.** *Bioetica. Manual pentru învățămîntul preuniversitar și universitar de specialitate.* - București: Universul, 1998.
12. **Ojovanu V.I., Gramma Rodica C., Berlinschi P.V.** *Evoluarea bioeticii în Republica Moldova: tendințe și realizări.* // Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina practică în strategia de existență umană. / Materialele Conferinței a IX-a Științifice Internaționale. 10-11 martie 2004, Chișinău. Red. șt. Țirdea T.N. – Chișinău: CEP "Medicina", 2004, p.18-25.
13. **Radu Gh.** *Evoluția axiologică a civilizațiilor.* – București: Cartea Univers., 2003.
14. **Ramon Lucas Lucas.** *Bioetica per tutti.* – Milano: Ed. San Paolo, 2002.
15. **Scripcaru Gh., Astărăstoae V., Scripcaru C.,** *Principii de bioetică, deontologie și drept medical* – Iași: Omnia, 1994.
16. **Țirdea T.N.** *Bioetica: origini, dileme, tendințe.* – Chișinău: CEP „Medicina”, 2005.
17. **Țirdea T.N.** *Elemente de bioetică* – Chișinău: Univers pedagogic, 2005.

18. **Țirdea T. N., Berlinschi P.V., Eșanu A.I., Nistoreanu D.U., Ojovanu V.I.** *Dicționar de Filosofie și Bioetică*. – Chișinău: Medicina, 2004.
19. **Țirdea T.N.** *Filosofie și Bioetică: istorie, personalități, paradigme* – Chișinău: UASM, 2000.
20. **Țirdea T.N., Gramma R.** *Principiul antropocentrist drept motiv al crizei antropo-ecologice*// Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina în strategia de asigurare a securității umane. / Materialele Conf. a X-a Șt. Int., 16-17 martie 2005. Red. resp. Teodor N.Țirdea – Chișinău, 2005, p. 46-52.
21. **Țirdea T.N.** *Principiile de bază ale bioeticii: tendințe și probleme* // Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina practică în strategia de existență umană/ Materialele Conferinței a IX-a Științifice Internaționale. 10-11 martie 2004, Chișinău. Red. șt. T. N. Țirdea. – Chișinău: CEP „Medicina”, 2004, p.12-18.
22. **Țirdea T.N., Paladi Adriana L.** *Revirimentul biosferocentrist în etica contemporană*//Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina și în strategia de supraviețuire a omului: probleme de interacțiune și interconexiune / Materialele Conferinței a VIII-a Științifice Internaționale, 24 aprilie 2003, Chișinău. Red. șt. T. N. Țirdea – Chișinău: CEP „Medicina”, 2003, p. 35-36.
23. **Țirdea Teodor N.** *Elemente de informatică socială, sociocognitologie și noosef-erologie* – Chișinău, 2001.
24. **Țirdea T.N., Berlinschi P.V.** *Bioetica și Biopolitica în strategia de existență umană*// Știința, Tehnica, Medicină și Bioetica în strategia de existență umană: probleme de interacțiune și interconexiune / Materialele Conferinței a VII-a Științifice Internaționale, 24 aprilie 2002, Chișinău. Red. șt. T. N. Țirdea. – Chișinău: CEP „Medicina”, 2002, p.18-21.
25. **Țirdea T. N.** *Filosofia contemporană – filosofie a supraviețuirii* // Filosofie, Medicină, Ecologie: probleme de existență și de supraviețuire ale omului / Materialele conferinței a IV-a științifice internaționale. 7-8 aprilie 1999, Chișinău. Red. șt. T. N. Țirdea – Chișinău: CEP „Medicina”, 1999, p. 5-8.
26. **Бек У.** *Общество риска. На пути к модерну* – М.: Прогресс-Традиция, 2000.
27. **Богуславская С.М.** *Этическая основа взаимодействия человека с биосферой и совершенствование философского образования* – Уфа: Электронная полнотекстовая библиотека Ихтика , 2004.
28. **Борейко В.Е.** *Прорыв в экологическую этику*. – Киев: КЭКЦ, 2002.
29. **Вековщина С.В., Кулиниченко В.Л.,** *Биоэтика: начала и основания. Философско-методологический анализ* – Киев: Сфера, 2002.
30. **Грубинко В.В., Степанюк А.В.** *Биоэтика и экология: биосферный аспект* // Материалы Второго Национального Конгресса по Биоэтике с международным участием, 29 сент. – 02 окт. 2004, Киев, Украина. – Киев , 2004, С. 62-63.

31. **Ди Бернардо Джулиано.** *Биоэтика: Философское обоснование*// Антологія Біоетики. За ред. Ю.І Кундієва. – Львів: БаК, 2003. – С.58-66.
32. **Канке В.А.** *Этика ответственности. Теория морали будущего.* – М.: Логос, 2003.
33. **Леопольд Олдо.** *Календарь песчаного графства.* – М.: Мир, 1983.
34. **Огурцов А.П.** *Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы* // Вопросы философии. – 1994. – № 3. – С. 14-25.
35. **Павлова Т.Н.** *Биоэтика в высшей школе.* – Киев: КЭКЦ, 1998.
36. **Поттер В.Р.** *Биоэтика: мост в будущее.* Под ред. С.В. Вековшиной., В.Л. Кулиниченко. – Киев: Видавец В.Карпенко, 2002.
37. **Цырдя Т.Н., Берлинский П.В.** *Философия (С курсом биоэтики). Учебник.* - Кишинэу: СЕР „Medicina”, 2002.
38. **Швейцер А.** *Благоговение перед жизнью.* – М.: Прогресс, 1992.

Capitolul

II

**Tradiții, profesii și valori morale
în sănătatea publică**

- 2.1 Impacte morale pe parcursul dezvoltării medicinei contemporane
- 2.2 Medicul și actul medical din premisa etică
- 2.3 Specificul manifestării unor principii și imperative bioetice în sănătatea publică
- 2.4 Autoritatea lucrătorului medical și încrederea pacientului
- 2.5 Greșelile și erorile în sănătatea publică din perspectiva eticii biomedicale
- 2.6 Taina profesională și confidențialitatea în asistența medicală
- 2.7 Bioetica medicală – formă de protejare a personalității medicului

Bibliografie

Măsurile social-economice întreprinse pentru sporirea bunăstării și satisfacerea necesităților materiale și spirituale ale oamenilor, lucrul medico-proflactic intensiv trebuie să contribuie la ameliorarea sănătății, la reducerea mortalității și creșterea duratei vieții. Medicina și sănătatea sunt două noțiuni legate reciproc, ce stau la baza valorii vieții fiecărui om. Însă în procesul diferențierii și integrării ramurilor medicinei, constituirii de noi domenii, specialități, profilării direcțiilor sale, apar inevitabil noi probleme de ordin moral. Etica medicală trebuie să devină parte integrantă a procesului de instruire și educație a orientării valorice a specialiștilor. Instruirea teoretică etică trebuie să înceapă la etapa învățământului mediu de specialitate și să continue pe parcursul întregii activități a profesioniștilor, fiind bazată pe o metodologie de cercetare bine argumentată, pe cazuri concrete și discuții deschise. Sperăm ca materialul capitolului II să fie un prilej pentru meditație, un punct de plecare în procesul de autoperfecționare și autoinstruire a medicului.

2.1 Impacte morale pe parcursul dezvoltării medicinei contemporane

Amplificarea reflecțiilor etice în domeniile biomedicale a fost puternic influențată de o serie de revelații despre o utilizare neadecvată a subiecților umani în cercetări și studii clinice. Cert este că progresul în științele

medicale necesită o permanentă verificare a rezultatelor preconizate, înainte de a fi înaintate în calitate de tratamente în masă. Astfel, cercetarea medicală ajunge inevitabil la momentul primei încercări pe viu, adică pe subiectul uman (depășind de multe ori etapa cercetărilor pe animale din lipsa de eficacitate, timp, fonduri etc.). De aici încep să apară probleme grave de ordin moral, filosofic și, tot mai frecvent, legal, care sunt cauzate de ignoranța celor ce se implică în cercetare biomedicală, sau de nebunia unor savanți care afirmă că „scopul scuză mijloacele”, sau de puterea dubioasă a vreunui tiran politic, sau de interesul financiar exagerat al unor companii farmaceutice. După cum vedem, motivații pot fi multiple, pe când rezultatul este unul singur: suferința unor oameni nevinovați, neputincioși, vulnerabili și neinformați, cărora le sunt violate cele mai sacre proprietăți – pentru toți egale de la natură – viața, autonomia și demnitatea.

Pentru a elucida afirmațiile de mai sus vom prezenta câteva exemple din istoria medicinei contemporane, cele mai tragice, în care numărul celor suferinzi depășește cifra de zeci, sute, sau poate chiar mii, și în care vinovați au fost medicii, cei care cândva au depus jurământul de a se afla în slujba binelui fiecărui pacient.

Procesul de la Nürnberg. La 25 octombrie 1946 și-a început lucrările tribunalul de la Nürnberg, care au durat zece luni și s-au încheiat pe data de 20 august 1947. Au fost acuzați 23 medici germani, savanți de performanță. Printre ei: Karl Brandt, medicul personal al lui Hitler, șeful Comisariatului pentru Sănătate și Profilaxie, membru al Consiliului pentru cercetări al Reich-ului; Paul Rostock, șeful clinicii de chirurgie din Berlin, decanul școlii medicale, șeful Oficiului pentru științe medicale și cercetări; Karl Hebbardt, medicul personal al lui Himmler, președintele Crucii Roșii germane; Kurt Blome, coordonatorul cercetărilor în oncologie în Consiliul pentru cercetări etc. Pe parcursul procesului, inculpații au fost acuzați de încălcarea regulilor războiului; crime împotriva umanității: omoruri, înrobire, tortură, acte inumane, persecuție din motive politice, religioase sau rasiale; aderare la organizații criminale. Au fost identificate 1750 de victime, doar o mică parte dintre cei care au avut de suferit sau au fost uciși ca „persoane experimentale”. Șapte acuzați au fost condamnați la moarte, cinci au fost închiși pe viață, patru au primit între 10 și 20 ani de pușcărie, iar șapte au fost considerați nevinovați din lipsă de dovezi.

Anchetatorii și judecătorii acestui proces au rămas șocați de cruzimea calmă cu care medicii-savanți executau experimentele pe oameni. Mărturiile celor implicați în cercetări (am spune jertfelor), precum și rezultatele înscrise pedant și detaliat în registre, au descoperit celor prezenți la proces un tablou sinistru celor prezenți la proces.

Erau executate experimente pentru cercetarea reacțiilor organismului uman la altitudine. Pe prizonieri era simulată insuficiența de oxigen, caracteristică înălțimilor de 12 km. De obicei cel cercetat murea peste jumătate de oră, iar în protocolul experimentului erau fixate amănunțit etapele suferințelor muribundului (de exemplu, convulsii spasmatice, respirație agonică convulsivă, suspine, țipete sfișietoare, convulsii ale membrelor, grimase cu mușcarea propriei limbi, incapacitatea de a reacționa la vorbire); de asemenea, erau înregistrate datele electrocardiogramei. Scopul acestor experimente era unul singur: ajutorul aviației militare. Mai târziu ele au fost completate cu studierea hipotermiei corpului. Prizonierii erau ținuti goi la temperatura de până la -20 grade, timp de 9-14 ore sau erau plasați timp de câteva ore în apă înghețată.

Tot în cadrul acestor lagăre de concentrare au fost intenționat infectați cu malarie peste 1200 de prizonieri. O parte mureau nemijlocit din cauza bolii, alții – de la complicații, însă mulți se stingeau din viață datorită supradozării cu diferite medicamente experimentale. În alte laboratoare, prin aceeași metodă se studia hepatita infecțioasă. Prizonierii erau infectați cu bacteria tifosului. O parte dintre ei primeau preventiv vaccina antitifos, iar grupul de control era lăsat să moară în suferințe groaznice fără tratament.

O deosebită atenție se acorda cercetării capacității de regenerare a organismului. Prizonierilor le erau făcute intenționat răni adânci în care se inoculau culturi bacteriale, rumeguș de lemn sau sticlă mărunțită. Unele răni erau tratate peste un oarecare timp, altele erau lăsate să evolueze până la cangrenă, cu sfârșit letal.

Se încercau experimente în domeniul transplantologiei, care de cele mai multe ori se sfârșeau nefavorabil. Pe larg, erau organizate experimente toxicologice, pe parcursul cărora se determina acțiunea diferitor toxine, otrăvuri, gradul lor de absorbție în organism, urmele în organe, după deces. Se cercetau efectele distrugătoare în organism ale compușilor fosforului, care se conțineau în bombele incendiare engleze.

Medicii nazisti căutau modalități de a utiliza apa de mare în alimentație. Astfel, unui grup de prizonieri nu li se dădea deloc apă, altui grup – doar apă de mare, celui de al treilea grup – apă de mare cu o concentrație ridicată de sare, dar fără gust sărat, iar ultimului grup – apă de mare desalinizată. Experimentul se petrecea pe termenul de 4 săptămîni pe 40 de indivizi. Este surprinzător și faptul că existau dileme în privința alegerii prizonierilor – țigani sau evrei – deoarece erau îndoiele legate de faptul că datele obținute în cazul țiganilor vor fi veritabile pentru nemți.

Se elaborau metode ieftine și rapide de sterilizare a populației, ca în viitorul așteptat doar națiunea germană să poată ocupa teritoriile rușilor și polonezilor.

În documente se menționează și despre furnizarea de crani umane pentru colecția antropologică de la universitatea din Strasburg. Pentru a dovedi inferioritatea rasială au fost aleși 1200 de evrei, care după ce au fost fotografiați și efectuate toate măsurile antropometrice au fost uciși și apoi transportați la Strasburg. Craniile a 79 evrei bărbați și 30 femei, doi polonezi și 4 asiatici au completat „faimoasa” colecție.

Care au fost motivațiile și îndreptățirile medicilor nazisti în efectuarea unor astfel de acte groaznice? Cu convingere bolnavă ei susțineau că în război fiecare, chiar și cei mai răi criminali, trebuie să contribuie la victorie. Sunt sacrificați câțiva pentru a salva majoritatea. Marea parte a experimentelor se sfîrșeau intenționat cu decesul prizonierului cu scopul unei igienizări rasiale. Un motiv nu mai puțin important era cariera personală a medicilor experimenterii, care își efectuau studiul pentru lucrările de doctor și doctor habilitat în științe.

Tribunalul de la Nürnberg nu s-a limitat doar la pedepsirea criminalilor. Condamnarea a inclus un compartiment special, denumit „Experimente medicale permise” care a fost elaborat de către doi medici experți americani. Mai târziu, acesta este denumit Codul de la Nürnberg, obținînd semnificație independentă și devenind primul document internațional care reglementează desfășurarea experimentelor medicale pe om. În acest cod, pentru prima dată în istoria omenirii este înaintată ideea predominării binelui și intereselor fiecăruia asupra tendințelor atît ale științei, cît și ale societății. Cu toată simplitatea aparentă, această idee poate fi considerată un succes principal în practica morală a omenirii.

Doar la câțiva ani după acest proces comunitatea umană află despre alte cazuri tragice de încălcare a eticii medicale. Acestea au avut loc în Statele Unite ale Americii, țara care a condamnat crimele naziste și se lauda cu respectul drepturilor omului.

Cazul Spitalului evreiesc de boli cronice (the Jewish Chronic Disease Hospital Case). În iulie 1963, trei medici ai spitalului evreiesc de boli cronice din Brooklyn, New York, cu acordul directorului instituției date au injectat subcutanat celule canceroase vii la 22 de pacienți bolnavi cronic și senili. Medicii nu au informat pacienții despre caracterul celulelor inoculate sau de faptul că studiul are scopul de a depista abilitatea organismului în rejectarea celulelor străine, adică răspunsul imun la celulele maligne, acesta fiind un test nereal pentru programul normal terapeutic. Experimentul a trezit opinii controversate în rândurile altor medici din spital și a ajuns până la o investigare serioasă și detaliată. Ca urmare, medicii implicați au fost înlăturați din activitatea profesională, cu anularea licențelor.

Cazul Willowbrook. La sfârșitul anilor `60 ai sec. al XX-lea un virusolog de performanță conducea un experiment la institutul Willowbrook pentru retardați mintal sever din New York. Plecând de la premisa că hepatita virală era oricum endemică în acel spital, el a expus copiii în mod deliberat la virusul hepatitei, declarând scopul de a elabora un vaccin care va controla boala. Acuzațiile au pornit de la părinții copiilor, care nu au primit suficiente informații despre experiment pentru a da un consimțământ avizat, iar în unele cazuri acordul a fost dat formal de către administrația spitalului.

Cazul Tuskegee. În anul 1973, presa americană face senzație dezvăluind societății faptul că în orașelul Tuskegee, statul Alabama, s-a făcut un studiu asupra evoluției sifilisului. Experimentul a durat 40 de ani, fiind inițiat în anul 1932. Studiul a fost aplicat asupra a 400 bărbați de culoare (afro-americani) bolnavi de sifilis (care nu erau informați despre scopul experimentului) și 200 bărbați neinfecțați – grupul de control. Bolnavii erau ținuți doar sub observație, fără vreun tratament, pentru a determina cursul natural al sifilisului netratat, latent. În anii `30 ai sec. al XX-lea tratamentele antisifilitice cunoscute aveau o eficiență limitată, însă începând cu anul 1943 devine disponibilă penicilina, care era cunoscută ca eficientă în tratamentul sifilisului și cu efecte adverse mult mai mici. Totuși acest

lucru nu devine cunoscut pacienților înrolați în acest studiu. Ca să nu se piardă pacienții în timpul celui de-al doilea Război Mondial, s-a „aranjat” cu autoritățile locale să nu fie înrolați în armată, totodată existind și „riscul” de a fi eventual diagnosticați și tratați. În anul 1951 penicilina era în mod curent recunoscută ca tratament de elecție pentru sifilis, însă atât Codul de la Nüremberg, cât și Declarația de la Helsinki nu au avut nici un impact asupra studiului. Ca urmare, peste o sută de persoane au murit de o boală care ar fi putut fi ușor tratată.

Paradoxal, rezultatele experimentului clinic nu au fost ascunse nicio dată. În anul 1972 povestea despre studiul Tuskegee apare în ziarul *New York Times*. Reacția publică a fost una foarte violentă. Unele voci au spus chiar că experimentul a fost rasist. Alții credeau că problema era clasa socială – oamenii săraci, indiferent de rasă, riscau cel mai mult să facă parte din astfel de experimente.

În anul 1973, studiul a fost oprit și guvernul american a plătit supra-viețuitorilor toate cheltuielile medicale. În anul 1975, guvernul a extins aceste cheltuieli și la familiile celor ce au avut de suferit, mai ales dacă se născuseră copii cu sifilis congenital.

Laboratoarele secrete ale KGB-ului. În perioada anilor 1946 – 1953, în componența Ministerului Securității de Stat în Moscova exista un laborator secret sub denumirea de „Camera”. Personalul acestuia se constituie dintr-un medic șef și câțiva suplinitori. Aici se desfășurau experimente de o cruzime excepțională asupra prizonierilor condamnați la moarte, care de fapt erau prizonieri politici sau cetățeni străini (polonozi, coreeni, chinezi, japonezi). Majoritatea experimentelor urmăreau determinarea eficacității diferitor toxine, sau a hipnozei și narcoticelor pentru interogări. Registrele descoperite notifică în detaliu chinurile celor condamnați. Unii mureau imediat, alții sufereau de la câteva zile până la săptămâni. Sunt descrise până și implorările suferinzilor de a-i împușca pentru a le înceta durerea. Se făceau studii asupra dozelor otrăvurilor, metodelor de introducere neobservată, posibilitatea de a nu fi depistate în organe după deces. Martorii povestesc și despre plăcerea sadică a medicilor implicați în experimente de a-și ucide victimele pentru a le studia.

Tragedia Talidomidului. În anul 1957, în farmaciile multor țări a apărut un preparat considerat unic și foarte eficient – Talidomidul. Medicamentul

era recomandat tuturor femeilor însărcinate cu scopul de a înlătura ne liniștea, insomnia, grețurile matinale etc. – simptome ce chinuie gravidele în prima perioadă a sarcinii. Preparatul a devenit repede foarte popular în Germania, Anglia, Australia, Canada și Japonia. În anul 1961, medicii germani și englezi încep să fie alarmați de numărul ridicat de copii născuți cu malformații grave ale oaselor membrilor (în formă de labe de focă – focomelie). Toate cercetările au adus la o singură cauză: administrarea talidomidului de către gravidă.

Au fost inițiate urgent studii de cercetare, în urma cărora s-a dovedit că preparatul generează o acțiune accentuată teratogenă și poate provoca atît vicii ale sistemului osos, cît și malformații ale aparatului auditiv, vizual, digestiv și uro-genital. Era suficientă administrarea unică și într-o doză obișnuită pentru a provoca schimbări ireversibile la embrion. Preparatul a fost interzis imediat, însă peste zece mii de copii din întreaga lume au rămas handicapați pe viață. A fost acuzată compania farmaceutică care a înaintat conștient pe piață un medicament testat insuficient doar pentru a ridica profituri mari. Au fost acuzate de imprudență și organele statale care au acceptat produsul pe piața farmaceutică fără a intra în detalii, riscînd sănătatea a mii de cetățeni. Presa din diferite țări înainta una și aceeași întrebare pe primele pagini: *Mai putem avea încredere în tratamente? Cine e vinovat? Ca o consecință apare și întrebarea: Care e limita încrederii în medicină și în medici?*

Ca urmare, chiar dacă menirea medicinei de la apariție pînă în prezent este protejarea și salvarea vieții și sănătății pacienților, trebuie să existe mecanisme care în anumite cazuri ne-ar „proteja” de medicină, mai ales în situația cînd, de exemplu, industria farmaceutică devine „agresivă”.

După mai multe scandaluri de acest gen, care ne indică direct o încălcare a demnității și drepturilor pacientului, oamenii au început să privească spre medicină prin prisma unui scepticism întemeiat, înțelegînd că ea (medicina) poate ajunge pînă la excese și abuzuri. Pacienții din întreaga lume au început să ceară mai multă egalitate în ceea ce privește disponibilitatea la tratament, dreptul la informare asupra tratamentului, dreptul de a participa la decizii care îi afectează, contestînd dreptul experților de a lua decizii în mod unilateral. În condițiile unei economii de piață, a unor lupte pentru putere – politică sau economică – medicina își poate păstra cu greu fața morală nepătată, fiind și ea pînă la urmă

în slujba acestor puteri. De exemplu, există astăzi păreri opuse despre moralitatea medicilor psihiatri din perioada sovietică, cei care activau în spitalele pentru bolnavii mentali unde erau internați oameni politici sănătoși. Oare puteau acei medici să schimbe ceva? Nesupunerea însemna revoltă, după principiul: cine nu e cu noi, e contra noastră, deci „a fi împotriva” echivala cu „a semna propria sentință”. Lucrătorii medicali ai acelor spitale trebuie considerați „lipsiți de moralitate” sau trebuie îndreptățiți? E dificil să dăm un răspuns.

Astăzi, un lucru este cert: medicina trebuie eliberată de oricare alt interes decât cel de a lucra pentru binele oamenilor. În sistemul sănătății publice medicul trebuie să-și urmeze criteriile etice profesionale indiferent de politica sau economia țării, promovînd aici cele mai înalte valori umane, și în special respectul profund pentru viața și demnitatea oricărui individ.

2.2 Medicul și actul medical din premisa etică

Prin noțiunea de *etică profesională* se subînțelege totalitatea de norme, prescripții, porunci, aprecieri, teorii științifice, istoricește constituite, despre comportamentul corect al reprezentantului unei anumite profesii, despre calitățile lui morale, care rezultă din funcția socială a profesiei, determinată de specificul datoriilor profesionale. Etica profesională este teoria despre moralitatea profesională ce reprezintă concretizarea regulilor și normelor morale generale referitoare la diferite activități umane. Prin urmare, rezolvarea corectă a problemelor morale ale activității profesionale este posibilă doar pe baza cerințelor generale ale moralității, dominante în societate. Etica profesională ține de viziunea muncii, de exercitarea funcțiilor sociale și de serviciu. Conceperea contemporană a eticii profesionale s-a extins considerabil. Ea reglementează și tipurile de activitate care propriu-zis nu sunt profesionale și nu-s legate de viziunea muncii, dar depind de funcțiile sociale. 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 profesie, ci la o categorie întregă, ale căror funcții obiective și predestinații sociale coincid. Așa, de exemplu, cerințele eticii medicale în genere sunt comune pentru reprezentanții tuturor specialiștilor din sfera

sănătății publice, deși în urma specializării în etica medicală a apărut categoria de deontologie în chirurgie, neurologie, psihiatrie etc., care reflectă cerințele morale suplimentare referitoare la fiecare specialitate.

Etica profesională este menită să stimuleze conștientizarea, conceperea de către reprezentanții anumitor profesii ale locului, rolului și destinației sale sociale, ale obligațiilor și datorii sale, să învețe să aprecieze critic faptele și acțiunile sale, comparându-le cu cerințele morale profesionale. La baza obligațiilor concrete ale reprezentanților diferitor profesii se situează în principiu aceleași cerințe morale, care nu exclud și cerințele specifice ale moralei profesionale. De exemplu, pentru medic, cerința morală principală o constituie atitudinea delicată, atentă, grijulie față de bolnav; pentru savant, datoria profesională constă în căutarea adevărului științific în scopuri mărețe ale umanității.

Bineînțeles că pot să apară obiecții, conform cărora cerințele nominalizate nu sunt îndeajuns de specifice, precum că oamenii trebuie să aibă o atitudine grijulie unul față de altul, să fie onești, sinceri, echitabili. Fără îndoială, așa este, însă pronunțarea delicateteii, umanității, responsabilității tuturor profesiilor nu este identică, ea are specificul și nuanțele sale. De exemplu, în profesia medicului, delicatetea, umanitatea capătă în cea mai mare măsură caracterul cuvenit și au o scară de apreciere morală strictă; cu alte cuvinte, tocmai aceste calități trebuie să-i caracterizeze pe angajații din sistemul sănătății publice.

Etica medicală constituie o parte specifică a eticii generale. Ea se ocupă cu studierea rolului imperativelor etice în activitatea lucrătorilor medicali, constituie teoria despre valorile morale ale acțiunilor și comportamentului cotidian al medicului. Obiectul eticii medicale este morala medicală, sfera relațiilor morale reale în activitatea medicală. Etica profesională medicală constituie un sistem de norme și reguli morale care reglementează comportamentul medicului și al lucrătorilor medicali și care într-o formă specifică reflectă funcțiile sociale ale medicinei, relațiile 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 să reglementeze doar relațiile dintre medic și pacient, pe când normele eticii medicale reglementează și relațiile dintre medic și colectiv, societate, relațiile dintre înșiși lucrătorii medicali.

Morala medicală ca orice altă morală profesională este social determinată nu numai de calitățile personale ale medicului, ci și de caracterul orînduirii sociale, de sistemul dominant al ocrotirii sănătății, de prestigiul social al lucrătorilor medicali și de condițiile lor de muncă. Particularitățile concret-istorice ale moralei medicale sunt de asemenea determinate de totalitatea elementelor suprastructurii, de nivelul dezvoltării științei și tehnicii în genere, de nivelul științei și al tehnologiilor medicale în special. Chiar de se modifică relațiile sociale, concepțiile despre lume, se schimbă unele cerințe morale ale eticii medicale, însă conținutul general-uman al acesteia, condiționat de funcția socială a medicului și medicinei, va rămîne pentru totdeauna.

Determinînd esența eticii medicale, un interes aparte necesită totalitatea aspectelor legate de medicină, conținutul și rolul ei în societate. Medicina este un sistem social integral autoreglator, a cărui funcție specifică constă în asigurarea funcționării normale a societății din punct de vedere al sănătății membrilor ei. De aceea, nu e justificată reducerea problemelor etice medicale doar la factorul moral al activității lucrătorilor medicali. Prin medicină nu trebuie să se înțeleagă doar activitatea practică a lucrătorilor medicali, medicina include și teoriile științifice, concepții, moduri de gîndire etc. Deci, problemele etice în medicină nu-s echivalente cu etica medicului.

Etica medicală nu poate fi calificată nici ca deontologie medicală, deoarece etica și deontologia sunt noțiuni diferite: etica accentuează mai mult aspectele teoretice, iar deontologia cele aplicative. Etica este un domeniu ce cuprinde și problematica deontologică. Etica medicală are cîteva nivele: **(1) Etica medicinei:** include problemele etice ce țin de interacțiunea medicinei și societății, cînd exprimarea concretă a anumitor probleme morale și categorii etice depinde nemijlocit de medicină. În acest caz este vorba de probleme precum locul medicinei în progresul socio-moral al omenirii, importanța și scopul medicinei, viitorului ei etc.; **(2) Etica medicului:** reiese din faptul că în sfera medicală activează diferiți oameni. De aceea contradicțiile social-politice, idealurile umane și imperativele morale ale societății în conștiința lor se reflectă în mod diferit, conducînd la diferite decizii. Apare necesitatea de a determina științific trăsăturile morale ale medicului, formele de comportare în diferite situații morale, caracterul interacțiunilor părților subiective ale datoriei morale, responsabilității, cinstei ș.a.; **(3) Deontologia medicală:** conține

probleme specifice lucrătorului medical cum ar fi interacțiunile dintre medic și pacient, medic și rudele pacientului, medic și colegii de lucru, confidențialitatea medicală, greșelile medicale etc. Apare problematica deontologiei, adică datoria profesională, riscul profesional etc.

În medicină acționează normele și categoriile eticii generale – virtutea, binele, datoria, responsabilitatea, cinstea, demnitatea ș.a. cu o manifestare specifică. Aceasta se referă și la imperativele eticii: umanismul, colegialitatea, responsabilitatea lucrătorului medical față de funcțiile sale etc.

Etica medicală impune o atitudine egală și echitabilă pentru fiecare pacient de a stabili anumită egalitate a tuturor oamenilor în fața bolii și a morții. Totodată, eticii medicale îi sunt caracteristice anumite categorii specifice: *autoritatea lucrătorului medical*, *încrederea pacientului*, *taina medicală* și *greșelile medicale*. Categoriile eticii medicale reflectă particularitățile atmosferei morale în practica medicală și joacă rolul poziției-cheie în reglementarea normativă morală în relațiile lucrătorului medical cu pacienții. De interpretarea și înțelegerea noțiunilor date în procesul instruirii medicilor depinde calitatea activității profesionale viitoare.

Medicina contemporană se deosebește din multe puncte de vedere de nivelul medicinei chiar și cu jumătate de secol în urmă. Datorită progresului tehnico-științific în relația lucrător medical–pacient sau cu rudele lui apar situații care nu pot fi rezolvate cu ajutorul eticii medicale tradiționale. Se simte necesitatea elaborării unor principii noi, norme, mult mai specifice. După cum am menționat și în capitolul anterior apare o nouă formă de gândire etică în medicină – cea *bioetică* – care cercetează problemele conflictuale în vederea respectului vieții, autonomiei și demnității fiecărui individ pe parcursul întregii vieți.

2.3 Specificul manifestării unor principii și imperative bioetice în sănătatea publică

În capitolul anterior am explicat diferența între noțiunile de „principiu al bioeticii” și „imperativ bioetic”. În continuare vom preciza esența sănătății publice în raport cu bioetica, evidențiind imperativele fundamentale bioetice care nu dispun de putere absolută, dar acționează *prima face*, având o manifestare specifică în asistența medicală.

Evoluția de amploare a cunoștințelor biomedicale, situația ecologică alarmantă, decalajul economic dintre păturile sociale, precum și accesul neuniform al populației la serviciile medicale pune la ordinea zilei necesitatea elaborării noilor paradigme pentru perfecționarea sistemului ocrotirii sănătății. Aceste prevederi trebuie să se bazeze pe o concepție adecvată despre om și omenire, pe o viziune complexă ce necesită îmbinarea în sine atât a aspectului civilizațional cât și a celui cultural, etic și axiologic al contemporaneității. Conexiunea acestor elemente se realizează în cadrul bioeticii, care se plasează, după cum am mai menționat, la hotarele dintre filosofie, etica tradițională, biologie, medicină, drept, sociologie, etc.

Bioetica, în sensul în care este percepută de noi, adică drept cercetare sistemică-complexă a comportamentului și activităților umane în știința și practica medico-biologică din perspectiva normelor și valorilor morale tradiționale, are scopuri bine determinate. Ne referim în special la obiectivul de a stabili în ce măsură *Homo Sapiens* este în stare să modifice adecvat structura și cursul vieții, inclusiv al plantelor și lumii animale, să prognozeze și să contribuie concret la realizarea paradigmei de existență a civilizației contemporane și, în cele din urmă, să influențeze pozitiv destinul sociumului, al omenirii în raport cu biosfera. Astfel, conceperea eticii biologice în interpretare largă ne obligă să elaborăm cerințe (imperative) bine chibzuite din partea bioeticii față de domeniile concrete ale medicinei și biologiei. Dimensiunea bioetică a acestora devine din ce în ce mai evidentă, prin urmare fenomenele nominalizate necesită o analiză mai amplă.

Cît privește sănătatea publică menționăm că importanța revizuirii bioetice a intervențiilor sale survine din impactul direct pe care acest domeniu, acest institut sociouman și mod de viață îl are asupra populației, a unor grupuri specifice sau chiar a individului în parte. Faptul evidențiat este clar, deoarece asemenea acțiuni practice în orice caz și în orice împrejurare au relații directe cu individul, cu sănătatea și viața acestuia.

În concepția lui J. Frenk sectorul nominalizat al intervențiilor publice se definește drept sumă de eforturi comunitare ce se organizează pentru prevenirea bolilor și promovarea sănătății. Dacă inițial aceste activități erau axate pe individ, fiind recunoscut ca agendă cauzal al maladiilor, mai apoi spectrul de intervenție cuprinde și factorii exteriori individului, ceea

ce permite acestor programe implicarea în scopul de a limita expunerea la poluarea industrială, la gazele emanate de motoarele automobilelor, la fumul secundar produs de fumători în mediul de muncă etc.

Spre sfârșitul secolului al XX-lea, sănătatea publică devine un domeniu important al analizelor critice în cadrul științelor socio-umane. Aspectul notoriu al unor astfel de reflecții este definirea sănătății publice drept o nouă formă de „religie seculară”, în cadrul căreia noi predicatori (personalul programelor de intervenție) definesc (pentru cetățeanul neinițiat în epidemiologia riscului) căile comportamentului sanitar prin intermediul identificării greșelilor (expunerea voluntară la factorii de risc, refuzul de a schimba comportamentul de risc). Această practică socială apare ca un nou domeniu științifico-practic normativ, a cărui principală valoare este sănătatea, astfel încât se promovează ca om virtuos modelul celui care își protejează starea fizică și mentală de riscurile definite epidemiologic. Considerăm această metaforă exagerată. Totuși, trebuie remarcate dimensiunile bioetice ale acestui domeniu al medicinei, pentru evitarea ireversibilului.

Sănătatea publică se mobilizează pentru o medicină accesibilă unui număr mare de populație, pentru o educare sanitară preventivă și profi-lactică în scopul minimalizării factorilor de risc. În acest context, cunoștințele bioetice pot servi drept instrument de promovare a respectului față de orice individ și a responsabilității persoanelor încadrate în practicile medicale. În cadrul sănătății publice indivizii sunt considerați în funcție de apartenența lor la colectiv, adică se valorizează dimensiunea lor comunitară, se atrage atenția asupra priorității unor valori precum solidaritatea și binele comun.

Dilema bioetică primordială ce apare în cadrul intervențiilor sănătății publice este raportul dintre binele comun și binele individual, adică: în ce măsură un program de intervenție ce are ca obiectiv protejarea sănătății unei colectivități respectă interesele și libertatea unui reprezentant al acesteia? Care sunt limitele acceptabile ale unei intervenții vizînd convingerea unui cetățean de a adopta un comportament preventiv? În ce circumstanțe sănătatea publică este justificată de a constrînge un cetățean, o companie, un organism social să respecte unele reglementări în scopul asigurării unui mediu sănătos? Este posibil pentru personalul acestui domeniu să perceapă și să respecte valori individuale considerate drept piedici în realizarea programelor de prevenire?

În această ordine de idei, menționăm că deși există diferențe de abordare între bioetică și sănătatea publică – prima se axează pe respectul individului, cea de a doua, pe integritatea grupelor și comunităților – scopul aprecierilor este același. Este vorba despre protejarea vieții ca valoare unică și inviolabilă. Avînd în vedere că programele de sănătate publică, plasează sănătatea populației în centrul spectrului de analiză și intervenție, cunoștințele bioetice sunt necesare pentru ca acestea să se realizeze în deplin acord cu dimensiunile morale și axiologice actuale.

Astfel, purcedem la analiza imperativelor bioetice în sănătatea publică, la examinarea specificului manifestării lor în domeniul nominalizat, ce ar servi drept ghid întru evidențierea, soluționarea și prevenirea conflictelor de ordin moral în această activitate. E necesar, deci, să dispunem de anumite reguli morale ale cunoștințelor bioetice, care ar da posibilitatea într-o măsură completă de a proteja sănătatea omului și nu numai, dar și valorile individuale și general-umane.

Cele mai importante imperative bioetice în activitatea medicală, inclusiv în sănătatea publică reprezintă unele reguli, care nu exprimă bazele acestor cunoștințe (bioetice), nu formează fundamentele lor, precum principiile biosferocentrismului, coevoluționismului, socializării etc. (explicate anterior), dar care apar doar ca imperative (cerințe) morale specifice în sistemul om-biosferă. Astfel de cerințe se referă la cazul concret al intervențiilor și la relațiile ce apar aici între colectivitate (fie o populație în întregime, fie un grup concret de oameni) și individ, între personalul medical și subiecții asupra cărora se aplică programele de sănătate publică. Delimităm cîteva imperative bioetice ce ar servi drept bază practicii medicale în sănătatea publică: imperativul vulnerabilității (în sens îngust), al consimțămîntului (acordului) informat, al moralității, al autonomiei pacientului și al nedăunării, al binefacerii și altele.

Un alt moment important în examinarea specificului manifestării cerințelor bioetice în sănătatea publică este evidențierea funcțiilor de bază ale acesteia, care se reduc la control, protecție, prevenire și promovare. *Controlul* presupune un proces de apreciere a stării de sănătate a unei populații și a determinării acesteia, prin stabilirea variațiilor și tendințelor generale, prin elaborarea scenariilor de perspectivă și difuzarea informațiilor necesare întru educarea diverselor pături sociale. În cazul riscurilor reale de infectare a unor grupuri (sau pături) sociale programele de sănă-

tate publică intervin cu obiectiv *de protecție*. *Prevenirea și promovarea* se referă la reducerea factorilor de risc: dacă în primul caz acesta este realizat de personalul medical, în al doilea activitatea se axează pe implicarea nemijlocită a indivizilor.

Vom studia conținutul imperativelor bioetice și modalitatea de aplicare și manifestare a lor în sănătatea publică în corelație cu funcțiile acesteia. Mai întâi menționăm imperativul vulnerabilității (în sens îngust), care ne vorbește despre faptul că aceasta trebuie să fie percepută în două sensuri diferite. În primul rând, vulnerabilitatea este caracteristică pentru toate ființele vii (principiu), pentru fiecare viață aparte, pentru care nu sunt străine fragilitatea și moartea. În al doilea rând, se vorbește mult pe bună dreptate despre vulnerabilitatea anumitor grupe de oameni, pătri sociale, precum copiii, bolnavii, bătrînii, invalizii etc., adică e logic să vorbim despre aspectul social al vulnerabilității și mai pe larg despre bioetica socială care ar include în obiectivul său de studiu și alte fenomene precum homosexualitatea, transexualitatea, transvestitul, bolnavii SIDA, oamenii străzii, suicidul, bioterorismul etc., din punct de vedere al moralității.

În cadrul programelor de sănătate publică acest imperativ impune personalul medical să reflecteze asupra acestei duble manifestări a vulnerabilității. Pe de o parte, prin cercetările epidemiologice se stabilește gradul de vulnerabilitate a unor grupe de indivizi localizate în spațiu și timp, fapt ce permite intervențiile de diferit nivel – fie de protecție, de prevenire sau educare, al cărui scop este protecția sănătății colective. Pe de altă parte, merită menționată vulnerabilitatea individului: în ce măsură este posibilă evitarea unei marginalizări sociale atunci cînd unor indivizi li se impune practic apartenența la un anumit grup de persoane, spre exemplu al bolnavilor SIDA?

Această problematizare cu privire la vulnerabilitate ne induce spre un alt imperativ definit drept *acord informat* sau cerința *consimțămîntului*, care reflectă regula de a respecta autonomia și libertatea pacientului la o informare adecvată, clară, deplină și oportună asupra tratamentului, asupra intervențiilor și consecințelor al cărui subiect se află în actualitate.

Este clar faptul că intervențiile publice în materie de sănătate se bazează pe protecția colectivităților, grupelor de indivizi sau a societății în general în fața unor boli sau a unor riscuri ce ar putea constitui surse

pentru maladiile grave, uneori incurabile. Totuși, din perspectivă bioetică, se dovedește necesară perceperea indivizilor așa numitelor „grupuri de risc” ca personalități cu depline drepturi și valori morale, și nu doar ca elemente ale unei populații. Adică aspectul medico-biologic al reprezentanților sănătății publice despre persoane să fie completat de aspectul socio-moral al acestora, prin oferirea informațiilor și explicațiilor necesare în scopul obținerii consimțământului de la subiecții asupra cărora se efectuează intervențiile. Respectarea acestui imperativ ar permite limitarea paternalismului în favoarea *interpretării* în cadrul relațiilor dintre personalul medical, pe de o parte, și pacienți, populații și grupuri de risc, pe de altă parte.

Imperativul bioetic al *libertății și responsabilității* impune oamenii antrenati în intervențiile de sănătate publică să nu absolutizeze libertatea acțiunii în relația cu subiecții umani ce sunt în vizorul programelor sale, deoarece libertatea poate exista doar într-un raport bine fundamentat cu responsabilitatea. O intervenție poate deveni liberă, dacă în aceeași măsură este responsabilă de destinul subiecților asupra cărora se aplică, de tot ce se întreprinde în scopul asigurării securității individuale și colective. Cerința bioetică menționată înaintea și dreptul la expunere liberă și democratică a voinței atât din partea profesionistului, cât și a pacientului, luând totodată în considerație respectarea simțului responsabilității și al măsurii.

Astfel, cerința enunțată vine să completeze imperatiile precedente, adică al vulnerabilității și acordului informat. Orice persoană, fie medic sau pacient, este liberă, deci necesită un respect al dreptului la informare și la acord, prin confirmarea consimțământului, dar și responsabilă pentru deciziile sale. În dependență de gradul de dificultate al situației și de nivelul de risc în activitățile sale, personalul medical din sănătatea publică ar trebui să găsească „mijlocul de aur” între supravegherea, protecția, promovarea sănătății și libertatea de decizie a individului.

Alt imperativ etic în lumea biomedicală și în sănătatea publică este în mod nemijlocit cerința *moralității*, care impune această sferă a filosofiei practice, pe de o parte, și domeniile concrete ale medicinei, pe de altă parte, de a susține și de a proteja normele și regulile tradiționale referitoare la tot ce este viu, adică respectarea moralei adevărată și veridice în relațiile din sistemul om-biosferă. În același timp, acest imperativ, ce promovează moralitatea drept o regulă universală în comportamentul

membrilor societății, inclusiv al personalului medical, este obligatoriu și în cazul particular al intervențiilor publice. Orice cercetare și acțiune socială în domeniul ocrotirii sănătății trebuie să fie ghidată în aceeași măsură de reguli și cunoștințe epidemiologice, cât și de valori, de norme morale.

Încă o cerință bioetică în sfera sănătății publice este imperativul „*nu dăuna*”. În formularea latină el se prezintă ca *primum non nocere* și se traduce în limba română: „*mai întâi de toate – nu dăuna*”, unde cuvintele „*mai întâi de toate*” pot fi și trebuie să fie interpretate și în sensul că acest imperativ este cel mai important în activitatea medicală, mai ales în experimentele biomedicale. Aici pot apărea mai multe forme de daună, printre care delimităm dauna provocată ca urmare a unei intervenții nepregătite sau dauna condiționată de calificarea insuficientă a medicului, de incapacitatea savantului sau a lucrătorului sferei biomedicale de a îndeplini calitativ obligațiile sale întru asigurarea securității pacientului, a ființelor vii în genere. În fine, dar nu în ultimul rând, se poate menționa și dauna obiectiv necesară.

Imperativul „*fă bine*” (al binefacerii) este încă o cerință a cunoștințelor bioetice față de cei care colaborează în cadrul programelor de sănătate publică. Această regulă nu este o interdicție, ci o normă care în spațiul nominalizat impune unele activități pozitive. Sensul său se transmite uneori cu ajutorul cuvintelor binefacere, îndurare, filantropie etc. Din păcate, actualmente, s-a constituit o tradiție a atitudinii nepăsătoare față de conținutul acestor cuvinte: deseori se consideră că asemenea tip de activitate nu reprezintă ceva real, ci premeditat sau chiar fățarnic. Vom lăsa în seama conștiinței enunțatorului aceste afirmații, menționînd că fiecare cercetător, din orice domeniu al științei și mai ales din biologie și medicină, fiecare medic ce reprezintă sănătatea publică, nu are dreptul să execute un experiment sau ceva asemănător fără o înțelegere profundă a imperativului „*fă bine*”, fi îndurător.

În încheiere amintim că bioetica și sănătatea publică colaborează pentru reducerea impactului negativ al progresului tehnico-științific asupra vieții individului și omenirii, în plan axiologic și moral, pe de o parte, biologic și epidemiologic, pe de altă parte. De asemenea, menționăm că imperativele cunoștințelor bioetice în sănătatea publică enumerate mai sus, și, bineînțeles, altele care nu au fost analizate aici, nu dispun de putere absolută, ci relativă: ele acționează *prima face*.

2.4 Autoritatea lucrătorului medical și încrederea pacientului

Medicina și-a creat o autoritate specifică în societate, trecând prin multe încercări și conflicte. La etapele inițiale ale comunității umane cei care practicau medicina erau persoane sărace, care acordau ajutor din propriile considerente, bazându-se mai mult pe mister și credință. Cu timpul, aceste persoane sunt recunoscute de către comunitate prin elaborare de legi, coduri și regulamente profesionale. De exemplu, împăratul roman August, în anul 10 î.H., stabilește o amendă pentru cei care vor ofensa medicii. Putem întâlni multe afirmații despre rolul și locul medicului în societate în cărțile antice cu conținut religios, în lucrările multor filosofi cunoscuți din diferite perioade istorice, precum și în dezbaterile savanților contemporani.

În India antică, medicul bun era considerat una din cele 14 pietre prețioase dăruite de către cer. Tot aici se întâlnește și unul din primele coduri morale ale medicului care cere de la el un devotament total față de pacient, indiferent de timp și motivații. Calități asemănătoare sunt descrise și în codul medicului din China din perioada medievală, unde se vorbea despre egalitatea bolnavilor în fața medicului, care trebuie să ia o atitudine similară față de orice bolnav, fie el aristocrat sau sărac, bătrîn sau tînăr, frumos sau urît, prieten sau dușman. Ignorînd propriile probleme, medicul era obligat să ajute orice suferind, chiar pe timp de noapte, vreme nefavorabilă, indiferent de starea personală.

Altruismul și profesiunea de medic au multe tangențe. Istoria ne amintește despre marile personalități altruiste care și-au dăruit întreaga viață pentru îndeplinirea vocației de medic. Amintim numele marelui medic Albert Schweitzer, despre care am vorbit în unul din paragrafele anterioare ca filosof. El a mers benevol în junglele Africii, unde a creat un spital în care, pe lângă tratament, orice suferind primea oricînd hrană și ajutor. Bani pentru construcția spitalului și procurarea medicamentelor erau din venitul medicului, obținut prin publicarea cărților sau din banii acumulați de la concertele pe care le prezentase, fiind și un talentat muzician. O mare parte din onorariul cuprins în premiul Nobel decernat în anul 1953 a fost alocată pentru construcția unui sătuc pentru bolnavii de lepră din Africa.

Vom aminti și numele cunoscutului profesor oftalmolog ucrainean L.L. Ghirșman care trăia și lucra cu crezul: „*Eu nu am ultima oră de lucru, ci am ultimul pacient care așteaptă să fie consultat*”. Iar pe monumentul dedicat lui F. P. Gaaz, vestit medic rus care a trăit și a activat în secolul al XIX-lea, este încrustată fraza pe care el a lăsat-o drept testament, murind în sărăcie: „*Grăbiți-vă să faceți bine!*”

În societatea noastră, autoritatea medicinei se determină ca fiind o protectoare a binelui și sănătății oricărui membru. Însă ea este formată în baza atitudinii multor profesioniști care au demonstrat prin exemple personale că profesia de medic, pe lângă alte abilități și standarde profesionale, necesită și crearea unei autorități, fără de care este imposibil de activat în acest domeniu.

Autoritatea specialistului din domeniul sănătății publice depinde de pregătirea profesională și presupune un anumit prestigiu, reputație, faimă a acestuia. Ea se manifestă prin cunoștințe și diferite capacități. Înainte de toate, prin profesionalism clinic se înțelege măiestria de a acorda ajutor calificat bolnavului. Autoritatea profesională depinde de asemenea și de posedarea intuiției, ce joacă un rol foarte important în recunoașterea proceselor patologice. În unele specializări cum ar fi chirurgia, traumatologia, stomatologia, otorinilaringologia etc. o deosebită semnificație o are tehnica manuală și diferite deprinderi în efectuarea unor procedee specifice: de la aplicarea corectă a unui pansament pînă la intubare sau suturare. Pentru atragerea măiestriei adecvate și autorității profesionale, un medic are nevoie de cel puțin 10-15 ani.

Autoritatea este strîns legată de categorii general-etice precum cinstea, demnitatea. Bolnavul apreciază calități la medic precum încrederea în sine, liniștea sufletească, atitudinea serioasă față de muncă, disciplina, bunăvoința, optimismul, bărbăția, amabilitatea. Profesia medicală este incompatibilă cu duritatea, apatia, indiferența față de oameni. Pentru un lucrător din sănătatea publică deosebit de importantă o are măiestria comunicării și a rezolvării corecte a multor probleme etice referitoare la interacțiunea cu pacienții. Lucrătorul medical este nevoit să rezolve deseori și diferite probleme sociale ceea ce necesită cunoștințe variate atît în domeniul filosofiei, economiei, dreptului, cît și în domeniul tehnologiilor contemporane.

Obținerea încrederii pacientului este o condiție absolut necesară pentru activitatea rodnică a medicului. Din această cauză el are nevoie nu

doar de cunoștințe speciale medicale, ci și de cunoștințe în domeniul psihologiei generale și medicale, al eticii, tehnicii informaționale, informatizării sociumului ș.a.

Autoritatea specialistului sănătății publice produce un efect psihoterapeutic puternic și de aceea nu-i pur și simplu o chestiune personală. Chiar dacă un medic nu ține la demnitatea și autoritatea sa, printr-un astfel de comportament el discreditează autoritatea colegilor săi, medicinei în întregime. Scăderea autorității morale a medicinei (și a lucrătorilor medicali) subminează bazele relațiilor de încredere între bolnav și medic, ale posibilităților de vindecare, ale tratamentului în genere. Astăzi putem întâlni în presă articole cu caracter revoltător în care sunt supuși unei critici severe unii medici sau chiar instituții medicale. Neajunsurile evidențiate trebuie să-i privească pe toți medicii, deoarece este afectată autoritatea generală a profesiei.

Autoritatea profesională este un capital moral personal, dar în același timp este și o parte a tezaurului moral al tuturor medicilor. Oricât ar invoca cei vizați în presă condițiile nefavorabile de muncă, dezvoltarea insuficientă a bazei material-tehnice, ei niciodată nu vor fi scutiți de răspunderea morală ce le revine în caz de nereușite. Greșelile, eșecul vor afecta autoritatea celui implicat, precum și a medicinei, a sănătății publice în întregime. Profesia de medic își pierde esența fără încredere din partea populației.

Criticile din presă influențează negativ asupra interrelațiilor medic-pacient, chiar dacă fac referiri la alți medici din alte instituții medicale. Se poate ajunge pînă la o generalizare eronată a activității tuturor medicilor din diferite domenii și instituții, interpretări greșite, inclusiv crearea unor stereotipuri negative și glume neplăcute de tipul: „*Numai pe mîna medicilor să nu ajungi*” sau „*Medicul sau te tratează, sau te lasă să trăiești*”. O astfel de poziție va denatura puternic stabilirea unor relații adecvate în sistemul sănătății publice între medici și pacienți, care trebuie să se bazeze pe încredere reciprocă.

Considerăm totuși că în condițiile unei medicini deschise este firesc să existe și o critică în rîndurile mass-media. Medicina trebuie și poate fi controlată de societate, iar publicațiile critice nu pot fi interzise. Este necesară, însă, deschiderea unui dialog, în care medicii ar avea dreptul la explicații, oglindind uneori adevărata stare a lucrurilor, cea omisă de către

publiciști în punerea greșită a accentelor pe fapte. Dialogul permanent va face să crească răspunderea medicilor față de activitatea lor profesională, iar pentru reprezentanții presei va fi o cale de a asimila competența socială necesară. Totodată, va exista o șansă reală de a păstra încrederea pacienților și autoritatea profesională neștirbită.

Încrederea bolnavului susținută permanent de calitățile morale înalte ale medicului este percepută de către bolnav ca imbold intern, ca o convingere personală în necesitatea respectării regimului prescris, a modului de trai modificat, orientat spre restabilirea sănătății.

Încrederea constituie un act de bunăvoință, constituie un fel de realizare a datoriei morale a pacientului față de lucrătorul medical și în fine constituie reflectarea poziției morale a pacientului privind interacțiunea lui cu medicul. Bolnavul este nevoit să se adreseze medicului ca urmare a dezvoltării procesului patologic, care prezintă chiar și pericol pentru viață. Nu doar conținutul anamnezei, ci și viața bolnavului, viitorul lui sunt și trebuie să fie transparente pentru medic.

De regulă, tratamentul este legat de risc, de aceea rezultatul bolii depinde foarte mult de măiestria și cunoștințele lucrătorilor medicali, dar și mai mult depinde de sinceritatea și încrederea bolnavului. Omul bolnav este o personalitate și are particularitățile sale psihologice. El răspunde benevol și conștient la toate întrebările, deschide viața sa personală lucrătorilor medicali, fapt care necesită din partea bolnavului anumite eforturi morale. Dacă pacientul nu manifestă încredere, atunci el nu este sincer, iar aceasta se reflectă asupra calității diagnosticării și tratamentului.

Ce așteaptă bolnavul de la medic în schimbul sincerității sale? În primul rând, vizita la medic constituie în felul său o solicitare de ajutor. Omul bolnav așteaptă ca specialistul, personalul medical, prin comportamentul și atitudinea sa, să-i insuflă încurajare și încrederea în posibilitatea de a redobândi sănătatea.

Indiferența față de plîngeri, ignoranța, graba, nervozitatea și nerăbdarea, discuții în paralel cu terțe persoane, fără legătura pacientului și care întrerup consultația, influențează negativ asupra autorității medicului și asupra stabilirii încrederii și stimei din partea bolnavului.

Fiecare om suportă boala cu anumite particularități, de aceea este inevitabilă o atitudine particularizată din partea medicului, unde se va manifesta nu numai pregătirea științifică și practică corespunzătoare, ci

și abilitatea unui contact spiritual cu bolnavul pentru a-i mobiliza resursele fizice și morale în lupta cu boala. Bineînțeles, nu se cere medicului să joace teatru, însă, în interesul pacientului, el trebuie să însușească iscusința de a individualiza și diversifica metodele de influențare asupra psihicului acestuia. Astfel, pentru a insufla încredere, medicul trebuie să fie mai puternic decât pacientul din punct de vedere moral. Această forță va fi stimulată prin siguranța profesională și prin optimism. O trăsătură pozitivă reprezintă și încrederea medicului în sine, ceea ce face să crească autoritatea lui în ochii bolnavului, dar totodată întărește simțul demnității sale personale și profesionale.

Medicul va demonstra întotdeauna stimă față de pacientul său, indiferent de vîrsta, patura socială, studiile sau starea financiară ale acestuia. Adresarea medicului trebuie să fie una politicoasă chiar dacă bolnavul nu posedă maniere similare.

Creșterea nivelului de cultură al unei părți a populației, modificarea atitudinii omului contemporan față de propria sănătate schimbă radical caracterul relațiilor dintre medic și pacient. Pacienții cer să fie informați și consultați cînd se iau decizii cu privire la sănătatea lor. Informatizarea societății face astăzi ca fiecare pacient să se simtă inițiat în medicină, iar democratizarea societății oferă posibilități la o exprimare liberă a opiniilor. Așadar, este necesară dirijarea permanentă a dialogului dintre medic și pacient pentru a nu leza autoritatea profesională a celui dintîi și a nu pierde încrederea celui de al doilea.

2.5 Greșelile și erorile în sănătatea publică din perspectiva eticii biomedicale

O particularitate extrem de importantă a muncii lucrătorilor medicali constă în aceea că nici într-o altă profesie nu sunt atît de importante consecințele greșelilor admise (chiar și ale celor mai mici) sau ale neglijenței. Pe parcursul dezvoltării practicii medicale diferiți medici, savanți de renume au menționat importanța aprecierii greșelilor și discutării lor deschise. Prin prisma greșelilor trebuie educați tinerii practicanți în ideea prevenirii. Practica medicală este un domeniu foarte complex, multilateral și de multe ori riscant. Comiterea unor erori este inevitabilă în proce-

sul de lucru al doctorilor, fie tineri începători sau profesioniști cu stagiu. Problema esențială constă în corectitudinea acestora de a recunoaște și a remedia pe cât e posibil situația dificilă creată.

Poziția medicilor față de greșelile lor profesionale trebuie să aibă drept criteriu esențial beneficiul bolnavului. O atitudine competentă, onestă și interesată a colegilor va servi drept o reabilitare morală pentru medicul care a greșit. În diferite surse de specialitate sunt efectuate încercări de delimitare a noțiunii de eroare în raport cu cea de greșeală medicală.

Greșelile medicale sunt considerate cazurile de neaplicare sau nerespectare a unor norme de comportament profesional pe care un alt specialist, în aceleași condiții, le-ar fi aplicat. Rezultă că elementul esențial al greșelii îl constituie capacitatea profesională care în condiții similare de lucru evită greșeala.

Greșeala apare în procesul exercitării îndatoririlor de serviciu ale lucrătorilor medicali și prezintă consecința rătăcirii conștiințioase, însă care nu conține elemente constitutive ale delictului sau altor abateri. Spre deosebire de delict și încălcarea normelor de serviciu, greșelile medicale nu pot fi prevăzute și preîntâmpinate de către medic, ele nu-s rezultatul acțiunilor premeditate, atitudinii neglijente, grosolane ale medicului față de obligațiunile sale. Această categorie se folosește de obicei la analiza activității curative și de diagnosticare, în procesul evidențierii cauzelor nefavorabile, rezultatelor apropiate și îndepărtate ale intervențiilor medicale, care în unele cazuri pot constitui obiectul cercetărilor medico-juridice.

În profesia de medic, greșelile au loc ca și în cazul altor profesii, însă datorită particularităților acestei activități ele pot însuși o mare semnificație socială. Avînd în vedere sănătatea și viața pacienților săi, medicul poartă o responsabilitate morală față de ei și societate. Greșelile medicale au cauze multiple și greu de determinat. Din acest punct de vedere se deosebesc greșeli obiective și subiective.

Cauzele obiective se referă la datele incomplete ale științei medicale despre unele procese patologice, elaborarea insuficientă sau lipsa metodelor urgente și nemijlocite de investigare a unor sisteme și organe, dificultățile și complexitatea obiectului cunoașterii, condițiile și mijloacele cunoașterii, nivelul dezvoltării științei și tehnicii. Printre principalele cauze obiective se ia în calcul și nerelevanța unor postulate și principii ale medi-

cinei teoretice și practice ce duc la modificarea concepțiilor despre etiologie, patogeneză și tratament. Cauzele și condițiile obiective nu generează în mod fatal greșeli în diagnosticare, ci creează doar posibilități.

Printre *cauzele subiective* cele mai numeroase sunt greșelile provocate de lipsa experienței medicului, ce nu pot fi calificate ca grosolanie, incultură. La acestea se referă și neatenția, examinarea superficială, incompletă, a bolnavului. Tot aici pot fi menționate și gândirea lipsită de disciplină, dezordonată și fără un scop bine determinat, nerespectarea legilor logice. Însă cea mai mare parte a greșelilor are loc din cauza lipsei de cunoștințe a lucrătorilor medicali (pregătirea teoretică insuficientă, necunoașterea realizărilor medicinei clinice contemporane). Nu trebuie exclusă și specializarea limitată a lucrătorilor medicali care limitează cercul de cunoștințe și nu contribuie la conceperea integrală a bolii. În această ordine de idei greșelile mai pot fi: faptice și logice. Greșelile *factice* apar din neconcordanța totală sau parțială a diagnosticului cu realitatea. Greșelile *logice* sunt rezultatul încălcării regulilor de raționament medical. Putem vorbi și despre greșeli medicale *tactice* (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 *tehnice* (efectuarea incorectă a intervențiilor de diagnosticare și curative, perfectarea incorectă a documentelor medicale). De asemenea, deosebim greșeli în diagnosticare, tratament și profilaxie.

Eroarea înseamnă producerea unui prejudiciu din cauza naturii lucrurilor (evoluția complicată a bolii, simptomatologia atipică), situație în care orice medic ar fi produs același prejudiciu în aceleași condiții de lucru. Eroarea medicală este determinată de imperfecțiunea științei medicale, nu de acțiunea sau inacțiunea medicului în contextul dat. Ea nu a putut fi prevăzută, chiar dacă medicul a dat dovadă de o atenție deosebită.

Se deosebesc erorile *de fapt* – cele ce țin de natura actului medical, de natura lucrului în sine și erorile *de normă*, care se referă la lacunele în atitudinea profesională, de domeniul conștiinței profesionale și, practic, sunt interpretate și ca fiind greșeli medicale. Prin studierea erorilor de fapt se pot deduce concluzii care ar ajuta dezvoltarea artei medicale, iar prin cercetarea erorilor de normă – se poate evita apariția prejudiciilor.

Diferențierea erorii de greșală impune și analiza condițiilor de lucru concrete pe care le-a avut medicul la îndemână. Medicul a dat dovadă de

conștiinciozitate și diligență folosind cunoștințele sale științifice, a făcut tot ce era posibil în acele condiții, pentru a pune cel mai exact diagnostic și a alege cea mai bună metodă de tratament în interesul bolnavului? Dacă el a respectat cerințele unei atitudini ideale, neconcordanța diagnosticului cu realitatea va fi doar o eroare, căci orice medic ar fi ajuns la aceleași concluzii, în aceleași condiții. Dacă neconcordanța diagnosticării apare din folosirea nejudicioasă, fără diligență și conștiinciozitate a cunoștințelor sale, în condiții concrete de lucru, atunci se poate vorbi de greșeală.

Se întâlnește și noțiunea de greșeală medicală *prin abstenție*, care apare prin abținerea de la asumarea riscurilor profesionale, fie din incompetență, fie din frică exagerată de răspundere.

Pe baza ideii de greșeală se poate aprecia atitudinea medicului față de riscuri. În acest mod se confirmă cucerirea unei autentice libertăți profesionale în fața justiției și societății. Medicul trebuie să aibă în vedere și să evalueze cele mai mici riscuri printr-o atitudine prudentă și printr-o tehnică plină de acuratețe. Riscul oportun – calculat și controlat – trebuie să evite riscul inoportun – necontrolabil. Există riscuri supuse normării, adică cele susceptibile de o evaluare anticipată, și riscuri nesupuse normării – imprevizibile, rezultate din situații de urgență. În scopul reducerii la minimum a eșecurilor profesionale, medicul trebuie să dea dovadă de scrupulozitate științifică, prudență, scepticism obiectiv și entuziasm limitat.

În stabilirea criteriilor de evaluare a riscurilor trebuie analizată libertatea profesională de alegere raportată la libertatea individuală, care evită disproporția între riscul acceptat și rezultatul nebănuit. Riscul profesional devine tolerabil dacă medicul își ia toate măsurile de precauție dictate de discernământul său moral și profesional. Pentru exercitarea profesiei medicale sunt necesare modestia, prudența, moderarea elanului subiectiv, respectarea regulii după care în cazuri obișnuite nu se acceptă reguli majore și echilibrarea între riscul intervenției și cel al abținerii. În ciuda dezvoltării permanente a artei și profesiei medicale, nocivitatea ignoranței și a ambițiilor deșănțate persistă.

Așadar, greșeala poate apărea și dintr-o inacțiune – prin refuzul de asumare a unui risc util bolnavului. Determinarea greșelii, indiferent de omisiune sau comisiune, rămîne un criteriu imperios necesar în aprecie-

rea responsabilității medicului conform ideii hegeliene a raportului între necesitate și libertate. Medicul care comite o greșeală fără a produce prejudicii, pe care o recunoaște și o repară, va fi exonerat de responsabilitate. Există situații îndoielnice, în care nu se impută capacitatea profesională a medicului, ci doar nerespectarea regulilor de comportament profesional.

Între gravitatea unei greșeli și consecințele sale nu există întotdeauna o relație directă. În unele cazuri se face o incriminare a riscurilor posibile în care se prezumă greșeala, deci se practică responsabilitatea bazată pe risc. Trebuie evaluat cel mai mic risc posibil, controlat și calculat în așa fel încât riscul oportun să reducă la minim riscul inoportun – imprevizibil și incontrollabil.

Sunt propuse următoarele reguli de profilaxie a riscului: **a)** competența deplină și onestitatea profesională; **b)** diligența manifestată prin îngrijire atentă, conștiincioasă, conform ultimelor achiziții științifice medicale; **c)** prudența rațională, ținând seama de hipertrofia arsenalului terapeutic; **d)** capacitatea de a lua hotărâri în situații dificile, implicând acceptarea unor riscuri în interesul bolnavului; **e)** devotament permanent față de profesiunea medicală.

O categorie legată indiscutabil de greșelile medicale o reprezintă *iatrogeniile* – consecințe ale acțiunii sau hiperacțiunii medicilor care au devenit dăunătoare pentru pacient, prezentând un pericol pentru sănătatea și viața acestuia, aducând prejudicii bolnavului. Deosebim iatrogenii în diagnostic și tratament, precum și iatrogenia medicamentoasă. În opinia unor specialiști, iatrogeniile trebuie tratate ca greșeli medicale, însă alții le consideră culpe. Considerăm că diferențierea corectă va fi stabilită inițial la nivelul Comitetului de Etică (Bioetică), iar în ultimă instanță – la judecată.

În diferențierea noțiunilor de *iatrogenie* și *eroare medicală* susținem că prima întrupește bolile a căror cauză directă este acțiunea doctorului, pe când în cea de a doua se includ complicațiile care pot apărea în urma tratamentului, nu neapărat din vina medicului.

Iatrogeniile sunt produse din *culpă medicală*, de exemplu, din prescrierea eronată a unei terapii, fie că de la început diagnosticul este eronat sau pur și simplu din neglijență, neștiință, din necunoașterea unor contraindicații specifice, fapt care poate afecta grav viața bolnavului. Indiscutabil,

costul iatrogeniei poate fi enorm datorită sporirii numărului de spitalizări sau majorării duratei de spitalizare, pierderii capacității de muncă temporar sau definitiv, pentru a nu aminti suferința provocată de boală sau în cele mai grave cazuri, moartea.

Problematika iatrogeniei medicamentoase și a managementului acesteia a fost reactualizată în anul 1998 în Franța prin Raportul Misiunii Asupra Iatrogeniei Medicamentoase (Raportul Queneau); în anul 2000 în SUA Barbara Starfield prezintă un semnal de alarmă absolut îngrijorător, afirmînd existența medie în fiecare an: 12 000 morți, prin chirurgie non necesară; 7 000 morți prin erori medicamentoase în spitale; 20 000 morți prin alte erori, în spitale; 80 000 morți prin infecții nosocomiale; 106 000 efecte adverse medicamentoase, în spitale. În total, $\approx 225\ 000$ decese/an, ceea ce plasează iatrogenia drept a 3-a cauză de mortalitate, după bolile cardiovasculare și cancer.

Tot Barbara Starfield șoca lumea medicală și mai ales marele public arătînd că, deși SUA este țara care cheltuie cei mai mulți bani pentru sănătate (peste 7 000 \$ locuitor/an – în medie aproape dublu față de alte state dezvoltate), sistemul de sănătate publică american este neperformant și, la majoritatea indicilor de calitate (exceptînd organizarea și calitatea asistenței medicale de urgență considerată a fi cea mai bună din lume), SUA nu ocupă o poziție fruntașă deoarece circa 40% din populația țării nu are asigurare medicală. Deși grevate de exagerări și extrapolări, datele prezentate au indiscutabil un miez de adevăr care merită demarajul unui program de management al acestei patologii.

În acest context este explicabil interesul deosebit, focalizat asupra dilemelor etice ale practicii medicinale și asupra condițiilor în care funcționează sistemul de sănătate. În fața oricărui eșec, datorat intervenției sau deciziei medicului de a nu interveni, se ridică problema dacă aceasta nu a fost consecința unei erori, pentru a evita repetarea celei din urmă.

Pentru a gestiona fenomenul e necesar să-l definim clar, să-l delimităm, să-i cunoaștem și să-i recunoaștem existența. Raportarea și analiza erorilor medicale este cel mai adesea blocată de frica de consecințe: blamul colegilor, afectarea imaginii, penalități administrative, acuzația de malpraxis, tendința administrației spitalelor de a trece povara oricărei acuze pe umerii doctorilor, chiar dacă situația a fost generată de curențe în sistem. Așadar, medicul care a săvîrșit o greșeală medicală se confruntă cu dileme, fiind totodată și o veritabilă victimă secundară care are dreptul

la compasiunea și ajutorul colegilor. Amintim binecunoscuta frază biblică: *Cine nu a greșit are dreptul de a lovi primul cu piatra.*

În concluzie, afirmăm că înregistrarea, sistematizarea și studierea fiecărei greșeli profesionale conține în sine un sens profund etic, care ar trebui să depășească anumite interese personale. Doar cu o astfel de poziție morală este posibilă recuperarea rebutului lucrului în sănătatea publică, amintind faptul că prețul oricărei greșeli sau erori medicale poate fi viața unui om.

2.6 Taina profesională și confidențialitatea în asistența medicală

O categorie obligatorie a oricărei etici medicale o constituie păstrarea *tainei medicale*, ale cărei conținut și funcție sociale sunt determinate de normele morale ale societății. Noțiunea "taină medicală" a apărut încă în antichitate și există în medicină de cel puțin 2500 de ani. Este organic legată de noțiunile "încredere" și "datorie". Când crezul moral al bolnavului este încrederea față de medic, atunci crezul moral al medicului este datoria profesională. Datoria profesională în sănătatea publică îl obligă pe lucrătorul medical să considere binele pacientului drept scop prioritar în exercitarea îndatoririlor de serviciu. Păstrarea tainei medicale devine un răspuns etico-moral al lucrătorului medical echivalent încrederii bolnavului și un fel de achitare, răsplătă pentru încredere. Obligațiunea medicului de a păstra taina medicală este prevăzută și de legea Republicii Moldova despre ocrotirea sănătății: lucrătorii medicali nu au dreptul să divulge informația despre boala, viața intimă și familială a bolnavului.

Taina medicală împreună cu dreptul la autonomie al pacientului inițiază o nouă categorie – cea a *confidențialității* – care provoacă multe dileme etice în practica medicală din diferite domenii specializate. Și jurământul lui Hippocrate reflectă importanța confidențialității: „Orice voi vedea sau auzi în timpul activității profesionale sau în afara ei în legătură cu viața oamenilor – lucruri care nu trebuie discutate în afară – nu le voi divulga acceptând că toate acestea trebuie ținute în secret”.

Confidențialitatea nu constituia o problemă în perioada sovietică, precum și pentru țările cu regim totalitar. Orice informație individuală devenea lesne publică, chiar dacă aceasta nu afecta regimul politic sau

binele altor persoane. Beneficiul individual era minimalizat, pe când interesul public – exagerat. În prezent, societățile acestor țări fiind influențate de specificul modernizării, precum și de transformarea îndelungată a relațiilor sociale, s-au divizat morfologic în două extremități etice. Pe de o parte, e vorba de caracterul personalizat, individualizat, specific societății contemporane complexe diferențiate, care presupune criterii precum independența, libertatea alegerii și informației; pe de altă parte, opusă celei dintîi, este etica colectivistă, a solidarității de grup, care refuză “Eu-lui” individualizat să-și determine soarta și să-și asume responsabilitatea pentru ea. Problema informării este considerată mai mult de ordin tehnic, decît etic.

O dată cu recunoașterea drepturilor omului, a libertăților acestuia, atitudinea față de intimitatea informației individuale s-a schimbat radical. Astăzi, în documentele internaționale este tot mai des susținută concepția unei confidențialități protejate de lege. De exemplu, în „Codul Internațional de Etică Medicală” din anul 1949 al Asociației Medicale Mondiale se prevede: „Un medic trebuie să păstreze confidențialitate absolută asupra tuturor lucrurilor cunoscute despre pacientul său, chiar și după ce pacientul a murit” [vezi anexa].

Nerespectarea confidențialității este considerată în limbajul juridic o culpă împotriva umanismului medical. Cazurile de dezvăluire a tainei medicale merită atenție sporită, ele trebuie analizate multilateral și apreciate principial. O dezaprobare deosebită trebuie să trezească situația cînd o anumită informație devine cunoscută în public datorită indiscreției și pălăvrăgelii medicilor. Cu toate acestea, nu se pot formula argumente morale convingătoare pentru un imperativ absolut al confidențialității. Există situații cînd în interesul pacientului sau al societății, excepțiile sunt necesare. Discuții în legătură cu confidențialitatea apar în numeroase procese intentate pentru defăimare.

Așadar, devine imposibilă extrapolarea pe tot domeniul practicii medicale acestui imperativ, deoarece societatea modernă reclamă dreptul la informare. Există cazuri cînd divulgarea secretului medical este dictat de către interesul și protecția altor indivizi sau a societății. De exemplu, Asociația Britanică a Medicilor și Codul Medical General Britanic acceptă o singură excepție de la secretul medical profesional – investigarea de către poliție a unei încălcări grave a legii. Ignorarea de către medic a datoriei

sale față de societate este considerată o învinuire foarte gravă, care pune securitatea populației în situație de risc.

Deși aparent problemele sunt doar de domeniul eticii, implicațiile juridice devin deosebit de grave, iar deciziile finale ale tribunalelor nu sunt în măsură să satisfacă pe toți cei implicați. Argumentul principal de susținere a datoriei de a preveni este potențiala salvare a unei vieți umane. Contraargumentul este că se distruge integritatea relației medic-pacient, prin încălcarea confidențialității.

Secretul profesional în domeniul sănătății publice se va extinde asupra a tot ceea ce medicul, în timpul exercitării profesiei sale, a aflat direct sau indirect în legătură cu viața intimă a celui examinat. Substratul moral-etic al dreptului la confidențialitate îl constituie înainte de toate necesitatea respectării autonomiei persoanei. Informațiile medicale țin de viața intimă a persoanei și nu trebuie făcute publice decât cu acordul celui în cauză. Orice cadru medical care află astfel de date cu caracter personal este legat de secretul profesional și nu poate dezvălui aceste informații decât cu consimțământul explicit al persoanei examinate, indiferent că este vorba de examinări clinice sau paraclinice.

Așadar, se deosebesc niște factori esențiali care determină importanța confidențialității în multiple domenii medicale, în sănătatea publică în genere. Primul factor este condiționat de aportul confidențialității în protejarea unei valori fundamentale ale fiecărui individ – a *intimității și a confidenței*. Fiecare om își are lumea sa interioară care include emoțiile și sentimentele, amintirile și informația despre particularitățile individuale somatice, psihologice și sociale. Această parte a lumii interioare este deschisă doar unui cerc restrâns de persoane apropiate sau poate fi ascunsă chiar față de toți. În procesul actului medical, medicul va afla anumite lucruri intime, condiție uneori necesară pentru a stabili un diagnostic și un tratament corect. Garanția venită din partea medicului despre păstrarea confidențialității permite pacientului de a se deschide, fără frica că îi va fi încălcată intimitatea.

Secretul medical în sistemul sănătății publice este o condiție de bază a relației medic-pacient, un echilibru între *conștiința profesională*, pe de o parte, și *încrederea* pacientului, pe de altă parte. Pacientul trebuie să aibă încredere în faptul că orice acțiune a medicului va fi ghidată de imperativul beneficiului pacientului.

În această ordine de idei este evidentă necesitatea confidențialității pentru asigurarea *sincerității* în comunicarea dintre medic și pacient – un factor fără de care este imposibilă funcționarea efectivă a sistemului sănătății publice, iar mai concret, activitatea profesională medicală la un nivel înalt. Succesul tratamentului este și o victorie personală a medicului, o formă de autorealizare. Astfel, respectând confidențialitatea, medicul își protejează totodată și propriile interese ca persoană și ca profesionist.

De capacitatea medicului de a asigura confidențialitatea informației despre pacient depinde în mare măsură *imagea și popularitatea* profesionistului în sănătatea publică. Pacientul contemporan are dreptul și posibilitatea să-și aleagă medicul și instituția medicală. Desigur, în condițiile unei concurențe se va prefera medicul care pe lângă înalte calități profesionale demonstrează și o moralitate adecvată.

Confidențialitatea este și o condiție în *protejarea statutului social al pacientului* – următorul factor determinant în asigurarea eficacității sănătății publice. Trăim într-o lume imperfectă, în care se poate întâmpla ca un diagnostic sau o oricare altă informație medicală confidențială să stigmatizeze persoana, fapt care evident îi va limita autodeterminarea sa socială. În calitate de stigmatizare se poate utiliza, de exemplu, informația despre prezența unor patologii mentale, infectarea SIDA, cancer, defecte genetice, orientarea sexuală, dereglări sexuale, boli venerice etc. Devenind cunoscută, o astfel de informație trezește reacții negative din partea majorității membrilor societății, ce se va manifesta printr-o izolare a individului cu anumite probleme. Ca urmare, se formează un vacuum social, fiind supuse unui anumit pericol valori umane cum ar fi demnitatea personală, respectul de sine etc.

Regula confidențialității în sănătatea publică apără și *interesele economice* ale pacienților, un factor determinant care reiese din cel precedent. Divulgarea informației despre anumite probleme ale unui pacient face ca acesta să sufere și pe plan financiar. De exemplu, el poate fi nevoit să părăsească serviciul sau va pierde din clienți.

Respectul confidențialității pacientului în asistența medicală face posibilă realizarea dreptului pacientului la *autonomie* – un control efectiv al momentelor decisive din viața sa. Un om va conștientiza propria valoare conștientizându-se ca o persoană responsabilă și autodeterminantă nu

mai atunci când va fi apt să-și controleze evenimentele din propria viață. Aceasta este condiția libertății individuale, dependenței minime de forțe externe, ce tind să-l manipuleze. Divulgarea informației medicale confidențiale face persoana să se simtă mult mai vulnerabilă și dependentă.

Păstrarea confidențialității asupra informației medicale este o formă de respect care trebuie acordat oricărui individ, fără discriminare. Medicul nu are dreptul să violeze viața intimă a celui examinat, cu atât mai mult cu cât acesta se află într-o situație reactivă, generată de problemele de sănătate pe care le are.

2.7 Bioetica medicală – formă de protejare a personalității medicului

În prezent există opinii conform cărora medicii ar avea mai mult nevoie de o instruire profundă în domeniul juridic, decît de o educare a eticii biomedicale. Se susține astfel că ar fi suficiente doar cunoștințele juridice pentru a activa conștiincios, calitativ și etic în domeniul sănătății publice. Nu excludem faptul că medicul trebuie să cunoască toate implicațiile legale specifice activității sale profesionale, însă este oare suficientă doar o astfel de cunoaștere?

Drept exemplu vom aminti activitatea medicilor germani în perioada anilor 1938-1939, când a fost elaborată legea privind eutanasierea persoanelor cu deficiențe. Medicii erau obligați să ucidă pentru a respecta legea. În situații similare se aflau și medicii psihiatri sovietici, fiind nevoiți să „trateze” așa numiții „bolnavi” care erau în conflict cu regimul politic existent.

Secolul al XX-lea și primii ani ai mileniului al III-lea ne-au demonstrat că pericolul poate surveni nu numai ca urmare a progresului tehnicoștiințific, ci și în urma stabilirii unor regimuri totalitare care pot utiliza legislația împotriva demnității umane. Individul poate fi amenințat de interesul colectiv. Apare fenomenul de „statalitate criminală”, cu un sistem de sănătate publică specific, în care medicul poate fi obligat să procedeze contrar valorilor și convingerilor sale morale și profesionale.

Relația medic-pacient, după cum s-a menționat anterior, este una complicată și complexă. Ea depinde de influența a o mulțime de factori atât externi (anturaj, economie, societate), cît și interni (emoții, stereoti-

puri, stări psihice). De stabilirea unor legături optime dintre medic și pacientul său va depinde calitatea actului medical viitor. De aceea, medicul va trebui să abstractizeze unii factori personali, pentru a permite balanței relației să găsească un punct de echilibru comun. Totuși, nu trebuie omis și faptul că medicul poate avea propriile considerente care pot împiedica stabilirea unei relații cu pacientul, acesta fiind un drept al său. Se poate crea o contradicție între normele legale existente și moralitatea medicului implicat.

Vom aminti o situație de paradox etico-legal din practica actuală. Legea multor țări (inclusiv Republica Moldova) oferă femeii dreptul de a decide referitor la maternitate, prin care indirect este acceptat avortul. Desigur, această lege intră în contradicție cu concepția religioasă care tratează sarcina drept „dar dumnezeiesc” și acuză avortul. Din acest motiv apar diferite coduri etice, care eliberează medicul de dilema morală și profesională ce poate surveni. De exemplu, în anul 1993, Asociația Medicală Mondială emite *Declarația despre avorturile medicale*, în care se susține că în cazul când convingerile personale nu-i permit medicului să recomande sau să efectueze avortul medical (chiar și în țările unde avortul este acceptat prin lege), medicul are dreptul să transmită pacienta unui coleg competent în domeniu.

O situație similară este și cea a pacienților muribunzi. Legea interzice orice formă de eutanasiere, pe când zilnic în lume se practică eutanasia pasivă, atunci când prelungirea vieții unui muribund ar fi doar un exces de efort din partea medicilor, o încălcare a dreptului la o moarte demnă. Medicii refuză lupta pentru viața pacientului (într-un fel încălcând legea), conducându-se după niște imperative morale profesionale – respectul demnității persoanelor bolnave și neprelungirea suferinței.

Observăm că etica biomedicală îndeplinește o funcție socială de protecție profesională a medicilor, când aceștia sunt nevoiți să nu procedeze doar conform legii, ci și conform conștiinței lor morale. Etica biomedicală evită situația unui medic instrumentalist, care îndeplinește legea doar în mod mecanic. Aceasta reclamă un specialist de înaltă clasă, care își îndeplinește datoria conștient și benevol, și care are posibilitatea în orice moment să apere valorile meseriei sale. Activitatea de medic, desfășurându-se într-o lume specifică – sănătatea publică – cuprinde un înțeles mult mai larg decât cel al multor alte profesii. Acest fapt necesită o predispunere spirituală, o viziune morală aparte, în care deciziile trebuie luate în

acord cu totalitatea factorilor sociali, individuali, psihologici, somatici etc., și nicidecum în limitele unor prescripții legale modeste și uneori insuficiente, pentru diversitatea de situații conflictuale din spațiul medical.

Cerințele legale sunt ca atare niște coerciții, directe sau indirecte, pe când imperativele morale presupun o realizare liberă și benevolă, care va fi dictată de lumea interioară a medicului. Etica biomedicală își are pornirile din moralitatea individuală a fiecărui lucrător medical, iar valorile promovate de aceasta trebuie să fie pronunțate mai întâi la nivel de personalitate și abia ulterior la nivel de profesionist.

Ca sistem de autoorganizare deschis, dezechilibrat, societatea este bazată pe un cod de valori în care pe primul plan sunt promovate respectul celor din jur, demnitatea personalității, drepturile omului. Etica biomedicală are ca repere aceste imperative. Etica medicului trebuie să se bazeze și pe reflectare, puterea gândirii, dezbateri interne, care sunt rezultatul evoluției valorilor morale și culturale ale societății. Codul moral este un ghid în această reflectare profundă, este un text compus de medici susținuți de juriști, eticieni, psihologi și sociologi. Principala funcție a sa (reguli morale) este de a ajuta cei ce sunt implicați în sfera sănătății publice să evite apariția încălcărilor și neînțelegerilor, de a indica cele mai optime căi în primirea deciziilor fără a induce prejudicii și a fi acuzat. Unul din scopurile primordiale ale bioeticii medicale este de a proteja demnitatea personalității medicului, care aflându-se zilnic în situații confuze cu povara responsabilității deciziilor și alegerilor, poate deveni ținta unor acuzații serioase, dar totodată neîntemeiate.

Practica ne arată că există numeroase aspecte în medicină, în sistemul sănătății publice în genere, care nu sunt menționate în lege, sau pentru care reglementarea juridică este în proces de dezvoltare. Decizia, însă, trebuie luată pe loc, urgent și cu siguranță. Medicul ar trebui să procedeze reieșind din propriile concepții și valori morale, fiind îndrumat de imperativele eticii profesionale. Numai în acest mod el va evita apariția situațiilor de conflict care pot evolua pînă la încălcări de lege. Observăm că etica biomedicală este o formă de răspuns acolo unde legea devine insuficientă. Pe lîngă caracteristica de îndrumător ea mai are și funcția de justificare, exonerare și protejare a profesioniștilor medicali.

Dezvoltarea biotehnologiilor depășește evoluția culturală și morală a societății. Întrebările care se ivesc în urma implementărilor tehnico-

științifice în medicină pornesc de la problema bioetică a situațiilor noi create. Numai după dezbateri îndelungate, bazate pe antecedente, este inițiată crearea unor legi concrete, care vor cere aprobarea îndelungată la diferite etape. Din păcate, însă, chiar și atunci când performanțele tehnico-științifice sunt folosite în scopuri legitime, acestea pot purta o latură amenințătoare în sine. Cu alte cuvinte, progresului tehnico-științific îi este refuzată neutralitatea etică. Pe de altă parte, soluționarea dilemelor etice va depinde de moralitatea medicilor, care pot avea divergențe în interpretări valorice, în concepții religioase sau în particularități culturale. Pentru a ajunge la un numitor comun, la o gândire și percepere etică unică este nevoie ca principiile și imperativele eticii biomedicale să aibă un suport legal, să fie susținute prin anumite norme juridice. Tocmai din acest motiv, după cum a fost explicat în primul capitol al lucrării, unul din aspectele bioeticii este cel juridic.

Mecanismele legale elaborează coduri, norme și legi care protejează idealurile înaintate de către bioetică. Este vorba de protecția drepturilor omului, recunoscute la nivel mondial, cum ar fi dreptul la viață, la sănătate, la liberă alegere, la autodeterminare etc. Sunt stabilite limitele juridice pentru investigațiile științifice în biomedicină, reieșind din principiile, regulile și valorile umaniste. Actul medical are nevoie de normare și reglementare a situațiilor de limită pentru a nu permite o evoluție criminală. Aspectul juridic al bioeticii apare ca parte aplicativă a sa, unde sunt recomandate sau înaintate norme și chiar legi pentru a forma o atitudine a medicilor stabilă, adecvată și unic acceptată.

Un moment nu mai puțin important este activitatea comitetelor de bioetică. Din păcate, în rândurile medicilor practicanți s-a creat o părere falsă precum că activitatea acestor comitete este de a pedepsi medicul. Trebuie menționat că funcția activității comitetelor de bioetică nu este și nici nu poate fi una retributivă – aceasta revine deja organelor penale. Principala direcție de activitate a comitetelor etice în sănătatea publică este intermedierea cazurilor de conflict și găsirea unor soluții de rezolvare fără a leza nici demnitatea pacientului, nici a medicului. Comitetele de etică trebuie să-și desfășoare investigațiile în confidențialitate deplină, respectând opiniile și doleanțele ambelor părți implicate în conflict.

La finele dezbaterilor, comitetul va emite o decizie în favoarea uneia din părți. Aceasta presupune delicatețe, fără a aduce învinuiri. Una din

funcțiile principale ale comitetului de bioetică este evitarea repetării unor greșeli sau probleme de ordin moral. Din acest motiv va fi necesară mediatizarea anumitor cazuri care vor provoca discuții, cu scop educativ și informativ. Însă condiția principală a acestui proces este confidențialitatea strictă, legată de nume concrete, pentru a nu știrbi autoritatea medicului și demnitatea pacientului.

În concluzie, intenția eticii biomedicale este una nobilă și binevenită pentru ambele părți implicate în relația medic-pacient sau medicină-societate. La baza ei stă respectul pentru demnitatea, individualitatea, autodeterminarea personalității atât a medicului, cât și a pacientului. Etica biomedicală este acel reper comun de la care vor porni toate deciziile luate pentru binele pacientului și pentru prosperitatea medicului și a mediciniei, a sănătății publice în ansamblu.

Bibliografie

1. **Capcelea V.**, *Etica. Manual pentru instituțiile de învățămînt superior* – Chișinău: Arc, 2003.
2. **Daghie V.**, *Etică și deontologie medicală*. – București: Ed. Național, 2000.
3. **Ghitescu T.**, *Etica medicală. Morala în slujba bolnavilor*. – București: Idimpex-Speranța, 1992.
4. **Leșco Andrei.**, *Transparența medicinei americane. Comportament etic și responsabilitate medico-legală*. – Chișinău: ARC, 2003.
5. **Marinescu C. Marinescu E.**, *Tendențe și perspective ale evoluției științelor medicale în societatea contemporană // Progresul tehnico-științific, bioetica și medicina. Probleme de existență umană*. Mat conf. a VI-a științ. internaț. 26 aprilie 2001. Red. științ. Țirdea Teodor N., – Chișinău, 2001, p. 78.
6. **Mereuță I.**, *Filozofia patologiei și dezvoltării societății noastre*. – Chișinău: AȘRM, 2003.
7. **Mereuță I., Popușoi E., Ețco C., Untu B., Lozan O.**, *Reglementarea activității medicale în Republica Moldova*. – Chișinău, 1999
8. *Medical Ethics: an introduction*. Ed. by R.M.Veatch. – Boston-London: Jones and Bartlett Publishers, 1989.
9. **Miu N.**, *Științele comportamentului*. Manual pentru studenții ciclurilor I, II și III de medicină. – Cluj Napoca : Ed. Medicală Univers. „Iuliu Hațieganu”, 2004.

10. Moore G.E., *Principia etica*. – București: DU Style, 1997.
11. Nicolau S., *Bioetica*. Manual pentru învățământul preuniversitar și universitar de specialitate. București : Universul, 1998.
12. Popușoi E., Ețco C., *Valori morale în medicină*. – Chișinău: Medicina, 1999.
13. Scripcaru Gh., Ciucă A., Astărăstoe V., Scripcaru C., *Bioetica, științele vieții și drepturile omului*. – Iași: Polirom, 1998.
14. Skorupski John., *Ethical Explorations*. – NY: Oxford University Press, 1999.
15. Țirdea T., *Bioetica: origini, dileme, tendințe*. – Chișinău: CEP „Medicina”, 2005.
16. Țirdea T., *Filosofie și Bioetică: istorie, personalități, paradigme*. – Chișinău: UASM, 2000.
17. Țirdea T., Berlinschi P., Popușoi E., *Filosofie–Etică–Medicină*. – Chișinău: UASM, 1997.
18. Țirdea T., Ețco C., Nedelciuc B., *Sănătatea publică și supraviețuirea individului // Problema supraviețuirii omenirii: aspecte socio-filosofice, economico-juridice, politico-informaționale și etico-medicale*. Mat. conf. a III-a științ. internaț. 15-16 aprilie 1998. Red. șt. Țirdea Teodor N. – Chișinău, 1998, p.111.
19. Акопов В.И., Акопов М.В., *Нарушение прав пациента: законодательство и медицинская практика // Медицинская право и этика. / Материалы 1-ой Всероссийской научно-практической конференции по медицинскому праву*. Май 2003, Москва. – № 2. – С. 46-51.
20. Бриссе-Виньо Франсуаза, *От биоэтики к этике медицинской. // Требования биоэтики. Медицина между надеждой и опасениями*. Под рук. Франсуазы Бриссе-Виньо. – Киев: Сфера. 1999. – С. 13-15.
21. Вековщина С.В., *Введение в биоэтику // Вестник Биоэтики и Экологии*. Научно-практический журнал. Том1. – 2003. -№1.
22. Гусейнов А.А., Апресян Р.Г., *Этика*. – М.: Гардарики, 2000
23. Гоглова О.О., *О сущности биоэтики // Медицинское право и этика*. – М.: 2003. – №1. – С. 3-10.
24. *Деонтология в медицине*. В 2-х т. Общая деонтология. Т. 1. Под ред. Б.В. Петровского – М.: Медицина, 1988.
25. Запорожан В.Н., *Биоэтика в современной медицине. // Антология Биоэтики*. За ред. Ю.І. Кундієва. – Львів: БаК, 2003. – С. 183-198.
26. Иванюшкин А.Я., *Профессиональная этика в медицине (Философские очерки)*. – М.: Медицина, 1990.
27. Кулиниченко В.Л., *Современная медицина: трансформация парадигм теории и практики (Философско-методологический анализ)*. – Киев: Центр практичної філософії, 2001.

28. **Малицкий Б.А., Попович А.С.,** *Научная этика: история и вызовы современности* // Материалы Второго Национального Конгресса по Биоэтике с международным участием. 29 сент.- 02 окт. 2004. Киев, Украина. – Киев , 2004. – С. 221-222.
29. *Православие и проблемы биоэтики.* Вып. 1. 1998-1999 г.г.. Под ред. И.В.Силуяновой. – М.: Православный медико-просветит. центр «Жизнь», 2001.
30. **Силуянова И.В.,** *Современная медицина и православие.* – М.: Изд. Московского Подворья Свято-Троицкой Лавры, 1998.
31. **Федяев А.П.,** *Научно-технический прогресс и здравоохранение: вопросы взаимосвязи.* – Казань: Изд. Казанского университета, 1989.
32. **Флоря В.,** *Уголовная ответственность за врачебные преступления. [Медицина и право].* – Кишинэу, 2004.
33. **Цырдя Т.Н., Берлинский П.В.,** *Философия (С курсом биоэтики).* Учебник. – Кишинэу: СЕР „Medicina”, 2002.
34. **Юдин Б.Г.,** *Принципы биоэтики // Биоэтика: принципы, правила, проблемы.* Под ред. Б.Г. Юдина – М.: Эдиториал УРСС, 1998. С. 5-22.
35. **Яровинский М.Я.,** *Лекции по курсу «Медицинская этика» (Биоэтика)* – М.: Медицина, 1999.

Capitolul

**Aspecte etice specifice ale informării
în sănătatea publică**

- 3.1 Paternalismul și antipaternalismul în medicină și bioetică
Etica monologului și a dialogului
- 3.2 Problema confidențialității în domenii medicale specifice:
excepții de la confidențialitate
- 3.3 Teoria morală a acordului informat în sistemul sănătății publice
- 3.4 Structura consimțământului informat
- 3.5 Imperativul onestității medicale în utilizarea placebo
- 3.6 Interpretarea terapeutică eronată și speranța falsă
în acordarea serviciului medical
- 3.7 Conflicte de interese în sistemul sănătății publice

Bibliografie

Pacientul contemporan se deosebește cu mult de cel de odinioară, chiar și cu jumătate de secol în urmă. Efectul informatizării și mediatizării se face observat tot mai frecvent în relația pacient-medic. În primul rînd, medicii de astăzi ne confirmă cazurile cînd pacienții vin la specialist cu un bagaj bogat de cunoștințe acumulate despre patologia lor, folosind diferite surse auxiliare (internet, mass-media etc.). Astfel de pacienți vor cere sfatul în alegerea unor metode sau preparate și nu vor accepta o atitudine unilaterală, ba chiar și una tradițională.

În al doilea rînd, în majoritatea statelor lumii, inclusiv în țara noastră, predomină astăzi politica societății democratice cu promovarea drepturilor și libertăților individuale ale tuturor membrilor comunității. Acestea își găsesc tot mai pronunțat reflectarea în diferite domenii de activitate și în special în relația medicului cu pacienții săi, care sunt liberi să apeleze oricînd la o abordare juridică a actului medical.

Devine evidentă necesitatea revizuirii unor standarde însușite de secole în relația medic-pacient, care devin neeficiente în noile condiții ale sănătății publice. Scopul primordial al cercetărilor noastre este de a stabili cu precizie responsabilitățile, obligațiile și valorile ambelor părți. Efectul așteptat este unul singur – protejarea pacientului de abuzurile din partea lucrătorilor medicali, cît și a medicilor de reacția neașteptată (și

poate uneori exagerată) a pacientului, a familiei acestuia sau a societății în întregime.

Capitolul următor vizează situațiile cu un potențial conflict din sistemul asistenței medicale, în relațiile medicilor cu pacienții. Vor fi depistate cauza și evoluția acestor momente intervenind propuneri, recomandări și sfaturi de evitare și soluționare ale lor.

3.1 Paternalismul și antipaternalismul în medicină și bioetică. Etica monologului și a dialogului

Relația medic-pacient a fost considerată întotdeauna ca ceva specific, cu aspect particular de la caz la caz. O atenție deosebită i s-a acordat în timpurile lui Hippocrate sau chiar și mai devreme (medicii din India, Egiptul antic). Această relație s-a creat în jurul unui nucleu solid constituit din valoarea supremă a vieții și sănătății pacientului, a binelui acestuia. Există însă unele componente în relația medic-pacient care au fost influențate și suferă modificări pînă în prezent în dependență de orînduirea socială, de religie sau de ideologia diferitor perioade sau state. Este vorba despre informația care apare în urma contactului medic-pacient și manipularea cu aceasta.

În procesul stabilirii relației medic-pacient fluxul de informație este reciproc, bilateral și continuu. De aceea este firească detalierea la fiecare dintre ei. Din partea pacientului informația va fi oferită prin imperativul uneia din categoriile eticii medicale – *încrederea pacientului* – fondată pe sinceritate și adevăr. Această comunicare va poseda un caracter intim și confidențial.

O serie de discuții în literatura filosofico-științifică contemporană a inițiat problema informației ce va fi oferită din partea medicului (lucrătorului medical) și înainte de toate, tipul și volumul acesteia. Au fost descrise recent două moduri de abordare și de interacțiune dintre medic și pacient. Este vorba despre modul paternalist care plasează medicul pe o poziție superioară pacientului, cu rol decisiv și tutelar și modul antipaternalist, bazat pe o relație colegială, de comunicare.

Paternalismul (din lat. *pater* – părinte) prezintă o relație de tip monolog, ce debutează prin politică și pătrunde în cele mai intime sfere ale

vieții sociale. Nici medicina nu a rămas în afara acestui proces, atât partea teoretică, cât și cea practică, unde ideea paternalistă domină o perioadă îndelungată de timp (de la zorii civilizației pînă în prezent). În acest model, informația oferită de către medic va fi minoră, cu un conținut succint, uneori neclar pentru pacient. Hotărîrea este luată de medic, iar pacientul va trebui să primească și să accepte orice decizie, fiind ferm convins că totul se face pentru binele său: modelul tehnic și cel sacral al medicinei. Acest tip de relație a fost caracteristic statului sovietic și se întîlnește pînă în prezent în țările ex-sovietice.

Etica paternalistă presupune o limitare a informației oferite pacientului de către medic, propunînd o încredere deplină pentru acțiunile medicului și uneori chiar o ignorare a doleanțelor pacientului. În acest model de interacțiune, medicului îi aparține decizia de a informa rudele sau persoanele apropiate despre starea pacientului, fără ca acestuia să i se ceară consimțămîntul. Sunt însă cunoscute cazuri cînd pacientul nu dorește ca familia să cunoască detalii privind patologia sa din diferite considerente.

Paternalismul se poate manifesta și în altfel de cazuri, opuse celui menționat. De exemplu, în Japonia, rolul de mediator dintre pacient și medic, revine rudelor. Familia se manifestă ca cel mai interesat interpret al maladei pacientului, ea se transformă într-un pacient integru al medicului, adică paternalismul medicului este substituit de cel al familiei, al cărei rol este decisiv în dialogul "medic-familie."

În lumea biomedicală, în condițiile unei medicine comercializate și informatizate, astăzi este mai des acceptat și răspîndit al doilea tip de interacțiune și abordare a relației medic-pacient, cel *antipaternalist* sau al dialogului. În acest gen de comunicare fluxul de informație este deschis și bilateral. Modul de abordare nominalizat definește bolnavul drept un subiect responsabil și liber să ia decizii de importanță vitală și oportune pentru el însuși sau de a oferi informația necesară luării hotărîrilor.

Modul antipaternalist de interacțiune poate fi realizat prin intermediul a două mecanisme: *interpretarea cu etica dialogului și acordul informat sau consimțămîntul informat.*

Arta interpretării poate fi realizată în practică doar pe calea dialogului, prin intermediul comunicării. Interpretarea reprezintă piatra de temelie a hermeneuticii (din greacă *Hermeneuen* – a interpreta) care reprezintă teoria înțelegerii textelor, a descifrării semnelor și simbolu-

rilor. Esența hermeneuticii constă în dialectica priceperii și explicării, scopul ei fiind comprehensiunea experienței proprii și a altor oameni examinați ca un text.

Astfel, în relația medic-pacient, informația oferită pacientului, precum și forma interpretării trebuie să fie accesibilă și simplă (bolnavul să fie capabil să explice și altora). Maniera de prezentare a informației cere o tentă de optimism, fără a omite importanța factorului psihic.

Medicul va explica pacientului starea sănătății lui, căile posibile de tratament, riscul și probabilitatea reușitei fiecăreia. Specialistul va recomanda bolnavului cea mai accesibilă și justificată variantă de tratament, însă decizia finală este lăsată pe seama pacientului. Sunt cunoscute cazuri când pacientul refuză tratamentul recomandat din motive personale (de exemplu, apartenența la anumite confesiuni religioase sau din motive financiare). Medicul va trebui să găsească o alternativă, fără a impune convingerile personale, fără a presa psihic pacientul, fapt ce se poate întoarce împotriva medicului, fiind acuzat de încălcarea dreptului la decizie a pacientului.

Un factor important în oferirea informației este competența, adică capacitatea bolnavului de a înțelege informația și de a lua decizii. Medicul trebuie să se asigure că decizia nu este luată într-un moment de afect sau de suprasolicitare emotivă a pacientului, precum și în plenitudinea facultăților sale mintale. În cazurile menționate medicul are dreptul de a apela la ajutorul rudelor sau persoanelor apropiate, iar în lipsa acestora va decide în conformitate cu datoria sa profesională.

Explicarea detaliată a situației și riscurilor posibile poate induce uneori pacientul în starea de frică și neîncredere, fapt ce poate afecta negativ procesul vindecării. Desigur, interpretarea nu ar însemna elucidarea tuturor posibilităților și reacțiilor adverse, dar va cere onestitate și sinceritate de la medic. Tănuirea unor variante posibile sau ale unor complicații des întâlnite, în speranța că nu se vor întâmpla, poate implica medicul în procese judiciare îndelungate. Este foarte importantă metoda și forma oferirii acestei informații, care trebuie să inspire speranță și încredere. Unii autori înaintează câteva criterii în evaluarea cantității și calității informației oferite pacientului: **(a) criteriul profesional**, conform căruia medicul va oferi informația pe care orice alt specialist în domeniu

ar fi propus-o în condiții similare; **(b)** *criteriul persoanei judicioase*, conform căreia pacientului i se va transmite toată informația necesară pentru luarea unei decizii referitoare la evoluția tratamentului; **(c)** *criteriul standardului subiectiv*, care presupune ca medicii să adapteze informația la particularitățile specifice fiecărui pacient, cu protejarea autonomiei acestuia.

Uneori, pacientului îi va fi dificil să ia decizii din motivul insuficienței unor cunoștințe general-medicale. Pacientul va primi plin de încredere hotărîrea profesioniștilor, fără a intra în amănunte. În astfel de cazuri, medicul trebuie să se asigure, cerînd pacientului să semneze acordul sau consimțămîntul informat, unde sunt indicate drepturile și obligațiile, atît ale medicului, cît și ale pacientului. Astfel, medicul nu va fi acuzat că a acționat din propria inițiativă.

Situația descrisă ne obligă să implicăm cel de-al doilea mecanism de realizare al modelului antipaternalist – *acordul sau consimțămîntul informat*, care constituie un moment-cheie în deciziile medicale. Caracterul deliberat al acordului informat presupune lipsa constrîngerii și prohibiției, amenințării și înșelăciunii medicale, adică renunțarea medicului la statutul de tutelă în relațiile sale cu pacienții. Deoarece activitatea medicală este una din cele mai extinse și complicate (reieșind din diversitatea patologiilor umane), noțiunea de *acord informat* trebuie analizată prin specificul diferitor domenii sau ramuri ale medicinei. Tocmai acest fapt ne-a determinat să acordăm un capitol aparte explicării detaliate a *consimțămîntului* în actul medical.

Este oare necesară obținerea consimțămîntului pentru absolut orice act medical? Nu s-ar putea întîmpla ca lipsa de siguranță și fermitate a medicului să stimuleze spaima ascunsă a bolnavului, inducînd un factor psihic nociv? Dacă pentru niște gesturi banale va fi necesar consimțămîntul, bolnavul va putea crede că este prea șubred, că vindecarea este posibilă, în ciuda condiției fizice favorabile. Bolnavul poate crede, de asemenea, că medicul nu are competența necesară, dacă va cere permisiunea pentru a efectua orice gest.

Trebuie să deosebim două modele de bază ale acordului informat: *modelul static sau fragmentar și modelul procesual sau de durată*. În cazul primului model, relația medic-pacient este de scurtă durată. Medicul oferă

informația deplină despre boală și tratament, cere acordul pacientului și stabilește evoluția stării bolnavului. Se lucrează în limite temporale bine stabilite. În principiu, nu este încălcat nici un aspect al acordului informat, însă din punct de vedere filosofico-bioetic nu este respectat specificul individualității, nu sunt luate în considerație particularitățile psihologice ale persoanei și necesitatea acesteia pentru un sprijin moral din partea medicului pe parcursul întregii proceduri de investigare, tratament și remisie (sau evoluție) a bolii.

În practica medicală pacientul poate avea nevoie de o completare a cunoștințelor despre maladia sa, o informare suplimentară, fapt care reflectă necesitatea celui de al doilea model – *modelul procesual*, conform căruia acceptarea deciziei medicale constituie un proces îndelungat, iar schimbul de informație trebuie să aibă loc pe tot parcursul interacțiunii medicului cu pacientul. Condițiile create de acest model sunt mult mai favorabile pentru realizarea autodeterminării pacientului. Devine posibilă excluderea comportării formale a medicului față de bolnav și limitarea substanțială a recidivelor paternalismului. Se stabilește o legătură strânsă între medic și pacient, bazată pe încredere și speranță. În urma unui contact mai îndelungat cu pacientul, medicul poate afla caracterul bolnavului, statutul emoțional, reușind astfel să aleagă modalitatea corectă de transmitere a informației despre boală și pronosticul ei. Medicul va apela la laturile puternice ale caracterului persoanei bolnave pentru a-l convinge să lupte împreună contra maladiei, cerându-i ajutorul și totodată oferindu-i ajutor. Pacientul trebuie să simtă atît responsabilitatea deciziei sale, cît și sprijinul, ajutorul oferit de medic. Numai în așa mod se va ajunge la o colaborare pozitivă dintre medic și pacient cu excluderea conflictelor existente astăzi.

Așadar, actualmente există condiții obiective de manifestare a anti-paternalismului în detrimentul paradigmei paternaliste, deoarece în relația sa cu medicul, pacientul devine tot mai exigent privind adoptarea deciziei vis-a-vis de tratament. Dialogul devine un imperativ al medicinei contemporane, iar necesitatea conștientizării fenomenelor bioeticii, extinderii sferei de implementare a sa, precum și a aprofundării aprecierilor și cerințelor morale în raport cu medicina practică devine o normă, o regulă, în activitatea medicală contemporană.

3.2 Problema confidențialității în domeniul medical specifice: excepții de la confidențialitate

După cum am argumentat în capitolul anterior, confidențialitatea în sănătatea publică este o necesitate obligatorie în actul medical competent. Aceasta va asigura calitatea serviciului de tratament și va amplifica factorii morali, precum încrederea pacientului, sinceritatea, corectitudinea etc. Însă în practica medicală există cazuri când este foarte dificilă păstrarea confidențialității din motive nonmedicale. Este vorba de interesele unor terțe persoane, a căror viață și sănătate se dovedește a fi în pericol o dată cu nedivulgarea unor adevăruri despre pacient.

Confidențialitatea în psihiatrie. Pacienții psihiatrici constituie o categorie aparte din punct de vedere al menținerii confidențialității despre starea sănătății acestora. Permitea libertății bolnavilor mentali, cu acordul de a activa și a se încadra în societate, implică din partea medicilor și cerința de a asigura comunitatea din punct de vedere al inofensivității acestor pacienți. Pe de o parte, medicii trebuie să nu inițieze stigmatizarea unor persoane cu anumite probleme psihiatrice, iar pe de altă parte ei nu au dreptul moral să supună vreunui risc alți membri ai societății, care pot suferi de pe urma unui bolnav mental în stare de acutizare. De exemplu, în SUA a fost mediatizat pe larg cazul unui bolnav mental căruia i s-a permis munca la fermă, considerându-se drept o metodă de reabilitare. Stăpînul fermei nu a fost informat despre trecutul lucrătorului său și i-a permis libera deplasare. Bolnavul s-a întors la domiciliul fostei sale soții și a ucis-o. Administrația spitalului a fost penalizată din cauza neinformării adecvate a celor ce supravegheau bolnavul.

O primă situație de acest gen este aceea în care medicul constată că persoana examinată prezintă pericol pentru sine însăși (risc de autovătămare sau chiar de suicid realizat) sau pentru o terță persoană (potențial heteroagresiv marcat, direcționat către o anumită persoană-țintă).

În egală măsură, medicul trebuie să se considere dezlegat de secretul profesional atunci când constată că cel examinat prezintă un pericol social deosebit (pericol pentru societate, chiar dacă nu e direcționat în mod specific către o anumită persoană). În cadrul expertizei psihiatrice, de exemplu, constatarea unei patologii care se caracterizează printr-un potențial heteroagresiv marcat obligă medicul să recomande, în cadrul

concluziilor medicale, luarea măsurilor de siguranță (obligarea la tratamentul medical sau chiar internarea obligatorie), cu scopul de a preveni producerea de noi fapte antisociale.

În literatura de specialitate este menționat *cazul Tatiane Tarasoff* din SUA, California, petrecut în anul 1969. Un psihoterapeut a aflat de la pacientul său, un student bengalez, despre dorința acestuia de a o ucide pe Tatiana, colegă de facultate, care nu-i împărtășea reciproc sentimentele de dragoste. Nu au fost avertizați nici domnișoara, nici familia și nici poliția despre potențialul pericol. Medicul s-a limitat la încercarea de a convinge pacientul în cadrul ședințelor să nu comită crima. Aparent, pacientul a căzut de acord cu medicul său, însă peste puțin timp a ucis domnișoara în cauză.

Printr-un demers special comitetul de judecată a obligat medicii să preîntâmpine persoanele terțe despre pericolul iminent, care devine cunoscut în procesul lucrului cu pacientul. Însă această decizie a inițiat contraziceri serioase din partea reprezentanților profesiei de medic, deoarece fără o încredere absolută din partea pacientului, practica medicală este imposibilă. Argumentele pot fi următoarele: **(1)** indivizii se vor abține să ceară ajutor de tratament; **(2)** cei care sunt deja în tratament nu vor mai fi sinceri, astfel eficiența tratamentului va scădea.

Așadar, pentru a păstra încrederea pacientului medicul trebuie să găsească soluții optime în rezolvarea unor situații foarte dificile din punct de vedere moral și juridic. Înainte de toate trebuie purtate discuții convingătoare cu pacientul, care probabil nu conștientizează pericolul stării sale sau, din contra, exagerează probabilitatea unor urmări nedorite, în urma destăinuirii. Astfel de situații trebuie discutate cu colegii, care la rândul lor vor fi obligați să păstreze confidențialitatea informației aflate. În cazul când pacientul nu poate fi convins, medicul va trebui să ia de sine stătător o decizie în conformitate cu normele sale morale și, desigur, cu legislația în vigoare, fiind gata să suporte consecințele și povara responsabilității pentru hotărârea primită.

Confidențialitatea și genetica. O sumedenie de întrebări de ordin moral, bioetic apar în urma descifrării informației genetice umane. Manipularea cu această informație devine astăzi un pericol evident pentru mulți membri ai societății. Cartografierea genelor umane își stabilește drept scop major detestarea cât mai timpurie a tulburărilor genetice și predispo-

zițiilor (a tulburărilor cu determinism complex, cum ar fi cancerul sau dezordinele mentale). Este puțin probabil, însă, că genetica se va limita doar la patologie, existînd riscul real ca studiul genelor să impună o nouă ierarhie socială, bazată pe particularități ereditare. Aici apare și posibilitatea creării unei noi categorii de bolnavi – *bolnavi-sănătoși* – care ar putea dezvolta, la o vîrstă de 30-40 ani, o tulburare mai mult sau mai puțin severă, al cărei tratament nu există încă, dar care vor fi stigmatizați de către societate încă din perioada copilăriei.

Care va fi indicarea diagnosticului unei boli fără tratament? Individul *sănătos-bolnav* are toate șansele să fie marginalizat. Numai el singur poate fi în măsură să hotărască dacă se va căsători sau nu, va avea sau nu copii. Chiar dacă există un diagnostic prenatal, numai el are libertatea de a-și anunța soția asupra riscurilor pe care le implică reproducerea, ceea ce naște un nou șir de întrebări în aprecierea limitelor libertății individului. În timp ce Centrele de genetică sunt obligate să nu comunice nimănui nici un fel de informații confidențiale, opoziția susține că rezultatele trebuie să fie publicate în interesul comunității. Întrebările ce apar o dată cu dezvoltarea geneticii medicale suscită interesul atît al filosofilor cît și al medicilor, biologilor.

O altă problemă provenită din cartografierea genelor este constituirea unui criteriu profesional – pot fi preferați cei ce au gene particulare, favorabile într-un set și circumstanțe ambientale. Apare necesitatea elaborării anumitor legi, ce vor apăra purtătorii unei mutații genetice cu debut tardiv, aici fiind evidentă opoziția industriei și comerțului. Deseori, cel ce solicită o funcție este obligat să treacă printr-o sită de investigații, fără a fi informat asupra parametrilor cercetați. Instituția poate refuza angajarea fără să dea solicitantului vreo explicație, în spatele refuzului fiind o tulburare biochimică pe care conducerea instituției o consideră un factor de risc – cazuri ce deja au precedent în societate.

Nu este departe viitorul cînd toți copiii din țările civilizate vor avea fișe genetice păstrate în bănci speciale, așa-numite *archive de informație genetică*. Pentru evitarea oricărui conflict posibil ar fi necesară respectarea anumitor condiții în manipularea cu acest tip de informație. În primul rînd, se impune o informare intensă a comunității asupra progreselor geneticii – delimitarea obiectivă a riscurilor și beneficiilor pe care le antrenează orice performanță. Se cere organizarea de echipe interdisciplinare, ce vor

controla și vor tinde să împiedice orice "derapare". Este vorba despre comitetele de bioetică, despre care vom vorbi mai târziu. În cel de-al doilea rînd, se cere asigurarea confidențialității datelor genetice cu eliminarea oricărei forme de discriminare a purtătorilor unei mutații, indiferent de consecințele ei în timp, reieșind din respectul individualității și autonomiei fiecărei vieți, promovată de către bioetică. În al treilea rînd, fiecare persoană dispune de libertatea alegerii, fapt ce permite refuzul indivizilor la orice testare genetică. Individul uman presupune o anumită valoare în sine, fără a ține cont de informația genetică care va fi descifrată.

Regula confidențialității informației este întîlnită în toate documentele reglementării bioetice a oricărei activități medicale în sănătatea publică și nu în ultimul rînd al celei medico-genetice. Conform acestei reguli, informația despre statutul genetic individual poate fi cunoscută doar de persoana în cauză, de tutorele său și de medicii implicați în actul tratamentului. Este inadmisibilă transmiterea acestei informații (fără sancționarea persoanei testate sau tutelelor sale) oricărei alte părți străine (organe de învățămînt, asigurare, servicii sociale ș.a.) pentru evitarea discriminării persoanei concrete pe baza datelor statutului genetic ce ar fi echivalent cu un așa-zis „șovinism genetic”.

Confidențialitatea și oncologia. O situație aparte și specifică în sănătatea publică este problema tainei medicale în practica oncologică. Oferirea unei informații depline și detaliate pacientului cu un diagnostic nefavorabil poate duce de multe ori la înrăutățirea sănătății acestuia. Bolnavul poate intra într-o stare de depresie, isterie, apatie etc. Medicul va trebui să delibereze cu minuțiozitate pe o criteriologie psiho-medicală, ținînd seama de inserția socio-profesională și familială a bolnavului incurabil.

Profesioniștii din domeniul oncologic sugerează cîteva modalități de lucru în situațiile de informare a bolnavilor cu diagnostic fără speranțe. Se propune evitarea comunicării diagnosticului celor care nu au bănuțit deloc caracterul nefavorabil al evoluției bolii și celor care au, pe moment, o stare generală bună. Informația poate fi sugerată cu prudență celor cu un caracter puternic, care apreciază demnitatea adevărului mai mult decît subiectivismul tragic, precum și celor care au intuit deja diagnosticul trist, refuzînd tratamente și intervenții salvatoare. Lucrătorul medical trebuie să conștientizeze că orice informare va urmări doar beneficiul bolnavului

– cooperarea la tratament, reintegrarea în familie și societate, chiar și pentru o perioadă scurtă. Desigur, de multe ori va fi necesară o colaborare, un lucru în echipă al câtorva specialiști: chirurg, psiholog, preot etc.

Așadar, medicul de astăzi este pus în fața unor dileme serioase. Pe de o parte, este obligat de către legea drepturilor pacientului să ofere bolnavului informația deplină despre starea sănătății sale și amenințat cu pedeapsa (bolnavul poate apela la judecată) în cazul tănuirii unor informații importante referitoare la situația sa. Pe de altă parte, specificul medicinei contemporane este specializarea îngustă, fapt care înstrăinează relațiile medicului cu pacientul, le face de scurtă durată, fără stabilirea unui contact și a încrederii pacientului. În circumstanțele date medicul nu poate cunoaște specificul caracterului fiecărui bolnav, deoarece pentru aceasta este nevoie de o relație pe o durată mai lungă, o colaborare mai strânsă. Specialistul poate oferi rece și indiferent rezultatele investigațiilor, fapt ce poate fi urmat de disperarea, spaima sau chiar moartea precoce a pacientului (activitatea medicală ne poate aduce multe exemple de suicid, infarct pe fondul unor emoții negative etc.).

După cum am discutat în unul din paragrafele anterioare, limitarea informației oferite pacientului de către medic este caracteristică pentru etica paternalistă. Aceasta presupune o încredere deplină a pacientului în acțiunile medicului și uneori chiar o ignorare a doleanțelor pacientului, din partea profesionistului. În acest model de interacțiune, medicului îi revine decizia de a informa rudele sau persoanele apropiate despre starea pacientului, fără ca acestuia să i se ceară consimțământul.

Sunt însă cunoscute cazuri când pacientul nu dorește, din diferite considerente, ca familia să cunoască amănunțele patologiei sale. Omul bolnav va hotărî să-și protejeze familia de suferință și emoții negative, sau nu dorește să fie tratat cu milă și compasiune (fapt ce îi poate leza demnitatea). El are doleanța de a-și prelungi cursul vieții în ambianța care a avut-o pînă la momentul stabilirii diagnosticului nefavorabil. Decizia medicului de a divulga rudelor sau prietenilor informația despre sănătatea pacientului, fie chiar și din motive nobile, umane, poate afecta mult situația bolnavului, iar uneori acest fapt se va întoarce împotriva medicului însuși, fiind acuzat de *divulgare a tainei medicale și de încălcare a confidențialității*.

Așadar, devine cert faptul că actul informării în medicina clinică și în special în practica oncologică se cere individualizat la maximum. Maniera comunicării, volumul de informație oferit, precum și cercul de persoane informate pe deplin va oscila de la caz la caz, fiind adaptată la psihologia pacientului concret, reieșind doar din imperativul beneficiului său.

Confidențialitatea în medicina legală. Confidențialitatea informației medico-legale este esențială pentru desfășurarea optimă a procesului judiciar. Pe de o parte, aceste date nu trebuie să fie făcute publice pentru a nu permite celui vinovat să-și construiască pe baza lor o apărare care să-i faciliteze sustragerea de la pedeapsa cuvenită. Pe de altă parte, menținerea secretului profesional are menirea de a proteja imaginea publică a persoanei (eventual acuzate pe nedrept). Doar în acest mod va putea beneficia din plin de prezumția de nevinovăție pînă la pronunțarea hotărîrii judecătorești definitive. Iată, deci, o pluralitate de motive pentru care dreptul la confidențialitate al individului examinat medico-legal trebuie respectat cu strictețe.

Chiar și în condițiile în care, în scopul lămuririi tuturor aspectelor cauzei judiciare, legistul pune la dispoziția justiției informații confidențiale despre persoana examinată, raportul final nu va conține decît elemente de răspuns la chestiunile puse în decizia de numire a expertului. În rest, expertul este supus secretului profesional.

Cu toate acestea, dreptul la confidențialitate nu are caracter absolut. Cu o limitare a dreptului la confidențialitate avem de a face și în situațiile în care medicul legist descoperă date medicale care ridică suspiciunea comiterii unei infracțiuni cercetate. Este de datoria legistului să semnaleze, trecînd peste limitele impuse de secretul profesional, eventualități de genul: abuzarea copilului, prunc-uciderea, consumul de droguri, omorul, plăgile împușcate etc. În egală măsură trebuie semnalate situații care generează pericol, cum ar fi existența unei patologii organice sau psihice care afectează capacitatea individului de a conduce un autovehicul, de a exercita o anumită profesie sau de a purta arme de foc.

O situație specifică activității medico-legale este aceea în care, cu ocazia examinării persoanei, se constată date cu caracter medical ce sunt importante pentru corecta soluționare juridică a cazului. Dacă aceste elemente nu fac parte din obiectivele examinării medico-legale, exper-

tul este dator să informeze organele judiciare despre aceste date noi, în vederea completării obiectivelor lucrării medico-legale.

O serie de examinări medico-legale se desfășoară obligatoriu în comisie. În astfel de cazuri, confidențialitatea este încălcată într-o oarecare măsură, deoarece informația medicală este accesibilă nu doar medicului legist, ci și celorlalți membri ai comisiei. Este însă doar o încălcare minimă a acestui drept, dat fiind faptul că membrii comisiei sunt și ei medici, fiind așadar supuși prevederilor morale referitoare la păstrarea tainei medicale.

În practică întâlnim în mod uzual situații în care rudele celui decedat se interesează de cauzele morții și de circumstanțele în care a survenit aceasta. Informarea necesară este, în general, acceptabilă, chiar dacă încalcă regula confidențialității. Cu toate acestea, anumite date medicale care pot prejudicia imaginea celui decedat (schimbări organice, boli venerice, semne ale consumului cronic de alcool etc.) trebuie dezvăluite cu tact și, în orice caz, doar rudelor apropiate. Acestora trebuie să li se atragă atenția să nu dezvăluie în mod discriminator informațiile ce pot afecta imaginea postumă a celui decedat.

Existența unor excepții (de genul celor prezentate mai sus) de la regula confidențialității nu este de natură să invalideze imperativul conform căruia fiecare individ examinat medico-legal are dreptul la respectarea caracterului confidențial al datelor medicale referitoare la persoana sa. Limitările acestui drept sunt firești în contextul necesității protejării unor valori importante: bunăstarea unui terț aflat în potențial pericol, interesul public sau necesitatea derulării optime a procesului de înfăptuire a justiției. În orice alte condiții, însă, încălcarea confidențialității atrage după sine răspunderea disciplinară a medicului examinator. Mai mult, etichetarea ca abatere disciplinară a unei situații de încălcare a secretului profesional nu exclude alte forme de răspundere (penală, civilă, contravențională etc.).

Confidențialitatea în cazul depistării unor boli infecțioase. Interesul public primează față de dreptul la confidențialitate și atunci când se depistează boli infecto-contagioase care generează riscul declanșării unor epidemii sau boli cu transmitere sexuală. Situația se agravează în momentul când persoana contaminată veneric nu vrea să se trateze sau nu

dorește să-și anunțe partenerul sexual despre existența unei astfel de boli. Motivul încălcării confidențialității este înaintat de către imperativul *a nu leza un terț neimplicat nevinovat*.

În toate situațiile amintite dezvăluirea informației incriminante se recomandă a fi executată doar după o prealabilă consultare cu persoana examinată. Înainte de a încălca dreptul la confidențialitate, medicul este dator să încerce, de al convinge pe individ să furnizeze el însuși aceste informații (în spiritul respectării imperativului autodeterminării persoanei). Dacă totuși acest acord nu poate fi obținut, iar riscurile pentru terți sau pentru societate sunt semnificative, medicul este obligat să anunțe situația periculoasă, pentru a proteja interesul individual sau cel public. Această încălcare a dreptului la confidențialitate este însă permisă doar după o atentă cîntărire a riscurilor implicate de neanunțarea situației de fapt, iar potențialele efecte nedorite trebuie să fie iminente, ireversibile și grave (de o gravitate mai mare decît a daunelor create prin încălcarea secretului profesional). Chiar și în aceste condiții, nu se vor dezvălui decît acele date care sunt necesare pentru a preveni răul previzibil, iar comunicarea acestor informații medicale trebuie aplicată strict celor potențial afectați de o eventuală ascundere a situației periculoase, nu și altor persoane.

Considerăm că în sănătatea publică tocmai astfel de situații trebuie normate prin lege, pentru a crea un algoritm concret în procedura de activitate. Din moment ce situația nu-și găsește răspunsul în regulamentele de specialitate, medicul trebuie să apeleze la propria moralitate, stabilind primordialitatea valorilor.

Confidențialitatea în medicina reproductivă. O dată cu dezvoltarea procedurilor de fertilizare artificială, pe lângă multitudinea de probleme de ordin bioetic-filosofic despre care s-a vorbit pe larg în literatura de specialitate apar și situații de conflict legate de categoria confidențialității. Drepturile copilului născut prin reproducere asistată trebuie clar definite în legislație și trebuie echivalate celor ale copilului născut prin înseminarea naturală. Protecția socială a copilului conceput prin inseminare artificială cu sperma donată de donator, pare posibilă doar în condițiile în care se respectă o anonimitate perfectă a donatorului și în condițiile în care sperma donată respectă criteriologia de recoltare unitară a unei

bănci de țesut. Această stare de lucruri trebuie însă bine definită, deoarece pe parcurs pot apărea interese deosebite ale copilului precum și interpretări juridice diferite.

Este pe larg susținută concepția că atât donatorul, cât și femeia inseminată trebuie să rămână în anonimat. Totuși, în ultimul timp, tot mai mulți specialiști cer să se renunțe la această clauză, identitatea donatorului fiind cunoscută obligatoriu înainte de toate de medic.

Problema apare și atunci când copilul născut ca urmare a unei astfel de concepții dorește să-și cunoască tatăl biologic, acesta fiind, de fapt, un drept al lui (în Suedia, de exemplu, a fost legiferat acest drept) sau atunci când donatorul de odinioară peste un timp vrea să-și întâlnească fiul sau fiica, motivul fiind că din cauza unui accident nu mai poate avea copii. Pe de altă parte, ar fi absurd să se atribuie responsabilități unui bărbat care a donat sperma (poate din motive financiare) și care nu s-a gândit niciodată la vreo posibilă obligație pentru copiii apăruiți. El poate avea deja propria familie, copii, uitînd de femeia necunoscută ce a fost "fecundată" cîndva.

Păstrarea în anonimat a tatălui biologic poate ajunge pînă la situații de incest, deoarece numărul copiilor născuți prin această metodă crește evident. Nu e exclus faptul că în momentul căsătoriei să se descopere că tinerii provin de la un tată-donator comun. Un exemplu în acest sens este cel al unui medic american, care a însemnat artificial cu sperma proprie 200 de paciente ce au fost la tratament la el. Înseminarea a fost involuntară și nu a respectat cerința recoltării de la persoane multiple, fapt ce a dus la situația paradoxală ca toți copiii concepuți artificial să se găsească într-o relație de fraternitate.

Marea Britanie a pus la punct un registru al donatorilor în care să se găsească fiecare copil conceput prin inseminare artificială după împlinirea majoratului. Critica acestui sistem este dată făcînd o analogizare cu inseminarea artificială veterinară, dar și de faptul că sistemul nu asigură un grad de confidențialitate totală. Pe de altă parte, nu se poate face abstracție de un gen de registru în condițiile în care copiii ajung la maturitate și doresc, la rîndul lor, să se reproducă. O posibilă relație fraternală între viitorii genitori trebuie evitată atât prin sfat marital, cât și prin lege.

3.3 Teoria morală a acordului informat în sistemul sănătății publice

În sănătatea publică este abordată tot mai des problema unor relații bazate pe regula interpretării (hermeneutice) și a dialogului dintre medic și pacient. Acestea pot fi o alternativă la modelul paternalist de relații, despre care am mai vorbit și care este foarte des întâlnit astăzi, în special în asistența medicală din statele postsocialiste.

Implementarea unor tehnologii performante duc la un studiu detaliat al stării pacientului cu implicarea unor terțe persoane în relația medic-pacient (tehnicieni, laboranți etc.) fapt care expune o vulnerabilitate ridicată a pacientului. Problema a fost supusă dezbaterii încă în anii `70 ai secolului trecut, când au început să activeze mișcările pentru drepturile pacientului (SUA). Acest fenomen sensibilizează administrațiile instituțiilor medicale față de cerințele pacienților și în anul 1969 Comisia Unită de Acreditare a Spitalelor (SUA) a emis un document unde sunt indicate problemele pacienților, iar în anul 1972 este aprobat proiectul de legi despre drepturile acestora, printre care și dreptul la informația necesară pentru acordul informat. Se pun astfel bazele unei viziuni noi, opusă celei tradiționale existentă de secole, în care medicul se simțea pe poziție de stăpîn al situației cu drept deplin de decizie. Medicii încep să fie limitați în dreptul exclusiv de a alege anumite metode de tratament, fără a primi acceptarea pacientului. Cum s-a menționat deja, apare noțiunea, de *acord informat (sau consimțămînt)*, care se plasează în centrul cercetărilor bioetice pînă în prezent, cu o largă răspîndire în practica medicală mondială.

Actul medical poate influența major cursul normal al vieții pacientului, posibilitățile de înfăptuire a planurilor sale, stabilite anterior. Pentru realizarea procedurilor medicale poate fi necesară o spitalizare îndelungată a bolnavului, iar intervențiile chirurgicale radicale sau chimio-radio-terapia vor cere o excludere temporară a persoanei bolnave din ritmul și condițiile obișnuite de existență. Din aceste motive este necesară implicarea activă a pacientului în alegerea metodelor tratamentului, considerate optime nu doar din punct de vedere medical, ci și din perspectiva valorilor pacientului.

Acordul informat este o cerință care devine obligatorie în condițiile sănătății publice contemporane. El are scopul să asigure o atitudine de respect față de pacienți ca personalități, minimalizînd totodată posibilitățile de prejudecii aduse sănătății acestora. Ca obiective principale ale acordului apar beneficiul fizic, social și psihologic ale pacienților, precum și valorile lor morale, care pot fi afectate în rezultatul acțiunilor iresponsabile și necinstite ale unor specialiști. Dreptul pacientului de a consimți la efectuarea unui act terapeutic pornește de la dorința de a apăra libertatea individului, fiind și un mijloc de protecție a autodeterminării și autonomiei sale.

Noțiunea de autonomie este strîns legată de noțiunea de libertate individuală. Aceasta este o realizare a ființei raționale, implicînd personalitatea umană și fiind profund dependentă de relațiile sociale din cadrul familiei și al comunității în care trăiește individul. Autonomia apare și ca un proces al cărui țel este reprezentat de dezvoltarea individului și de atingerea unei dimensiuni morale absolute.

Consimțămîntul are, deci, atît o latură morală, cît și una legală. Acesta exprimă de fapt echilibrarea dintre prevederea riscurilor și asumarea lor, între avertizarea utilă și senzația de „inducere în eroare”. În SUA, companiile de asigurări și mass-media au transformat radical relația medic-pacient, existînd chiar procesomani profesioniști care abia așteaptă să li se încalce vreun drept la consimțire pentru a da medicii în judecată. Companiile de asigurări au deja pregătite niște concilieri care în comparație cu cheltuielile pentru desfășurarea procesului sunt mai ieftine pentru toate trei părți – pacient, doctor, asigurări medicale.

Referindu-se la sănătatea publică, consimțămîntul poate fi exprimat în mai multe moduri. De exemplu, consimțămîntul se va considera „implicit” atunci cînd pacientul se prezintă voluntar pentru control sau tratament într-un cabinet de consultație sau cheamă un medic acasă. Totuși, și acest tip de acord trebuie însoțit de un element de informare asupra alternativelor medicului, informație care îl va ajuta pe pacient să facă o alegere în cunoștință de cauză în ceea ce privește tratamentul propus. Astfel, consimțămîntul poate fi implicit doar pentru actele medicale curente și proceduri uzuale. O dată cu recomandarea investigațiilor paraclinice, a procedurilor care implică o doză crescută de risc (de exemplu, puncția, biopsia ș.a.) va fi necesară obținerea unui consimțămînt. Practica ne arată

că în unele cazuri nu este nevoie ca acordul să fie făcut în scris, fiind suficientă acceptarea tehnicii în prezența altor bolnavi, a asistentelor medicale sau a unui membru al familiei. Totuși, în funcție de caracterul și temperamentul bolnavului, de situație concretă, se pot viza în mod special membrii familiei și se va insista asupra semnării consimțământului la investigație.

Deoarece activitatea medicală este una din cele mai extinse și complicate (ca urmare a diversității patologiilor umane) noțiunea de acord informat trebuie analizată prin specificul diferitor domenii sau ramuri ale medicinei. Desigur este imposibil de plasat în aceeași categorie, pacienții cronici ai unor domenii terapeutice, de exemplu, gastrologie, nefrologie etc., și pacienții acuti psihiatrici. În cazul celor din urmă este necesară o atitudine paternalistă a medicului, axată pe binele pacientului, cu scopul de a-l scoate din starea acută. O situație similară se poate observa și în cazul unor stări de șoc în medicina de urgență, când pacientul este incapabil să decidă rațional ce este mai bine pentru sănătatea sa. Tot aici se încadrează și stările de inconștiență sau comă. În toate situațiile enumerate, medicul va decide singur modul de tratament, ținând seama de profesionalismul și practica sa, obligațiunile și jurământul medical.

Vom încerca să evidențiem câteva aspecte comune în procesul obținerii acordului informat pentru majoritatea tipurilor de activitate medicală. Mai întâi, medicul trebuie să ofere răspunsuri clare și complete la toate întrebările pacientului, urmărind obținerea unui acord informat. În al doilea rând, aplicarea unor metode riscante de tratament, a unor proceduri cu un anumit grad de pericol, cu consecințe ireversibile sau implicarea benevolă în experimente clinice necesită garanții suplimentare în privința protejării drepturilor pacientului și a libertăților medicilor cu aplicarea unor normative și reglementări juridice (documente semnate în prezența martorilor, contracte etc.). În al treilea rând, acordul informat este un drept al pacientului, pe care el îl acceptă benevol și conștient. Refuzul unei metode sau intervenții propuse de medicul specialist nu trebuie să influențeze în nici un mod relația viitoare dintre bolnav și personalul medical. Pacientul trebuie tratat cu demnitate, respectându-i-se decizia și autonomia.

Există opinii conform cărora este dificilă obținerea unui consimțământ veridic, conform cerințelor legislative, în practica medicală. Această situație este impusă de anumite limite ale consimțământului.

Limitele tehnice se referă la dificultatea evaluării unui pronostic. Medicina ne aduce o multitudine de cazuri cu o vindecare miraculoasă în patologii cu un pronostic nefavorabil și invers, cu complicații grave sau chiar letale, în urma unor intervenții simple.

Limitele psihologice sunt induse de faptul că orice informare detaliată poate provoca, după cum am mai menționat, teama pacientului față de actul medical. Există situații în care chiar și o informare adecvată poate conduce la reacții nedorite ale pacientului, făcându-l să refuze o intervenție necesară salvării vieții. În astfel de cazuri este recomandabilă informarea limitată a bolnavului benefică pentru el în funcție de reacțiile sale psihice.

Limitele deontologice apar din dilema de prezentare a adevărului bolnavului și, în același timp, de a nu-i spulbera speranța. Arta de a obține acordul trebuie să fie ghidată de principiile deontologiei generale, dar neapărat cu o ajustare la psihologia fiecărui bolnav în parte, cu o evaluare detaliată a riscurilor vitale.

Limitele juridice sunt impuse de faptul că un consimțământ trebuie să fie dat liber, de către un bolnav cu discernământ. Însă, bolnavul afectat somatic va suferi mult și în plan psihologic, fiind afectat de starea de boală. Deciziile sale pot fi condiționate, de exemplu, de disperare. O să amintim un proces judiciar scandalos din SUA, în care o femeie acuză medicii chirurgi care i-au transplatat o porțiune de ficat de porc. Pacienta afirma că a fost informată despre proveniența ficatului pentru transplantare și că a dat acordul numai din motivul că era unica ei șansă de a supraviețui, deci din frica de moarte, care i-a afectat libera gândire. După intervenție, însă, ea a început să sufere pe plan psihologic de la faptul că poartă în ea un organ de animal, fapt ce-i lezează demnitatea și integritatea.

Mai mult, pacienții ajung de multe ori în fața specialistului fiind în stare de inconștiență, în comă. Stabilirea unui acord informat devine o problemă complicată și necesară. La acest fapt ne vom referi în unul din paragrafele următoare.

În sănătatea publică atitudinea față de consimțământul informat este foarte mult influențată de tradițiile, cultura și mentalitatea fiecărei societăți, fiecărui popor. În dependență de aceasta se deosebesc diferite modalități de abordare a consimțământului.

Astfel, în SUA, relația medic-pacient se stabilește pe baza raportului *de egalitate*, care poartă un caracter voluntar și individualizat. Medicul va trebui să informeze pacientul asupra tuturor riscurilor probabile, tratamentelor alternative posibile, consecințelor care pot apărea. O atitudine de *tip liberal* pornește din respectul absolutizat al imperativului autonomiei și al libertății individuale – o concepție foarte răspândită în SUA. În astfel de cazuri, decizia finală va aparține pacientului, pe când rolul medicului se va reduce la comunicarea informației complete. Pacientul se prezintă ca un consumator de servicii, iar medicul este prestatorul de servicii medicale. Pacientul va alege strategia cea mai comodă din cele propuse, fiind susținut din punct de vedere juridic. Chiar dacă pacientul a ales o soluție pe care medicul nu o consideră cea mai adecvată, acesta nu are nici un drept să-l refuze, ci poate încerca să-l convingă.

Juriștii americani operează tot mai des manipulează cu *dreptul de a hotărî asupra propriei vieți*, ignorând codurile profesionale medicale. Tocmai pe baza acestui drept apar discuții aprinse în mass-media, referitoare la eutanasiu, suicid, avort etc. Totuși, atitudinea liberală nu poate fi primită drept una universală. De exemplu, medicii vor fi nevoiți să ia anumite decizii în cazurile pacienților cu probleme de memorie și de înțelegere. Activitatea medicală își va pierde din calitate și, în fine, din esență, dacă medicii vor pune pe primul plan doar legile ordinare.

O altă modalitate de abordare a consimțământului este cea a *paternalismului binevoitor*, care este caracteristică sistemului medical francez, și considerăm că caracterizează și sistemul autohton de sănătate publică. În acest model, relația medic-pacient este mult mai tradițională și autoritară. Am discutat despre categoria de paternalism încă în primul capitol al lucrării. În vederea consimțământului informat putem adăuga că în acest tip de relație medicul este mai puțin dator să furnizeze detalii bolnavului despre starea sănătății sale. Decizia va aparține medicului, iar pacientul va fi cel care se va conforma. Pacientul va fi liber să accepte sau să refuze prescripția, iar consimțământul se va reduce la un simplu asentiment bazat pe încredere.

A treia modalitate de abordare este bazată pe *regula negocierii*, unde persistă egalitatea partenerilor, deși ei au competențe diferite. *Competența medicului* duce la decizia medicală, în care se evaluează obiectiv și rațional situația clinică a pacientului și capacitatea de a înlătura incerti-

tudinile. Rezultatul este prezentat printr-un aviz asupra tratamentului. *Competența pacientului* se referă la evaluarea propriei situații, făcînd o legătură cu decizia medicală. Calitatea competenței pacientului este influențată de factori precum gradul de competență, încrederea în medic, propria percepere a bolii și impactului acesteia asupra modului său de viață, valorile individuale. Decizia pacientului constă în acceptarea sau refuzul tratamentului propus. Libertatea refuzului este bazată pe libertatea partenerilor și este o componentă a negocierii. Refuzul pacientului va impune o reevaluare a tratamentului din partea medicului, pînă la atingerea unui consens.

Datorită unor schimbări istorice, sociale și politice, relația medic-pacient s-a modificat evident în ultimele decade ale secolului trecut. Pornind de la o atitudine autoritar paternalistă această relație ajunge pînă la oferirea unei autonomii totale pacientului sau ia forma unei alianțe dintre medic și pacient. Astfel, la ora actuală ea implică educarea reciprocă a ambelor părți despre noțiunile de sănătate și boală, responsabilitate socială, respectul valorilor personale și al beneficiilor, încredere și respect. Doar o astfel de atitudine va putea asigura o relație bazată pe speranță atît pentru pacienți, cît și pentru medicii lor, pentru a realiza un scop comun – sănătatea și beneficiul comunității întregi și al fiecărui membru în parte.

3.4 Structura consimțămîntului informat

Acordul informat în sănătatea publică este un proces în cadrul căruia se stabilește un dialog deschis dintre medic și pacient, cu caracter deliberat, fără constrîngeri și amenințări, tănuire de fapte și înșelăciuni, atît din partea medicului cît și a pacientului. Acest proces înglobează cîteva componente de bază: **(1)** condițiile preliminare: competența înțelegerii, voluntariatul deciziei; **(2)** elementele informaționale: procedura oferirii informației, propunerea recomandațiilor, actul interpretării; **(3)** elementele consimțămîntului: adoptarea deciziilor, autorizarea unor hotărîri.

După cum observăm, o condiție obligatorie în procesul colectării acordului informat este *competența* pacientului sau capacitatea acestuia de a înțelege informațiile oferite și de a decide ulterior. Dacă informarea presupune un sistem eficient de comunicare, atunci consimțirea implică

înțelegerea. Sunt considerate necompetente persoanele cu vîrsta de pînă la 15 ani sau cei recunoscuți prin expertiză medicală specializată ca fiind inapți să decidă. Totuși, nu trebuie ignorată opinia unui minor de 14 ani, de exemplu, în luarea deciziilor pe marginea unui tratament sau a unei metode. Credem că ar fi mult mai îndreptățită o abordare diferențiată, în dependență de dezvoltarea individuală a fiecărui copil în parte, fapt ce ar permite acestuia o participare măcar parțială la luarea deciziilor despre tratament. Pentru aceasta ar fi necesară o includere activă a psihologilor în procedura acordului informat, implicîndu-se în modul de comunicare al medicilor cu pacienții minori și ar descoperi cazurile cînd tutorele legal se pronunță împotriva anumitor voințe ale copilului. De exemplu, sunt cunoscute cazuri cînd părinții, din motive religioase, refuză transfuzia de sînge copilului său, chiar dacă aceasta este unica șansă de a-i salva viața. În astfel de cazuri medicii sunt chemați să stabilească interesele pacienților inapți să decidă mai presus de interesele și chiar drepturile tutorilor legali. Viața este o valoare primordială tuturor concepțiilor și convingerilor de oricare alt ordin (religios, idealist etc.) și funcția primară a medicului este protejarea ei.

Decizia pacientului va fi considerată *voluntară* atunci cînd nu există nici o influență, intimidare exterioară. Cele din urmă pot lua diferite forme: prin amenințare, șantajare, prin impunerea autoritară a anumitor decizii, prin manipularea cu informație, care aparent este obiectivă, fiind interpretată astfel ca pacientul să ia o decizie dorită de medici. O amenințare des întîlnită și care are o influență puternică asupra pacientului, este refuzul medicului de a-l trata sau refuzul acestuia la acordarea gratuită a serviciilor medicale. De obicei, amenințarea nu este făcută deschis, însă pacientul poate intui probabilitatea limitărilor numite, ceea ce îl face să accepte deciziile medicilor săi. Din acest motiv, medicul este obligat să-i explice pacientului său că refuzul de la o anumită metodă, tratament sau participarea într-o cercetare biomedicală nu va influența nicidecum accesul ulterior la metode și tratamente alternative.

Așadar, actul medical implică în mod evident și direct integritatea personală a pacientului și dreptul la autodeterminare, de aici necesitatea alegerii și acceptării unui anumit risc. Pentru noțiunea de consimțămînt în sistemul sănătății publice este fundamental faptul că acordul va fi real, adică informat, numai dacă pacientul are acces la anumite informații, care

să-i permită să înțeleagă natura investigației propuse și să ia hotărâri informate pe această bază.

Orice intervenție medicală (inclusiv implicarea persoanelor în experimente biomedicale) trebuie să includă procedura specială de primire a acordului benevol al pacientului numai în condițiile unei informări adecvate. La etapa *oferirii informației* medicul este obligat să informeze pacientul despre starea sănătății lui. În cadrul acestei etape va fi explicat scopul și durata intervenției, consecințele pozitive așteptate pentru pacient, incomoditățile posibile apărute sau anumite reacții adverse (vomă, durere etc.), riscul pentru viață, pentru beneficiul fizic și/sau socio-psihologic. De asemenea, este necesară informarea pacientului despre existența unor metode alternative de tratament, despre riscul și probabilitatea reușitei fiecăruia, indicînd eficacitatea comparativă a acestora.

De pe pozițiile unui specialist medicul propune bolnavului cea mai accesibilă, justificată variantă de tratament, însă decizia finală este lăsată pe seama pacientului. Sunt cazuri cînd pacientul din motive personale, refuză metoda de tratament propusă de medic ca fiind cea mai favorabilă. De exemplu, din considerente religioase, bolnavul va nega transfuzia de sînge, sau din cauza unor probleme financiare nu va dori să expună familia la cheltuieli enorme necesare pentru tratament.

Totuși medicul nu este obligat să informeze bolnavul despre toate situațiile teoretic posibile. Bolnavul poate fi afectat de o anumită incertitudine, neîncredere, din moment ce îi sunt descrise toate posibilitățile pe baza unor criterii statistice. Aceasta nu trebuie să determine refuzul tehnicii de către bolnav printr-o clarificare excesivă. Dacă pentru niște gesturi medicale banale se va cere consimțămîntul pacientului, acesta va putea crede că tratamentul este prea șubred, ca vindecarea nu este posibilă, factorul psihic devenind nociv. Echilibrul dintre lipsa de informare și excesul de informare nu poate fi asigurat decît de conștiința medicului aplicată la fiecare speță în parte. Specialistul trebuie să facă o informare succintă dar suficientă, legată de situația concretă a bolnavului.

Nu trebuie uitat nici faptul că maniera de prezentare a informării cere o tentă de optimism, pentru a obține concurența benefică a factorului psihic. Orice bolnav speră să nu fie prea grav, deci niciodată nu trebuie să i se suprimă speranța. În opinia noastră și a altor specialiști în materie, informația oferită pacientului pentru obținerea unui consimțămînt

trebuie să posede următoarele caracteristici: **(a)** veridicitate, adică să includă date sigure și obiective; **(b)** simplă și inteligibilă, încît bolnavul să fie capabil să explice altora, în termeni simpli, actul medical la care se va supune; **(c)** adecvată amplitudinii gestului medical, adică cu cît riscul este mai mare cu atît informarea trebuie să fie mai amplă.

Informația poate fi oferită în formă orală și în scris. Mecanismul oral de transmitere a informației este cel mai comod și respectiv, cel mai răspîndit. Însă acesta poate crea și condiții favorabile pentru apariția unor situații de conflict. În primul rînd, prin metoda dată se poate ușor acționa decizia pacientului. În al doilea rînd, această metodă permite evitarea unor amănunte despre existența unor metode alternative, despre rezultate negative, nefavorabile anterioare în administrarea procedurilor medicale propuse. În al treilea rînd, un specialist, fiind adeptul unor anumite metode de tratament, va avea tendința să exagereze, poate chiar și inconștient, capacitățile și laturile pozitive ale căilor de vindecare propuse de el. O completare în scris a formularului de acord informat va crea posibilitatea unui control asupra obiectivității informației transmise.

O atenție deosebită trebuie acordată impactului psihologic al cuvintelor utilizate în prezentarea unei informații despre o procedură medicală. De exemplu, comunicarea de tipul că probabilitatea unui sfîrșit letal în cazul unei metode de tratament este de 50% va duce la o reacție sumbră a pacientului și va scădea cu mult posibilitatea de a prefera metoda prezentă. Din punct de vedere matematic alte 50% din cazuri dau probabilitatea unui pronostic favorabil. Astfel, această parte a informației va oferi pacientului speranță. De aceea tocmai aceasta este recomandată să fie comunicată celui bolnav.

Există cazuri cînd pacientul nu va fi interesat de informația despre metoda sau tratamentul propus de către medicul său. El se va baza cu o încredere deplină pe alegerea medicului, fără să ceară detalii despre riscuri și pronosticuri. În astfel de cazuri, trebuie respectată dorința pacientului, ne prezentîndu-se informația nedorită. Totuși, aceste cazuri trebuie excluse în desfășurarea cercetărilor, studiilor clinice și experimentelor biomedicale, în cadrul cărora persistă o condiție obligatorie – conștientizarea deplină de către pacient, a esenței și riscului actului medical recomandat.

Numai în rezultatul unui dialog adecvat se poate trece la următoarea etapă a acordului informat și la *primirea consimțămîntului*. Pacientul

poate avea nevoie de timp pentru luarea unor decizii, pentru a se sfătui cu rudele sau a consulta alți specialiști. Din acest motiv nu trebuie forțat procesul, care e recomandabil să fie independent. De asemenea, consimțământul acceptat inițial de pacient poate fi în orice moment revizuit și/sau anulat.

Ca și informarea, *autorizarea* poate fi efectuată oral sau în scris. În esență, aceasta simbolizează implicarea pacientului în relații de contract, care îl vor lega de medicii care îl tratează. Relațiile nominalizate vor determina obligații reciproce, atât legale, cât și morale din partea ambelor laturi, determinând forma și nivelul responsabilităților.

Așadar, imperativul acordului informat realizează o concordanță optimă între poziția medicului profesionist și interesele pacientului său. Acordul informat nu trebuie să prezinte scopul în sine, ci doar metodă de realizare a dialogului. Dacă se vor lua în considerație toate elementele discutate mai sus, există posibilitatea unei reale colaborări de parteneriat între medici și pacienți, în limitele sistemului sănătății publice.

3.5 Imperativul onestității medicale în utilizarea placebo

Placebo reprezintă o substanță indiferentă farmacologic care posedă caracteristici exterioare asemănătoare (miros, gust, culoare) cu o oarecare substanță medicamentoasă. Chiar dacă este neutră farmacologic, placebo poate induce anumite efecte terapeutice, cu condiția că pacientul crede că primește substanța medicamentoasă adevărată. Minciuna poate provoca acțiune terapeutică.

De fapt, este o metodă răspândită pe larg în practica așa numitor „vindecători” populari sau „vrăjitori”. Agentul real efectiv este credința pacientului în influența pozitivă a tot ce i se întâmplă. Medicii explică un astfel de rezultat prin acțiunea pronunțată a endorfinelor eliminate de organism ca răspuns la o predispunere psihologică pozitivă pentru un tratament așteptat. În general, însă, se poate afirma că scopul folosirii placebo-lui este acela de a analiza efectul unui tratament asupra unor simptome subiective, mai degrabă decât asupra unor boli organice.

Întrebarea esențială de ordin etico-filosofic se referă, pe de o parte, la îndreptățirea morală a medicilor în utilizarea placebo, care este de fapt o „înșelare terapeutică”. Pe de altă parte, dacă vom lua în considerație faptul că la baza majorității bolilor somatice se află factori psihologici, ajungem la concluzia că placebo va acționa patognomic, adică direct asupra cauzei patologiei – asupra psihicului. În această situație, putem declara direct placebo ca medicament veritabil. Medicul nu va fi învinuit de tăinuire de informație, deoarece menționarea componentei chimice a preparatului în cazul dat nu prezintă nici o importanță.

Este foarte dificilă transmiterea unei informații adecvate și totodată veritabile pacientului căruia i se va administra placebo. Condiția principală este de a păstra încrederea pacientului în efectul curativ așteptat. Medicul nu are dreptul moral și nici legal de a induce în eroare persoana bolnavă. Astfel, sunt recomandate fraze de tipul „Vom încerca un preparat nou și diferit de altele, care credem că în situația dumneavoastră, va ajuta” sau „Nu ați mai primit un astfel de preparat înainte, dar sperăm că efectul va fi evident”. De obicei, o astfel de informație este suficientă pentru a primi consimțământul pacientului. În cazul în care pacientul va cere totuși detalii despre componența preparatului indicat, nu înseamnă că medicul dacă va minți îi va comunica că medicamentul nu conține substanțe toxice, că indicația principală este lupta cu suferința bolnavului. Mecanismul acțiunii nu este studiat de știință pînă la capăt, dar există date concrete despre eficacitatea terapeutică a acestuia. O astfel de interpretare a lucrurilor va conține partea adevărată a informației și va permite medicului să-și păstreze statutul profesional la înălțimea cuvenită, fără a-și încălca principiile și valorile morale profesionale și personale.

Probleme majore de ordin moral apar în cazurile cînd placebo este utilizat pentru grupul de control în studiile clinice. Unii cercetători preferă să observe efectele preparatului nou nu în comparație cu preparatele existente și autorizate pentru o patologie dată, ci în raport cu non-tratarea, adică medicamentul se dovedește a fi „mai efectiv decît nimic”. Vom aborda problematica alegerii grupului de control în studiile clinice, referindu-ne în special la avantajele și dezavantajele alternativelor metodologice existente.

În studiile controlate cu placebo, varianta în care subiecții primesc fie produsul investigat, fie placebo, baza de comparație pentru evalua-

rea eficacității și a profilului de siguranță pentru noul medicament este reprezentată de o substanță inactivă, fapt ce conferă măsura absolută a eficacității substanței investigate; abilitate în discernerea reacțiilor adverse (la produsul investigat), de evenimente legate de boala de bază sau de afecțiuni intercurrente; un studiu liber de presupuneri și de concluzii bazate pe factori externi studiului (incontrolabili); o expunere a unui număr minim de subiecți, deoarece puterea statistică este mai mare în comparație cu studiile care utilizează controlul activ.

Dificultatea de identificare a unui control activ aprobat pentru indicația respectivă necesită un număr mai mare de subiecți în comparație cu studiile controlate cu placebo. Aceasta se datorează faptului că diferența așteptată între substanța investigată și substanța luată pentru comparație (comparatorul activ) este mai mică decât aceea dintre substanța investigată și placebo, iar pentru a detecta o diferență mai mică, este nevoie de un număr mai mare de subiecți. Însă dovada non-inferiorității față de un control activ, în condițiile unui anumit studiu, nu înseamnă întotdeauna dovedirea eficacității. Pentru a realiza o comparație cu adevărat corectă în ceea ce privește alegerea dozelor, este necesară testarea mai multor doze concomitent, însă astfel de studii se vor dovedi foarte costisitoare financiar ceea ce va duce la evitarea acestei căi de către cercetători.

Studiile cu trei (sau mai multe) ramuri terapeutice, incluzând *produsul investigat, comparatorul activ și placebo*, reprezintă o variantă rezonabilă sub aspect științific, etic și practic. Ideal, comparatorul activ se diferențiază față de placebo, dovedind astfel validitatea internă a studiului. Dacă și substanța investigată se diferențiază de placebo, eficacitatea acesteia este astfel dovedită. În condițiile în care comparatorul activ nu se diferențiază față de placebo, trebuie analizate cauzele posibile ale acestui rezultat. Atunci când există riscul afectării designului de tip *"dublu-orb"* – când *ambele părți* (subiectul și investigatorul) *nu cunosc tratamentul administrat* – din cauza identificării reacțiilor adverse tipice comparatorului activ, evaluarea variabilei primare a studiului ar trebui să fie efectuată de o persoană diferită și independentă de cea care înregistrează evenimentele adverse pe durata studiului.

Cercetările de tip *"add-on"* sunt studii placebo controlate în care subiecții primesc în același timp și tratament standard. Acest tip de design reprezintă norma recomandată pentru studiile pe epilepsie, cancer,

constituit dintr-o etapă inițială de tip “add-on”, după care tratamentul standard se întrerupe și se urmărește evoluția sub tratament cu produsul investigat în comparație cu cea sub control activ sau cu placebo.

Studiile în care grupul de control nu primește tratament (activ sau placebo) sunt necesare atunci când realizarea unui design de tip “dublu-orb” nu este posibilă (de exemplu, în cazul tratamentelor cu toxicitate ușor recognoscibilă) sau când variabilele evaluate sunt obiective. O variantă acceptată acestui tip de design include un evaluator “orb”.

Totuși, chiar dacă cercetătorii științifici ne conving de necesitatea aplicării efectului placebo pentru organizarea studiilor clinice, rămânem la părerea că utilizarea acestuia este foarte aproape de a fi non-etică în marea majoritate a cazurilor. Istoria cercetărilor medicale din ultimii ani ne susține scepticismul față de această metodă. De exemplu, în anii `90 ai secolului trecut s-a efectuat un studiu larg, placebo-controlat al unor tratamente secundare în artrita reumatoidă. În majoritatea cazurilor studiului, care a durat câțiva ani, pacienții primeau terapia primară obișnuită (un preparat non-steroid antiinflamator), iar apoi erau randomizați pentru a lua tratamentul secundar sau placebo. Studiul a continuat chiar în condiția în care existau multe alte terapii secundare mult mai efective ca placebo. Astfel, participanții acestui studiu au fost supuși unui risc evident la unele schimbări degenerative serioase și ireversibile, care ar fi putut fi prevenite și evitate. În aceeași perioadă este inițiat un studiu asupra unui preparat nou chimioterapeutic – ondansetron. Cu toate că în practica oncologică există o medicație specială stabilită în lupta cu voma indusă de chimioterapie, preparatul nou a fost cercetat doar în comparație cu placebo, desigur provocând suferință celor implicați în studiul clinic dat.

Așadar, aprobarea unui medicament nou, insuficient testat sub aspectul eficacității sau al profilului său de siguranță, reprezintă un risc major pentru sănătatea publică. Este, de asemenea, necesar ca un număr cât mai redus de subiecți să fie expuși riscului administrării unui medicament nou, cu un profil de siguranță incert. Designul și desfășurarea studiilor trebuie să asigure, pe cât e posibil, prevenirea rezultatelor fals-pozitive, fals-negative sau ale celor cu semnificație incertă.

Declarația de la Helsinki reprezintă un cod etic internațional pentru cercetarea medicală care implică subiecți umani. Poziția autorilor acesteia în ceea ce privește utilizarea placebo a evoluat în timp astfel încât în

anul 1996, utilizarea placebo era permisă doar în studiile în care metodele diagnostice sau terapeutice nu erau dovedite. Toți pacienții urmau să beneficieze de cea mai bună metodă diagnostică și/sau terapeutică existentă. Respectarea strictă a acestor indicații făcea ca singurele studii acceptate să fie cele de tip “add-on”. În anul 2000, noile metode trebuiau testate în comparație cu cele mai bune metode profilactice, diagnostice sau terapeutice existente. Utilizarea placebo era permisă atunci când nu existau metode profilactice, diagnostice sau terapeutice dovedite pentru indicația respectivă. În anul 2002, placebo devine etic acceptabil, chiar și atunci când există tratament dovedit, atunci când utilizarea sa este necesară din motive metodologice riguroase din punct de vedere științific, iar subiecții participanți la studiu nu sunt expuși unui risc crescut de vătămare ireversibilă.

Există numeroase metode de minimizare a riscurilor expunerii la tratamentul cu placebo în cadrul studiilor clinice. Amintim câteva dintre cele mai importante măsuri necesare pentru protecția acestor pacienți: **(1)** informarea corectă, posibilitatea retragerii în orice moment al consimțământului de participare la studiu de către pacient fără a oferi nici o explicație; posibilitatea retragerii în orice moment a pacientului din studiu, atunci când investigatorul consideră că aceasta este în interesul pacientului; **(2)** selecționarea adecvată a participanților la studiu (pe criterii de stabilitate clinică, excluderea celor cu risc cunoscut de heteroagresivitate sau suicid etc.); **(3)** împărțirea pe grupe terapeutice astfel încât un număr cât mai mare de pacienți să primească tratament activ, cu o mai redusă posibilitate de a primi placebo; **(4)** măsuri de protecție pe perioada desfășurării studiului precum: stabilirea unei persoane de contact din anturajul imediat al bolnavului (supraveghetor), permiterea unor medicamente concomitente adecvate pentru simptomatologia tranzitorie, limitarea duratei tratamentului cu placebo la strictul necesar, monitorizarea atentă cu identificarea rapidă a semnelor de agravare a bolii, un prag intervențional scăzut cu inițierea rapidă a medicației active; **(5)** posibilitatea intrării într-un studiu-extensie de tip “open label”, cu durata acceptabilă, în cazul unei recăderi a bolii în timpul tratamentului “dublu-orb” controlat cu placebo.

Interzicerea studiilor cu placebo ar împiedica obținerea de dovezi științifice credibile în ceea ce privește evaluarea produselor medicamen-

toase noi și ar fi contrară intereselor publice – deoarece sunt necesare atât medicamente noi, cât și alternative la produsele existente pe piață. Existența dovezilor științifice credibile în ceea ce privește eficacitatea și profilul siguranței asigură o evaluare credibilă a balanței risc-beneficiu pentru un anumit produs medicamentos, evitându-se astfel decizii eronate în ceea ce privește acordarea sau retragerea autorizației de vânzare pentru acesta. În condițiile în care natura etică a studiilor placebo-controlate a devenit bine înțeleasă și aplicată, poziția Comitetelor pentru Proprietatea Produselor Medicinale și a Agenției Europene pentru Evaluarea Produselor Medicinale este aceea ca disponibilitatea studiilor placebo-controlate să apară necesară pentru a satisface interesele sănătății publice.

3.6 Interpretarea terapeutică eronată și speranța falsă în acordarea serviciului medical

Termenul de *Interpretare terapeutică eronată* (therapeutic misconception) a fost introdus în literatura științifică pentru prima dată în anul 1982 de către medicul cercetător american Paul Appelbaum și colegii săi, care în cadrul unui studiu în rândurile pacienților bolnavi mental au constatat deschis faptul că aceștia, în marea majoritate, nu fac deosebiri esențiale între participarea la o *cercetare medicală și primirea unui tratament clinic*.

Interpretarea terapeutică eronată poate fi definită drept o confuzie între implicarea în cercetările noilor terapii în curs de investigare și primirea unui tratament efectiv, stabilit pentru anumite condiții legate de sănătate. Aceasta mai poate fi înțeleasă și ca o încredere greșită a subiecților cercetării în faptul că studiul clinic le va aduce un beneficiu direct.

Se deosebesc câteva cauze care pot iniția acest fenomen în procesul unei cercetări: **(1)** când medicul curator este în același timp și cercetătorul implicat în studiul clinic și **(2)** când este efectuată o interpretare greșită a procesului cercetării. Aceste cauze sunt considerate și generatoare de multiple elemente non-etice.

Așadar, poate avea loc o interpretare terapeutică greșită în cazul când cercetătorul reprezintă concomitent și medicul subiectului cercetării.

Pacientul va avea o mare încredere față de medicul său, aceasta reieșind din relația normală dintre medic și pacient, în care medicul trebuie să acționeze doar în interesul pacientului, conform cerințelor sale profesionale. Din păcate, însă, există condiții ale cercetării în care scopul studiului nu corespunde cu cel al tratamentului individual al unui pacient concret. Astfel, relația medic-pacient, considerată a fi una foarte specifică, este afectată prin violarea principalelor imperative ale bioeticii medicale.

Imperativul *beneficiului* bioeticii cere ca orice acțiune a medicului să fie concentrată pe binele pacientului. Însă un medic-cercetător nu va putea garanta beneficiul pacientului în condițiile în care va trebui să-i administreze placebo sau nu este sigur despre anumite efecte ale preparatului sau metodei noi testate.

Conform imperativului *non-dăunării*, medicii sunt obligați să nu provoace vreun rău prin acțiunile sale. Pacientul va fi convins că orice indicație din partea medicului este cu scopul de a ajuta și nicidecum de a-i dăuna. În cazul cercetării unui nou medicament sau unei noi metode de investigație nici un cercetător nu va putea asigura total eficiența preparatului studiat și nici siguranța evitării unor riscuri imprevizibile.

Încălcarea imperativului *justeții* se observă în momentul când se stabilește o cercetare ce devine un beneficiu pentru alții, pe când pacientul va accepta acest lucru pentru propria sănătate. Este imposibil să se justifice opoziția acestor două tipuri de beneficii din punctul de vedere al medicului. Devine evident că acest fapt poate fi garantat doar cu o deplasare spre condițiile studiului clinic. În asemenea caz, situația se complică și devine extrem de dificilă din momentul în care medicul curator și cercetătorul clinic reprezintă una și aceeași persoană.

O problemă la fel de gravă din punct de vedere etic în situația unei încrederi exagerate a pacientului în medicul-cercetător se reflectă și în procedura colectării consimțământului informat. Cel din urmă va fi semnat formal, iar subiecții (pacienții) nu vor acorda atenție deosebită conținutului, deoarece ei vor fi convinși că medicii acționează doar în interesul oamenilor bolnavi implicați. Desigur, se va considera un act non-etic cercetarea subiecților bazată pe încrederea oarbă a acestora.

Mai mult, este foarte important ce va comunica medicul-cercetător pacienților săi în formă orală și ce va fi specificat în formularul acordului pentru cercetare. Acesta din urmă (formularul) va conține informații prea

complicate, prea voluminoase, prea sofisticate, cu o mulțime de termeni tehnici neînțeleși. Desigur, pacientul va cere sfatul medicului său – persoana de încredere, dar care este cointerесată în desfășurarea studiului. Cît de onest va fi medicul în explicarea detaliată a tuturor momentelor cercetării? Va descrie acesta toate efectele adverse și va prezenta adevărul despre o posibilă daună în urma administrării preparatului propus? Desigur, aceasta va depinde de statutul moral al medicului, precum și de motivația pacienților de a fi implicați într-un studiu clinic.

După cum tocmai s-a menționat, o altă cauză a interpretării terapeutice eronate este explicarea greșită a procesului cercetării. Mai întii observăm maniera în care cercetarea a fost interpretată subiecților potențiali și cine a făcut aceasta. Dacă explicația a venit personal din partea medicului, atunci pacientul va fi sigur că nu există motive de alarmare și ca urmare vor apărea problemele menționate mai sus.

Reclamarea sau promovarea cercetării este iarăși un moment esențial în apariția unei interpretări terapeutice eronate. Așa zisele „nume de brand” induc o falsă speranță în acțiunea extraordinară a preparatului investigat și au doar scopul de a lucra la imaginea acestuia. Care ar fi, de exemplu, mesajul înțeles de subiecții implicați în studiul clinic cu denumirea de MAGIC (MAGnesium In Coronaries) sau MIRACL (Myocardial Ischemia Reduction with Aggressive Cholesterol Lowering), sau BEST (trad. – *cel mai bun*) (Beta-blocker Evaluation of Survival Trial)? Este evident că astfel de titluri sugerează o atitudine pozitivă și încredere în succes, înainte ca studiul să fi demarat.

Alteori se recurge la răspîndirea unor formulări exclamative, ale unor fraze cu conținut general care vor provoca persoanelor bolnave speranțe nereale în ce privește rezultatele așteptate. De exemplu, Centrul de Cercetări asupra Cancerului din Hawaii anunțase selectarea participanților în studiul clinic al unui preparat anticanceros. În promovarea acestuia, reclama suna în felul următor: „Participanții vor fi printre primii care vor primi tratamentul nou, înainte ca acesta să fie pe larg răspîndit”. Cum rămîne cu cei care vor intra în grupul de control și cei care vor primi placebo?

Cuvintele „experiment” sau „investigație” sunt înlocuite intenționat cu termenii de „studiu” sau „proiect”, „program”, care sunt mai generalizate prin conținut și nu sunt înțelese pînă la capăt de o mare parte din pacienți.

„A aparține unui experiment” este interpretat ca fiind în rolul unor șoareci de laborator, pe când „A lua parte într-un program de cercetare” sună ca o promisiune pentru un tratament performant, ultra-nou și gratuit.

Însă caracteristicile „de ultimă oră”, „cel mai nou”, „de perspectivă”, „cel mai promițător” nu se referă la eficacitatea preparatelor investigate. Pacientul se va limita la părerea proprie, fiind puternic influențat de dorințele sale, precum că toate aspectele proiectului de cercetare la care a consimțit sunt destinate beneficiului său direct. De multe ori oamenii bolnavi văd cercetarea drept o nouă cale de a primi o vindecare miraculoasă. Din păcate, dezamăgirea este un rezultat des întâlnit în asemenea cazuri.

O altă categorie de pacienți vor privi cercetarea ca pe o posibilitate de a avea parte de mai multă atenție din partea lucrătorilor medicali, primind astfel de asistență medicală de înaltă calitate. Acest mod de gândire este specific persoanelor senile și/sau singuratic, care simt necesitatea unei comunicări pentru a se plînge, sau persoanelor labile emoțional, de exemplu, celor ce și-au autosugerat că au o sănătate șubredă. Implicarea în studiu este interpretată drept o posibilitate de a fi în centrul atenției profesioniștilor, de a fi investigați zilnic. Însă o cercetare nu implică neapărat și o terapie.

Problema se complică esențial în cazul țărilor sărace. Cu cât mai săracă este țara, cu atât mai vagă este procedura colectării acordului informat. Astfel, o persoană bolnavă și săracă va considera cercetarea drept cea mai reală cale de a primi asistența medicală în comparație cu nimic. Acesta va accepta participarea în studiul clinic cu speranța că oricum este un fel de act medical, de care el are disperată nevoie. În astfel de cazuri are loc frecvent o comparație între riscul cercetării și riscul de a nu primi tratament în general. De obicei, alegerea este de a fi subiecți ai studiului clinic. Revenim la ideea expusă la începutul acestui paragraf – studiul clinic este confundat cu terapia.

În concluzie, putem enumera rezultatele nefavorabile ale interpretării terapeutice eronate: **(1)** riscul decepției pacienților – aceștia se vor simți mințiți și manipulați; **(2)** violarea corectitudinii acordului informat – care nu-și va îndeplini scopul și funcția veritabilă; **(3)** insuficiența siguranței pacientului – din moment ce acesta nu conștientizează adecvat riscurile posibile, devine greu să i se asigure beneficiile; **(4)** fraudă și corupție – unii

medici profită de încrederea pacienților, implicându-i în studii care îi interesează personal din motive extramedicale (financiare, carieră etc.).

Cum ar fi posibil să se evite astfel de prejudicii? Singura cale reală este lucrul efectiv al comitetelor de etică, care să elaboreze regulamente și normative pentru stabilirea unor limite în acțiunea medicilor-cercetători. Acestea trebuie să existe în fiecare instituție medicală în care sunt desfășurate proiectele de cercetare. Studiile clinice nu pot fi inițiate fără aprobarea preventivă a Comitetului Etic (Bioetic) respectiv.

3.7 Conflicte de interese în sistemul sănătății publice

Pentru a înțelege noțiunea de *conflict de interese* trebuie determinată definiția acestuia. Prin conflict de interese se înțelege totalitatea condițiilor în care afirmația profesională referitoare la interesul primar (care constituie binele și sănătatea pacientului, educația viitorilor profesioniști etc.) tinde să fie impropriu influențată de unul din interesele secundare (scopuri financiare, promovare, câștig de granturi, publicații în reviste de prestigiu, faimă, obligațiuni familiare etc.).

Există diferite condiții pentru apariția unor conflicte de interese. Înainte de toate este vorba despre primirea unor decizii controversate în cadrul procesului de pregătire și desfășurare a unui studiu clinic. De obicei, aceste decizii sunt fundamentate de interesul financiar al investigatorului.

Severitatea conflictului depinde de probabilitatea că judecata profesională va fi influențată de interesele secundare. La fel, acesta depinde de seriozitatea daunei sau a greșelii care vor apărea în rezultatul unei astfel de influențe.

Vom evidenția câteva calități specifice, care de fapt și determină situația de conflict de interese. În primul rând, cu cât relațiile sunt mai apropiate și mai de durată, cu atât problema se adâncește. O relație continuă cu un membru al comitetului sau, de exemplu, cu un partener al unui sponsor industrial, creează probleme mult mai serioase decât acceptarea unui grant sau a unui cadou. În al doilea rând, prezentăm gradul de discreție, adică cât de mult este implicat emoțional medicul sau cercetătorul în exercitarea judecății profesionale. Astfel ce va determina parțial gradul de probabilitate: cu cât profesionalul va avea mai puțină autoritate inde-

pendentă într-un caz particular, cu atât mai mică va fi latitudinea pentru influența improprie. În al treilea rînd, cu cît sunt mai largi limitele consecințelor, cu atât conflictul este mai serios. Pornind de la efectele asupra unui pacient particular sau proiect de cercetare, un conflict poate avea efecte asupra practicii altor medici sau asupra proiectului de cercetare al colegilor. În fine, în al patrulea rînd, cu cît este mai limitată responsabilitatea medicului sau a cercetătorului, cu atât este mai serios conflictul apărut.

Evitarea conflictelor de interese este necesară pentru a realiza prin o reglementare adecvată ce va avea scopul menținerii integrității rațiunii profesionale, – pentru a minimiza influența intereselor secundare, care trebuie să fie irelevante în luarea deciziilor ce țin de interesele primare. Ea va fi direcționată de obiectivul de a păstra încrederea în rațiunea profesională – de a minimiza condițiile ce vor cauza imaginea conform căreia gîndirea profesională a fost influențată impropriu, chiar dacă acest lucru nu a existat.

Suportul industrial al unei cercetări reprezintă o potențială situație de conflict de interese. Pentru a evita apariția acestora, recomandăm cîteva reguli necesare, în cazul cercetărilor clinice suportate financiar de organizații comerciale. În primul rînd, investigatorul trebuie să fie liber de orice influență din partea unității-sponsor. El nu trebuie să posede mijloace proprii sau interese patrimoniale în organizația sponsor sau să nu ocupe vreo funcție în administrația acesteia. În al doilea rînd, trebuie să existe o garanție din partea sponsorului industrial în libertatea academică a cercetătorilor, cu dreptul de a propune și prezenta subiectul cercetat pentru discuții în cadrul consiliilor științifice, în formă scrisă sau orală. În al treilea rînd, cercetătorul care conduce un studiu clinic în care sunt implicați în mod direct pacienți, viața și sănătatea acestora, trebuie să aibă un interes financiar minim, ce ține de comercializarea potențială a produsului testat.

Pentru astfel de situații sunt prezăzute cîteva căi de remediere: **(1)** executarea unor proceduri de instructaj continuu pentru a menține încrederea stabilită între medici și pacienți; **(2)** elaborarea unor regulamente profesionale, deoarece numai regulile scrise vor putea induce claritate în soluționarea situațiilor de conflict; **(3)** existența unor regulamente guvernamentale, care ar avea un caracter mult mai general și ar viza toate

laturile posibile implicate într-un conflict; **(4)** asigurarea transparenței, adică informația poate fi prezentată colegilor, spitalului, comitetelor profesionale sau chiar publicului; **(5)** abținerea și prohibiția: o analogie cu refuzul judiciar, care va face ca cercetătorii să se retragă din cazurile în care ei au interese secundare substanțiale; **(6)** depistarea, în care se vor elimina interesele secundare.

Conflictul de interese poate avea loc în orice instituție clinică sau științifică, unde administrația va ignora anumite elemente esențiale în organizarea procesului de cercetare științifico-practică. Este foarte necesară o politică corectă a instituției implicate în studiu. Aceasta va include cerințele obligatorii pentru asigurarea unei transparențe regulate, cu monitorizarea adecvată din partea administrației intereselor financiare inițiate. Este evidentă funcția indiscutabilă a comitetelor de specialitate. Totodată trebuie aprobat și un mecanism care va include excepțiile pentru o strategie dictată de circumstanțe extraordinare.

În concluzie, doar un management adecvat stabilit la începutul unei cercetări sau unui studiu clinic – cu elaborare de reguli concrete, norme și legi – poate preveni apariția conflictelor de interese în procesul studiilor științifico-clinice, care pot aduce o potențială daună persoanelor inocente, imaginii medicinei și progresului științific în general.

Bibliografie

1. **Appelbaum P., Roth L., and Lidz Ch.** *The Therapeutic Misconception: Informed Consent in Psychiatric Research* // International Journal of Law and Psychiatry, nr. 3-4, 1982, p. 319-329.
2. **Astărăstoae V., Bella Triff Almoș.** *Essentialia in Bioetica.* – Iași, 1998.
3. **Baruch A. Brody.** *The Ethics of Biomedical Research. An International Perspective.* – Oxford, 1998.
4. **Daghie V.** *Etică și deontologie medicală.* – Buc.: Ed. Național, 2000.
5. *Ethical and Regulatory Aspects of Clinical Research. Readings and Commentary.* Edited by Emanuel Ezekiel J., Crouch Robert A., Arras John D., Moreno Jonathan D., Grady Christine. – Baltimore: The John Hopkins University Press, 2004.
6. *Informed Consent.* Ed. by A. Carmi. Israel National Commission for UNESCO. – Haifa, 2003.
7. **Fagot-Largeault A.** *Normativity and ethics. / The ethics of life.* Ed. by Noble D., Vincent J.D. – Paris, 1997.

8. **Leșco A.** *Transparența medicinei americane. Comportament etic și responsabilitate medico-legală.* – Chișinău: ARC, 2003.
9. **Macklin R.** *Double standarts in medical research in developing countries.* – Cambridge, 2004.
10. *Medical Ethics: an introduction.* Ed. by R.M.Veatch. – Boston-London: Jones and Bartlett Publishers, 1989.
11. **Miu N.** *Științele comportamentului. Manual pentru studenții ciclurilor I, II și III de medicină.* – Cluj Napoca : Ed. Medicală Univers. „Iuliu Hațieganu”, 2004.
12. **Nicolau S.** *Bioetica. Manual pentru învățământul preuniversitar și universitar de specialitate.* – Buc.: Universul, 1998.
13. *Regulile pentru bună practică în studiul clinic. Supravegherea și farmacovigilența medicamentelor în Republica Moldova.* // Buletinul Institutului Național de Farmacie. Ediție specială. – Chișinău: Universul, 2002.
14. **Revenco M., Catrinici I., Catrinici C., Gramma R.** *Unele aspecte deontologice și bioetice în expertiza psihiatrico-legală // Anale științifice ale USMF „N. Testemițanu”. Vol.I.- Chișinău, 2002, p. 641-645.*
15. **Scripcaru Gh., Ciucă A., Astărăstoae V., Scripcaru C.** *Bioetica, științele vieții și drepturile omului.* – Iași: Polirom, 1998.
16. **Soulier J. P.** *Enigma vieții. Reflecțiile unui medic-biolog asupra vieții și morții.* – Buc.: Editura medicală, 1991.
17. *Teaching Ethics in Psychiatry: case-vignettes.* Ed. by Carmi A., Moussaoui D., Arboleda-Florez J. The International Center for Health, Law and Ethics. – Haifa, 2005.
18. **Țirdea T.N.** *Conținutul și condițiile de realizare a imperativelor bioeticii în cercetarea biomedicală // Anale științifice a USMF „N.Testemițanu”. Probleme actuale de sănătate publică și management, Vol. II. – Chișinău, 2006, p. 237-241.*
19. **Țirdea T.N.** *Bioetica: origini, dileme, tendințe.* – Chișinău: CEP „Medicina”, 2005.
20. **Țirdea T., Gramma R.** *Consimțământul informat și interpretarea drept mecanism de realizare a antipaternalismului în medicină // Anale științifice ale USMF „N. Testemițanu”. Vol.I. – Chișinău, 2004, p. 748-754.*
21. **Țirdea T.N.** *Filosofie și Bioetică; istorie, personalități, paradigme.* – Chișinău, 2000.
22. **Țirdea T.N.** *Scientizarea, informatizarea și intelectualizarea activității umane: aspecte axiologice // Elemente de informatică socială, sociocognitologie și noosferologie. Culegeri de articole științifice publicate în anii 90 ai sec. al XX-lea.* – Chișinău, 2001, p.19-29.
23. **Țirdea T.N.** *Elemente de bioetică.* – Chișinău: Univers Pedagogic, 2005.

24. **Акопов В.И., Акопов М.В.** *Нарушение прав пациента: законодательство и медицинская практика* // Медицинская право и этика. / Материалы 1-ой Всероссийской научно-практической конференции по медицинскому праву. Май 2003, Москва. – № 2. – С. 46-51.
25. **Бриссе К.** *Чтобы видеть или чтобы думать? /Требования биоэтики. Медицина между надеждой и опасениями.* Под. рук. Бриссе-Виньо Ф. – Киев, 1999. С. 214-220.
26. **Мыльникова И.С.** *Информированное согласие как мечь больному: заметки врача.* // Медицинское право и этика. № 1. Москва. 2003. С.31-35.
27. **Покуленко Т.А.** *Принцип информационного согласия: вызов патернализму* // Вопросы философии. № 3. Москва. 1994.
28. **Юдин Б.Г., Гудков Л.Д.** *Медицинская этика и право на информацию* // Биоэтика: принципы, правила, проблемы. Под ред. Б. Г. Юдина. – М.: Эдиториал УРСС, 1998. – С. 378-383.

Capitolul

IV**Probleme bioetico-filosofice
ale medicinei contemporane performante**

- 4.1 Problema modelelor socioculturale ale bioeticii în interpretarea ei contemporană
- 4.2 Problema etică a avortului în sănătatea publică
- 4.3 Aspecte etice ale medicinei reproductive
- 4.4 Problema bolnavilor muribunzi și eutanasia în sănătatea publică din perspectivă bioetică
- 4.5 Etica biomedicală și genetica. Problema clonării umane în viziune bioetică
- 4.6 Implicații bioetice în practica transplantologiei
- 4.7 Atitudinea bioetică față de bolnavii HIV în cadrul sănătății publice

Bibliografie

Schimbările tehnico-științifice revoluționare din secolul al XX-lea au inițiat pericolul bulversării unor norme morale, care incipient păreau de neclintit, în special ale celor referitoare la legăturile de rudenie sau moștenire. Progresul medicinei a făcut posibilă substituirea de către laborator a reproducerii naturale cu acceptarea treptată de către stat a unor reguli total diferite celor de odinioară, care să guverneze tradiționalele formule ale căsătoriei și familiei de astăzi. S-a ajuns la tehnologii performante în domeniul reanimatologiei și prelungirii vieții omului, iar în unele țări pînă și la legiferarea eutanasierei. Corpul uman a devenit deopotrivă obiectul de studiu și victima scientismului medical, iar tehnologiile biomedicale ce au influențat cursul natural al vieții, au modificat imaginile despre femeie, bărbat și cuplu, despre viață, suferință și moarte etc., modificînd astfel și semnificațiile lor valorice.

Pentru a formula concluzii optime la acest capitol, bioetica apare ca orientare științifică, parte componentă a filosofiei practice ce se ocupă de aspectele intervenției omului în cîmpul biologic și medical. Această definire conturează clar necesitatea aplicării bioeticii drept un imperativ obligatoriu în toate noutățile tehnologice ce vin din lumea biomedicală și tind spre o aplicare profitabilă. Trasarea limitelor implicării celor menționate în sănătatea publică trebuie să fie determinată de înțelegerea persoanelor care efectuează această acțiune, adică a medicilor și biologilor.

4.1 Problema modelelor socioculturale ale bioeticii în interpretarea ei contemporană

Comunitatea umană cuprinde o diversitate multiplă de culturi care se deosebesc între ele după tradițiile, obiceiurile, concepțiile religioase și viziunile existente vis-a-vis de unele noțiuni și valori generale. Din acest motiv se observă o atitudine diferită (de la popor la popor, sau la nivel de individ) față de problemele bioetice, și respectiv, sunt emise recomandări/soluționări ale acestora, care vor corespunde specificului unei anumite culturi .

Pe parcursul dezvoltării sale, bioetica a aderat și continuă să se alinieze la câteva modele socioculturale de referință care precizează (la o anumită etapă istorică sau pentru o confesie religioasă specifică, sau chiar pentru un popor aparte) atitudinea morală față de obiectul (natura vie, inclusiv omul) de studiu sau de experiența, de acțiunea practică a omenirii.

Pentru a clarifica mai bine problema modelelor socioculturale ale bioeticii, mai ales în orientarea lor socio-biologică și epistemologică, reamintim legea lui D. Hume (1711-1776) și conturăm cele două tabere opuse ale bioeticienilor care au apărut în ultimul timp. Această lege derivă dintr-o observație a lui D. Hume, reluată de filosofia analitică contemporană pe care a numit-o „înșelăciune naturalistă”. *Legea afirmă că există o mare diferență între faptele naturale și valorile morale: faptele sunt cognoscibile și pot fi demonstrate în mod științific, în timp ce valorile și normele morale sunt simple presupuneri și generează judecăți prescriptive ce nu pot fi demonstrate.* Așa au apărut două tabere în bioetică: non-cognitiviștii și cognitiviștii (două direcții – non-cognitivismul și cognitivismul). Primii consideră că valorile nu pot fi obiect de cunoaștere sau afirmații definite ca fiind „adevărate” sau „false”. Cei din tabăra a doua, dimpotrivă, caută o fundamentare rațională și obiectivă a valorilor și normelor morale. A justifica bioetica înseamnă a discuta întâi despre posibilitatea de a depăși „marea diviziune” sau „înșelăciunea naturalistă”.

Problema constă în definirea semnificației cuvântului „a fi” care reflectă factualitate cognoscibilă. Dacă prin „a fi” se înțelege factualitate empirică, desigur, legea lui Hume este justificată. De exemplu, datorită faptului că mulți oameni fură,ucid și înjură nu se poate concluziona că furtul, crima și înjurătura sunt permise moral și dacă vrem să demonstrăm că sunt ne-

permise, trebuie să recurgem la un criteriu care să nu constituie o simplă cercetare a faptelor.

Însă ideea de „a fi”, din spatele faptelor, poate fi înțeleasă nu numai în mod empiric, ci mult mai profund și comprehensiv, ca de exemplu, „esență” sau „natură” – în mod metafizic. Atunci necesitatea de a fi poate găsi o fundamentare în acel „a fi” pe care orice persoană conștientă este chemată să-l realizeze. Astfel, termenul de „oameni” poate fi înțeles în sens empiric (expresia indică indivizii care fură și pe care nu fură, pe cei careucid dar și pe cei care nuucid etc.). În același timp poate fi gândit și ca „esență” omului sau a „naturii” umane proprii persoanei rezonabile sau ca „demnitatea omului” și atunci se poate găsi o fundamentare logică prin care între cel care fură și cel care nu fură să poată fi stabilită o diferență în plan moral. Dar acest lucru presupune capacitatea minții noastre de a merge dincolo de faptul empiric și de a pătrunde în profunzime rațiunea de a fi a lucrurilor și „adevărul” comportamentelor.

Conceptul de bioetică, promovat de noi drept un studiu sistemic (în ansamblu) al acțiunilor (comportării) umane în domeniile științelor și practicii medico-biologice în lumina valorilor și principiilor moralității, are scopuri bine determinate și anume să stabilească dacă omul poate modifica structura și cursul vieții, poate prognoza și contribui în mod concret la realizarea paradigmatelor de existență a omenirii, poate, în cele din urmă, să determine destinul speciei umane. Sub acest aspect poate fi evidențiată bioetica *generală* (teoretică), bioetica *specială* și bioetica *clinică*. Dar bioetica astfel definită presupune, de asemenea, câteva modele socioculturale de referință fără de care nu reușim să efectuăm o cunoaștere corespunzătoare a acestui fenomen neordinar. Aceste modele ar oferi diferitor state posibilitatea de a alege tipul său istorico-cultural de bioetică care ar corespunde specificului poporului dat.

Modelul liberal-radical sau *subiectivist* a apărut încă din timpurile revoluției franceze și decurge din postulatul conform căruia este legiferat și permis totul ce se dorește dacă nu lezează libertatea altora. Este justificat avortul, alegerea liberă a sexului copilului, fecundarea artificială a femeilor necăsătorite, libertatea experimentelor, suicidul etc.

Acest tip de convingeri sunt caracteristice unei bune părți ale opiniei publice. Drept obiectiv important este proiectat doar succesul în domeniile biomedicale, științelor și practicii ce se referă la sexualitate, la contra-

cepție, la metodele eutanasiei. Declarînd autonomia ca pe un dar, acest model afirmă o libertate dihotomică, redusă, libertate pentru cel care nu este în stare s-o valorifice. Cine apără, de exemplu, libertatea copilului pe cale de a se naște, cine duce responsabilitatea pentru embrion? Nu există libertate fără responsabilitate. Promotorul unei astfel de ideologii este francezul N. Marcuse, care promovează o libertate fără muncă, care înrobește spiritul și activitatea omului. Este negată responsabilitatea față de familie cu excluderea tuturor normelor etice. În modelul dat este susținută dragostea liberă și polimorfă.

Libertatea presupune și existența unui proiect de viață, adică cînd libertatea se întoarce împotriva vieții, se distruge pe ea însăși. Cînd vorbim despre responsabilitate, desigur înțelegem datoria care apare în cadrul libertății și care este susținută de rațiune, care evaluează mijloace și obiective pentru un proiect stabilit în mod liber. Nu dorim să înțelegem (în acest context) răspunderea în fața legilor civile și a autorităților externe, care poate fi invocată pentru anumite valori, pentru binele comun, dar care nu este nici prima, nici cea mai mare expresie de responsabilitate.

Această responsabilitate este, înainte de toate, interioară în fața rațiunii și a reflexului său asupra conștiinței, asupra evaluării bioetice, a valorii puse în joc. Ea persistă și atunci cînd legea civilă tace și magistratul nu știe și nu anchetează, iar uneori, dimpotrivă, această răspundere interioară poate fi în contrast cu legea civilă, cînd lezează valorile fundamentale ale persoanei umane, valori la care nu se poate renunța.

Modelul pragmatico-utilitarist își are temeliile în cultura anglo-saxonă. Totul se reduce la cost și profit, nu există valori fără de folos. Utilitarismul științific ocupă un loc de frunte și predomină în raport cu binele individual al persoanei. Pe unul și același cîntar sunt puse viața umană și valorile științei. Se recurge la acest model în unele cazuri de diagnostic prenatal, cînd trebuie luată decizia cu privire la păstrarea sarcinii (în dependență de starea sănătății fătului). Acest model nu este justificat moral, fiindcă presupune compararea valorilor inconfundabile – viața și sănătatea omului – cu profitul economic și științific.

Cerința de bază devine calculul consecințelor acțiunii pe baza raportului cost/beneficiu. Conform acestui model sunt greu de apărat interesele minorității față de cele ale majorității. De exemplu, unele grupuri profesionale finanțate bugetar reprezintă minoritatea în societate. Din punct

de vedere pragmatic reținerea salariilor acestor grupuri este achitată moral, deoarece aceasta economisește mijloacele bugetare și micșorează inflația.

Totuși, acest model își găsește justificare în unele cazuri. El are valabilitate atunci când este contactat la aceeași valoare și la aceeași persoană în sens omogen și subordonat, adică atunci când nu este considerat un ultim imperativ, ci un factor de evaluare ce se referă la persoana umană și la valorile ei. Acest model este utilizat eficient când se aplică, de exemplu, de chirurg sau de medic, în vederea unei decizii privind alegerea terapiei care este apreciată just, luându-se în considerație riscurile și beneficiile posibile pentru viața și sănătatea pacientului. Dar un astfel de imperativ nu poate fi folosit în manieră ultimativă și fundamentală „cântărind” beneficiile ce nu sunt omogene între ele, atunci când se confruntă costurile în bani și valoarea unei vieți omenești.

Modelul sociobiologic naturalist este o sinteză a diferitor paradigme culturale, rezultatul interacțiunii diverselor concepții: evoluționismului, sociobiologismului, antropologismului etc. Conform acestui model, precum viața a apărut în procesul evoluției și adaptării la mediu, tot așa și societatea este supusă unor transformări evoluționiste. Nu etica dictează legi științelor biologice, ci invers: biologia impune norme și principii eticii. Deci progresul tehnico-științific va dicta criteriile și postulatele moralității. Adaptarea devine o lege a evoluției și a eticii.

În noile condiții evolutive, în noua poziție a omului în lumea biologică ar trebui să elaborăm un nou sistem de valori, fiindcă cel anterior nu mai poate satisface configurația noului ecosistem, care vine să se instaleze. E vorba de civilizația noosferică și etapele ei (informațională, ecologică, cosmică etc.), de noile paradigme ce ar asigura existența și supraviețuirea umană. Soluția modelului sociobiologic naturalist nu este unica explicație a evoluționismului și ceea ce o individualizează este reduționismul.

În această perspectivă, societatea în evoluția ei produce și modifică valori și norme care sunt necesare dezvoltării sale, așa cum ființele vii în evoluția biologică și-au dezvoltat diferite organe, în vederea funcționării și, în fond, pentru îmbunătățirea propriei existențe. Teoria evoluționistă a lui C. Darwin se alătură sociologismului lui M. Weber și sociobiologismului lui H. J. Heinsenck și E. O. Wilson. Și cei care se ocupă de antropologia culturală, și ecologiștii, se află adesea pe aceleași poziții. Tălmăcind ideea

În cuvinte mai simple, putem spune următoarele: se afirmă că așa cum cosmosul și diferitele forme de viață din lume au fost supuse unei evoluții, astfel și societățile evoluționează 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 adaptare mereu noi, în care dreptul și morala ar constitui expresia culturală.

În condițiile evolutive actuale în care apare o nouă situație a omului în lume, ar trebui emis un nou sistem de valori, întrucât cel precedent nu mai este potrivit pentru configurarea ecosistemului care tocmai se instaurează. Viața omului nu ar diferenția în mod substanțial de diversele forme de viață și de universul în care trăiește în simbioză. Etica, în această viziune, ocupă un loc aparte, deosebit și are funcția de a menține echilibrul evolutiv, echilibrul schimbării și adaptării ecosistemului.

Modelul personalist este cel mai acceptat de societatea civilizată. El rezultă din raționalitatea și libertatea omului. Omul este o personalitate, fiindcă este unica persoană capabilă să descopere sensul lucrurilor și să dea sens propriilor acțiuni prin intermediul noțiunilor. Rațiunea, libertatea, conștiința reprezintă o creație care se distinge din fluxul legilor cosmice și evoluționiste datorită unui suflet care dă formă și viață realității sale corporale și care intră în componența și structura corpului. Personalitatea umană este unitatea sufletului și trupului. În fiecare om poate fi regăsită valoarea universului și a întregii omeniri. Din aceste considerente personalitatea umană trebuie să fie punctul de reper a ceea ce este permis sau nepermis. Modelul personalist asigură protecția omului în toate manifestările sale (libertate și responsabilitate, unitatea costului și profitului, totul pentru binele omului).

4.2 Problema etică a avortului în sănătatea publică

Din patosul căutărilor rațiunii umane apare o întrebare, ale cărei repercusiuni se regăsesc în domeniile biomedicale: *cînd începe viața?* Diversitatea răspunsurilor este motivată de anumite concepții, prin prisma cărora se va analiza problema nominalizată. Se au în vedere aspectele științifico-medicale și religioase (religia creștină, musulmană, budistă etc.).

Pentru a pătrunde în esența confuziilor apărute vom începe de la etapa timpurie a existenței omului – perioada intra-uterină, embrionară. Așadar, care este statutul embrionului uman? Este o perioadă a vieții umane sau o aglomerare de celule fără suflet? Ar fi oare corect să punem semnul egalității între noțiunile de „om”, „fetus”, „embrion”, „zigot”, „oocit”? În ce moment ființa umană devine subiect moral? Cultura și știința au încercat să dea răspunsuri concrete, care se schimbau periodic pe parcursul secolelor.

Conform unei tradiții orientale antice, vârsta omului se calculează din momentul concepției, pe când cultura occidentală va considera începutul vieții din momentul nașterii. Un timp îndelungat medicii recunoșteau viața intrauterină doar după primele mișcări ale fătului. Problema în-suflețirii devine un teren pentru discuții aprinse și în cadrul dogmelor religioase. Conform dogmelor creștine contemporane sufletul, fiind un dar Dumnezeiesc, este atribuit embrionului chiar în momentul concepției. Această afirmație demonstrează totodată și o evoluție a dogmaticii religioase, deoarece creștinii perioadei medievale considerau că în-suflețirea are loc în ziua a patruzecia pentru băieței și în a optzecea zi pentru fetițe.

În istoria evoluției sale, societatea a luat atitudini diferite față de sarcinile nedorite. Cu toate că Hippocrate jură în legătură cu respingerea oricărui remediu avortiv, oricum lumea antică trata avortul drept o soluție a multor probleme neplăcute, cum ar fi „când unele căsnicii – potrivit lui Aristotel – devin fecunde peste limita impusă populației prin lege” și pentru „a nu permite depășirea nivelului optim al împuierii populației”. Cele menționate relevă faptul că echilibrul respectivei comunități este „primejdut” și, ca atare, interesul colectivității este preponderent orientat asupra celui individual sau familial. Totuși, Aristotel și Platon considerau că avortul trebuie provocat înainte ca embrionul să fi primit „viață și simțire”, condiție ce reflecta crima ori nevinovăția actului săvârșit. Filosoful nu precizează momentul în care s-ar produce această transformare a embrionului, dar se subînțelege că este vorba de un moment ulterior concepției.

Avortul a primit o răspîndire largă în perioada declinului Imperiului Roman, când embrionul a fost declarat parte a corpului matern (*pars viscerum*), iar femeii i-a fost oferită libera decizie asupra destinului viitorului

copil. Din cauza decadenței morale și desfrîului, multe familii nobile nu se hotărâu să aibă urmași, avortul fiind considerat drept o soluție ideală în rezolvarea tuturor problemelor. Embrionul capătă valoare o dată cu propagarea creștinismului care echivalează avortul cu crima.

Timp de șaptesprezece secole, sub influența moralei creștine, avortul dispare din activitatea medicală legalizată, pînă la mijlocul secolului al XIX-lea, cînd Academia medicală din Paris cere permisiunea avortului în scopuri terapeutice, din considerente care pun în pericol viața mamei. Avortul clandestin criminal rămîne să fie persecutat și pedepsit crud prin lege în toate țările europene.

Totuși, dinamica sancțiunilor juridice – de la pedeapsa cu moartea pînă la o legalizare absolută – ridică problema cauzelor unor modificări atît de cardinale, care au avut loc în ultimii o sută de ani. Pentru a înțelege acest fenomen vom aborda nivelul relațiilor sociale cu stabilirea unei anumite scări a valorilor.

Schimbarea statutului femeii în societate, încadrarea ei în activitatea socială, dreptul la carieră, adică la un mod social-activ de viață – au fost factori care au alimentat, de fapt, susținerea avortului. Pe de altă parte, sunt create structuri specializate în sistemul sănătății publice care se ocupă cu elaborarea unor metode mai performante de întrerupere a sarcinii, cu pregătirea cadrelor speciale. Astfel, se ajunge pînă la un confort tehnologic al întreruperii artificiale a sarcinii, făcînd-o ușor accesibilă și la un preț rezonabil.

Cea mai răspîndită formă moral-conceptuală de îndreptățire a avortului este cea liberală, care se bazează pe două principii: *dreptul femeii la propriul corp* și *negarea statutului de personalitate a embrionului*. Neîmpărtășind ideile moralității tradiționale, conștiința liberală își creează o argumentare proprie a „moralității avortului”. Drept punct de pornire al acesteia este considerat dreptul femeii de a dispune de funcțiile corpului său, un drept care capătă sens doar într-un conținut concret medical.

Este cunoscut faptul că motivarea metafizică a liberalismului este antropologia naturalist-materialistă, care prezintă omul drept un corp psihosomatic, materie care se autocunoaște. Pe de altă parte, adepții avortului susțin că embrionul uman nu prezintă nimic esențial prin sine, decît „un cheag de sînge” sau „masă de sînge”.

Astfel, dreptul femeii la avort reiese din afirmația drepturilor acesteia la propriul corp. Aici apare întrebarea: poate oare fi admisă această

judecată în rolul unei norme reglatoare sau ca valoare în societate? Dacă acceptăm ideea că embrionul nu este ființă umană, atunci se pierde necesitatea unei atitudini morale, ajungând pînă la afirmația că avortul în general nu este o problemă morală. Decizia de avort este doar rezultatul exprimării anumitor interese, a balanței condițiilor de viață, dar nicidecum un act moral. Avem însă dreptul moral de a numi embrionul „ghem de țesuturi”? Pot fi considerate etice și alte întrebări, cum ar fi: Embrionul timpuriu este doar începutul vieții sau începutul vieții omului, personalității? Embrionul timpuriu este o masă de celule nediferențiate sau este un suflet? Pot fi atribuite criteriile biologice noțiunii de suflet sau aceasta ține de etică și morală?

În opoziția liberalismului se proclamă abordarea conservatoare, care se bazează pe valorile morale ale culturii religioase. Embrionul este explicat drept corpul și viața unei alte ființe vii, care i-au fost încredințate femeii pentru a fi îngrijite și protejate. Avortul este comparat cu crima, iar porunca a VI-a spune: „Să nu ucizi!”

În celelalte extremități se plasează embriologii, care susțin că viața posedă un organism autonom, adică un făt mai mare de trei luni (12 săptămîni). Viața devine intangibilă doar după naștere, chiar și în cazul celor care vor vegeta, izolați complet de activitatea lumii noastre.

Cunoștințele etice tradiționale devin insuficiente în încercarea de a răspunde care sunt condițiile ce transformă ființa umană să devină subiect moral, adică purtător al propriilor drepturi morale și, înainte de toate, cel de a nu fi ucis. Desigur, sunt binecunoscute criteriile subiectului moral, al personalității, cum ar fi raționalitatea, capacitatea la reflectare, la acțiune, la concluzii etc., însă acestea nu pot fi atribuite ființei intrauterine. Unii cercetători încearcă se înainteze și alte calități suplimentare, care ar avea putere de criterii – valoarea intrinsecă, viabilitate și reacția la excitanți. Cel mai eficient criteriu este considerat ultimul, fiind explicat drept capacitatea de a simți satisfacerea și durerea, plăcutul și neplăcutul. Acesta devine evident în trimestrul doi al sarcinii, fapt ce face avortul acceptat moral la etapele timpurii de sarcină.

Ar fi oare admisibil să ne limităm în determinarea statutului embrionului uman doar la un set de reacții și calități fiziologice? Nu ar fi o suprapunere a moralului cu biologicul, cu un scop eronat de a explica valori și norme? Dacă dorim să determinăm statutul moral al embrio-

nului, atunci cel mai corect ar fi să-l plasăm în limitele unei conștiințe morale și nu a proceselor fiziologice. În aceste condiții embrionul va obține statutul moral, al cărui criteriu va fi atitudinea morală, care apare atunci când fătul, embrionul, „cheagul de țesut” devine obiectul reflecției morale atât pentru mamă într-un moment critic, cât și pentru societate. Înaintarea problemei despre statutul moral al embrionului ne indică faptul îmbucurător că acesta începe să fie considerat subiect al unor drepturi morale fundamentale, o dată cu aceasta manifestându-se calitățile morale ale omnirii în întregime, cum ar fi solidaritatea, datoria, dragostea, caritatea.

Deseori, interesele și proiectele reale ale femeii vin în contrast cu vectorul celulelor ce se multiplică în uterul ei, reprezentînd un potențial. De obicei, scopul femeii ce contemplează o întrerupere de sarcină este oarecum asemănător cu al cuiva care se gîndește să divorțeze. Persoana realizează că „după” va fi zguduită, dar nu distrusă, că se va putea vindeca, își va reveni o dată cu trecerea unei perioade rezonabile de timp. Cel mai adesea femeia resimte avortul ca pe o rănire, ca pe o agresiune îndreptată asupra propriului ei trup, și nu ca pe o „crimă” exercitată asupra embrionului sau fetusului.

Numai femeia însărcinată se poate afla în fața dilemei practice și morale pe care o reprezintă avortul, chiar dacă interzicerea va veni de la nivel statal. Ultima poate complica uneori situația, ducînd la creșterea avorturilor criminale, cele efectuate în condiții nemedicale și de persoane fără pregătire specială, cu o sporire îngrozitoare a mortalității femeilor în perioada reproductivă.

Decizia de avort face ca femeia să se lupte cu o sumedenie de contradicții interne și externe. Mai întîi, avortul, fiind o majoră decizie morală și practică, înseamnă întreruperea prin mijloace violente a unui proces preponderent natural. Se alătură și o altă responsabilitate, cea pentru calitatea vieții potențialului copil, cînd decizia de a fi părinte este considerată o greșală și o nesocotință, în condițiile unor lipsuri materiale și afective pentru creșterea și educarea lui. În definitiv, condiția minimă pentru a rămîne însărcinată cere o anumită maturitate biologică (o izbucnire a hormonilor), ce se poate petrece în afara unui proces real de maturizare umană – fapt ce clasifică avortul un act medical solicitat frecvent de adolescente.

O „responsabilitate” aparte este aceea care face referire la „gura lumii”. Această condiție poartă un caracter ambiguu: ținând cont de „ceilalți”, cineva poate recurge la o întrerupere de sarcină, în vreme ce, din aceeași pricină, altcineva poate naște copilul.

Totuși, dincolo de retorica despre „drepturile femeii” și imperativul „să nu ucizi!”, menționate mai sus, depășind inutilele dezbateri despre „însuflețirea” fetusului la 40 sau 120 de zile etc., stă o „presimțire” a celor mai mulți oameni – femei sau bărbați: avortul presupune marele dezavantaj moral că prin întreruperea sarcinii se irosește o potențială viață omenească. Deci am putea spune că inviolabilitatea (sau sanctitatea) vieții umane este cea mai puternică obiecție la adresa avortului. Dintr-o asemenea perspectivă, singura justificare a întreruperii de sarcină rămîne primejdia irosirii vieții materne.

Soluționarea bioetică a problemei începutului vieții umane este o cale rațională, care nu vine în contradicție nici cu poziția religioasă și nici cu științele naturale. Căutînd căi optime de evitare a conflictului moral și oferind recomandări logice, bioetica medicală își îndeplinește una din funcțiile sale de bază: protejarea vieții în oricare formă de manifestare a ei.

4.3 Aspecte etice ale medicinei reproductive

Viața ne oferă paradoxuri și uneori, considerăm, nedreptăți. În timp ce sute de femei merg zilnic să avorteze, altele fac tot posibilul (și uneori chiar inacceptabilul) pentru a rămîne însărcinate. Sunt cheltuite sume enorme, sunt încălcate multe tradiții și norme morale, însă dorința de a avea urmași biologici devine mai puternică ca orice alt factor.

Sterilitatea (aproximativ 15% din cupluri din lume sunt sterile) nu permite cuplului să-și realizeze proiectul său de procreare. Subiectul steril nu este un bolnav în sensul obișnuit al termenului, el ne reprezentînd frecvent vreun simptom organic. Sterilitatea provoacă o suferință deosebită, descoperirea cauzei acesteia determinînd o culpabilizare a subiectului steril și o fragilitate a cuplului.

Progresul tehnico-științific a permis nu doar observarea și cunoașterea în profunzime a fecundării și dezvoltarea la primele etape ale ființei umane, ci și intervenția asupra procreației, dacă ea este improbabilă (hi-

profertilitate) sau chiar imposibilă (sterilitate). Medicii din domeniul reproducerii umane promit rezultate îmbucurătoare și în cazuri care altădată erau considerate disperabile. Patologii precum impermeabilitatea totală a trompelor uterine, disfuncții hormonale grave, defecte biochimice ale ovulului, dereglarea spermatogenezei soțului, chiar și lipsa uterului mamei nu mai sunt considerate piedici în realizarea dorinței de a avea „propriul” copil.

Actualmente, în sistemul sănătății publice sunt dezvoltate metodele *procreării asistate medical*, în care medicul, în aparență, intervine doar asupra fenomenului biologic, celular al procreării, însă în realitate este vorba de o implicare în viața intimă a cuplului. Astfel, asistența medicală a procreației artificiale poate fi definită și ca mod desexualizat al reproducerii umane.

Industria farmaceutică oferă preparate care sunt în stare să maturizeze concomitent pînă la zece ovule (în locul celor 1-2 programate de natură). Acestea sunt colectate de către medicul biotehnician și amestecate cu sperma soțului sau a donatorului (în dependență de situație), fiind posibilă o selecție preventivă a embrionilor după sexe (iarăși depinde de cererea clientului: părinții). Amestecul obținut sau embrionii deja formați sunt implantați în uterul mamei biologice sau a unei femei care își „împrumută” sau „oferă” uterul pentru nouă luni – *mama surrogat* – cînd situația fiziologică a soției nu-i permite să ducă o sarcină.

Performanțele geneticii contemporane ne surprind și cu posibilitatea unei diagnosticări în perioada pre-implantării, cu scop de a exclude mutațiile diferitor fragmente de gene. Doar embrionii ce au trecut testul necesar și numai de genul „comandat” au dreptul să ajungă în mediul de supraviețuire. Sunt cazuri cînd există o incompatibilitate dintre gameții soților (ovule și spermă), cînd spermatozoizii nu pot penetra membrana ovulului. Medicinei contemporane îi stă în puteri să înlătore și această problemă. Prin intermediul unor microinjecții pronucleul mascul este introdus în citoplasma celulei feminine. Cînd defectul este depistat la nivel de citoplasmă, aceasta este înlocuită cu citoplasma unui ovul-donator, prin schimbarea setului cromosomal.

După descrierea complexității procedurilor date, amintim cuvintele lui Jac Mono: „În procrearea unui copil sunt implicați trei factori: femeia, bărbatul și întîmplarea. Medicina actuală induce alte cerințe: femeia,

sperma și medicul. Copilul se naște de la știință”. Am putea lesne afirma că tehnologiile medico-biologice au delimitat brutal sexualitatea de concepere, implicînd savanții medici în perspective uluitoare și zguduitoare în același timp.

Însă măreția biotehnologiilor va continua să ne surprindă. Din cele zece ovule maturizate și extrase artificial vor fi toate supuse fecundării, probabilitatea fiind pe seama întîmplării, deoarece numărul de embrioni formați nu se va putea prognoza niciodată, cifra oscilînd de la zero la zece. În cavitatea uterină vor fi plasați doar trei din numărul embrionilor formați, cei rămași fiind supuși „rezervării”, adică păstrați la temperaturi de minus 30-40° C în caz că vor fi solicitați vreo dată.

Soarta embrionilor congelați este în mijlocul unor dezbateri actuale aprinse. De cele mai multe ori sunt abandonați de către cuplurile implicate în fecundarea artificială. Mii de embrioni își așteaptă astăzi „sentința” în *Bănci de Embrioni Umani*, specialiștii cărora nu doresc să își asume responsabilitatea deciziei asupra destinului acestui „genofond de rezervă”.

Uneori embrionii supranumerari sunt cedați institutelor de embriologie, din care orice cuplu steril poate cere spre adopție un asemenea embrion – aceasta fiind o adopție prenatală. Problema morală care apare din posibilitatea dată se face auzită astăzi tot mai insistent în literatura de specialitate, elucidînd faptul că congelarea îndelungată poate răsturna întregul comportament reproductiv uman cu schimbarea legilor eredității. Ce se va întîmpla cînd băncile de embrioni vor oferi nepoatei un embrion al bunicii ei sau cînd fiica se dovedește de a fi sora copilului său?

În ultimul timp, o solicitare tot mai largă a embrionilor umani este înaintată de către o ramură nouă a medicinei contemporane – *terapia cu țesuturi fetale*. Organe și țesuturi ale embrionilor sunt utilizate în tratamentul unor tipuri de deficiențe imunologice sau de exemplu boala Parkinson (insuficiența melaninei în țesutul nervos). Problema nu ar fi atît de acută, dacă embrionul ar fi fost mort pînă la întreruperea sarcinii și nu ar fi existat o dependență direct proporțională între numărul avorturilor efectuate, numărul embrionilor supranumerari și solicitările de primire a țesuturilor fetale. Din păcate este foarte dificilă evitarea unor astfel de legături.

Așadar, succesele medicinei reproductive indică totodată și stringența necesității de a elabora normative etice noi, situații fără precedent, care în

concepțiile tradiționale ale oamenilor lipsesc pur și simplu. Tocmai aceste probleme sunt înaintate astăzi de bioeticienii diferitor țări ale lumii. De exemplu, cum se va proceda dacă donatorul de spermă va pretinde la drepturile sale de tată biologic al copilului creat din gameții săi? A fost necesară elaborarea unei triple bariere pentru astfel de pretenții: colectare anonimă, confidențialitatea familiei recipiente, mixarea spermei câtorva donatori înainte de însămânțare, astfel va rămîne o enigmă „al cui” spermatozoid a fecundat ovulul-recipient. Complexitatea problemei date a fost discutată în paragraful dedicat confidențialității.

O gravă problemă de ordin etic provoacă și cerințele unor femei de a fi fecundate artificial, fiind trecute de vîrsta de 40-45 de ani și, de obicei, celibatate. Persoanele respective au fost implicate în diverse activități profesionale, sociale, și-au dedicat viața unei cariere înalte, însă și-au dat seama despre menirea lor biologică doar după trecerea unor limite naturale temporale. Pe data de 17 decembrie 2004 postul de televiziune Pro-TV derulează știrea zilei: o femeie de 67 de ani a născut doi gemeni (unul decedat) în urma fertilizării artificiale. Apare o întrebare ce se naște poate mai mult din gîndirea tradițională, pragmatică: copilul are nevoie de mamă sau de bunică? Avem noi dreptul moral să mergem contra naturii, să menținem sarcina cu ajutorul diferitor preparate sintetice doar din motivul că acest fapt s-a amînat prea mult, cînd timpul biologic i-a expirat? Care va fi calitatea vieții copilului supus unor tratamente agresive medicamentoase doar din insistența și interesul unor savanți?

Situația se plasează și mai departe cînd embrionii congelați sunt solicitați spre înfiere de către femei virgine, care nu-și pot găsi locul alături de un bărbat (fie că se consideră feministe, fie lesbiene etc.). Avem dreptul să compromitem educația și soarta unui viitor copil prin reglarea unor probleme psihologice individuale ale femeii care cere fecundarea artificială? Răspunsul pretinde a fi extrem de dificil.

Entuziasmul oamenilor de știință contemporani a ajuns pînă la încercarea de a implanta în uterul femeii embrioni ai unor animale sau invers, implantarea embrionilor umani în uterul unor primat, ori la înlocuirea nucleului celulelor donatoare cu nuclee ale celulelor altor specii. Posibilitatea nașterii unui copil de către o gorilă sau a unui pui de cimpanzeu de către o femeie voluntară poate fi nu numai o ipoteză, dar și mai mult, avînd în vedere și apropierea genetică dintre cele două specii.

Rămîne de hotărît care sunt limitele admise și pînă unde ne putem „încerca” norocul?

Mamele surogat creează un areal aparte al discuțiilor bioetice. Aici survine un haos, fiind sursa unor situații șocante în cazuri de determinare a statutului de rubedenie. Spre exemplu, dacă copilul din uterul femeii este conceput din ovulul fiicei sale fecundate cu sperma ginerelui, atunci cine va fi aceasta pentru copilul respectiv – mamă sau bunică?

Problema mamelor surogat în sănătatea publică poartă în sine un caracter contradictoriu. Pe de o parte, această hotărîre conștientă și liberă de a naște un copil pentru cineva poate fi examinată ca o realizare a autonomiei reproductive și autodeterminării; pe de altă parte, o astfel de decizie poate fi analizată și ca o manifestare a oprîmării, asupra femeilor, ca o formă a exploatării sexuale. Unii experți în bioetică medicală consideră că o convenție contractuală sau comercială între ambele părți reprezintă o încălcare a imperativelor de bază pentru respectarea demnității umane, deoarece este permisă invadarea sferei relațiilor de familie cu considerații ofertă-profit.

Mamele surogat devin solicitate mai ales în țările unde este recunoscută la nivel statal homosexualitatea. Cuplurile de bărbați cer dreptul da a avea un copil pentru a se simți familii împlinite. Ei sunt de acord să cumpere ovulul, să încheie un contract cu mama-incubator numai să împărtășească fericitul sentiment de a fi părinte. Cum va fi primit însă un astfel de copil de către societate? Va avea prieteni la școală sau se va urî pe sine și familia sa, fiind sub presiunile celor veniți din familii tradiționale? Înainte de a lua poziții decisive referitoare la probleme date, societatea trebuie să reflecteze mult asupra consecințelor în viitor și, în special, asupra sortii celor nevinovați implicați în mijlocul desfășurării situațiilor create – copiii.

Desigur, donarea de gameți ar fi, la prima vedere, chiar un act caritabil. Însă acesta se transformă astăzi într-o adevărată piață, ceea ce devine nu doar ne etic, ci și amoral. Din păcate sunt create rețele întregi clandestine, preponderent prin Internet, unde contra cost, femei și bărbați cu cele mai alese calități fizice își oferă spre vînzare celulele sexuale. S-a mers și mai departe, cînd un miliardar american a creat prima bancă de spermă a laureaților premiului Nobel, donată de bărbați cu un coeficient de inteligență mai mare de 140. Printre primii donatori a fost și laureatul

premiului Nobel pentru descoperirea tranzistorului William Shonkley, cunoscut și pentru poziția sa extremă – elitistă și rasistă.

O astfel de alegere a gameților presupune nașterea unor serii de genialități. Desigur, orice mamă dorește ca copilul ei să fie un Einstein, presupunând că el va fi fericit fiind urmașul unei celebrități, dar nu conștientizează că de fapt se încumetă să lupte cu Natura-Mamă, pînă la urmă luptînd cu propriul destin. Fiecare individ are cîteva gene în formă heterozigotă (un heterozigot are o genă normală și una mutantă). Din uniunea a doi heterozigoți pentru aceeași mutație se pot naște copii cu handicap sever și numai întîmplarea poate decide dacă vor fi sau nu *purtătorii erorii genetice identice*.

Șirul problemelor expuse reflectă contradicția actelor medicale nominalizate, cu toate că majoritatea există și sunt acceptate de către societățile unor state dezvoltate. Ar fi rezonabil să grupăm argumentele „pro” și „contra” susținerii reproducerii umane asistate medical. În sprijinul acestuia vine afirmația că istoria cunoaște zeci de cazuri, cînd inovațiile științifice au fost interzise din motive conservatoare, poate din frica în fața necunoscutului, ca apoi acestea să fie considerate mai tîrziu performante. Nu putem să stopăm o evoluție care reiese de la sine. Al doilea argument „pro” ar fi dreptul oricărui om de știință la independență și libertate în munca creatoare. Tendința spre noi cunoștințe și descoperiri este calitatea oricărui savant adevărat, impulsivat de curiozitate și interes științific. Un alt motiv reiese din faptul că majoritatea descoperirilor științifice își găsesc aplicare în practică, sunt utilizate de către societate, deci își găsesc „clientul”. Astfel, scopul final al noilor implementări științifice ar fi fericirea și confortul membrilor societății.

În favoarea celor descrise mai sus aducem argumente, începînd cu faptul că unele cercetări sunt negative și neraționale din start. De exemplu, cuplarea gameților umani cu cei animali, fapt amintit anterior. Cercetătorii științifici se axează atît de mult pe scopul final al experimentelor lor, încît ignoră rezultatele secundare adverse care se dovedesc periculoase pentru multe ființe vii. Alt argument apare ca urmare a dezechilibrului financiar, atunci cînd sunt acordate sume enorme pentru cercetări cu un final sumbru, rămînînd să persiste probleme mult mai acute, rușinoase (cum ar fi problemele globale) chiar pentru societatea mileniului al III-lea.

Desigur, spațiul acordat acestui paragraf nu ne permite să desfășurăm multitudinea de probleme specifice ramurii medicinei reproductive. Ele vor constitui obiectul activității zilnice imense și al dezbaterilor comitetelor de bioetică ce activează în lume, al activității juriștilor, sociologilor și filosofilor, care încearcă să găsească căi optime de evitare a situațiilor de conflict și de degradare morală prin elaborări de legi, norme, regulamente etc. Scopul nostru a fost să demonstrăm că problemele morale care apar în domeniul medicinei reproductive aparțin fiecărui om contemporan. Bioetica medicală este o balanță vitală, care nu va permite „spiritului cunoașterii”, rebel și zbuciumat prin natura sa, să arunce omenirea în întunericul non-existenței.

4.4 Problema bolnavilor muribunzi și eutanasia în sănătatea publică din perspectivă bioetică

Nu există nimic mai controversat în conștientizarea umană decât propria moarte. Pe de o parte omul înțelege că este o ființă muribundă, considerînd această afirmație un adevăr banal, iar pe de altă parte acest gând trezește fiori, chiar frică. Atitudinea omului față de propria moarte reflectă întotdeauna sistemul legăturilor și raporturilor morale, fiind un postulat vital cardinal al oricărei comunități umane.

Deși există accidente și boli careucid rapid oamenii și deși mecanismul de îmbătrînire poate aduce un sfîrșit blînd vieții, sunt întîlnite destul de des cazurile cînd momentul morții este prelungit, dificil și dureros, implicînd suferințe fizice și psihice de neîndurat, cînd suferă atît victima, cît și cei apropiați. Problema suferinței persistă dintotdeauna. Fiind neputincioși în lupta cu aceasta, oamenii găseau refugiu în resemnare și credință.

Secolul al XX-lea și începutul mileniului al III-lea plasează problema dată într-o abordare etică total diferită. Acest fapt este motivat prin anumite cauze. În primul rînd, se observă o creștere a nivelului de viață în majoritatea țărilor lumii cu soluționarea multor patologii infecțioase. Un alt motiv ar fi dezvoltarea tehnologiilor medicale performante care sunt în stare să prelungească viața umană (inclusiv rinichiul artificial, stimulatorul cardiac, terapiile de substituție hormonală, insulinică etc.).

Posibilitățile medicinei contemporane permit încetinirea procesului îmbătrânirii, deplasarea la maximum a momentului morții, fiind uneori o luptă aprigă a medicilor pentru viața pacientului într-o stare preterminală. Într-o instruire logică apar întrebări legate de calitatea vieții, susținută prin diferite metode extraordinare și foarte costisitoare, despre autonomia persoanei și dreptul ei la o moarte demnă.

Stările terminale pot fi considerate drept o probă în care pacientul se realizează ca personalitate la cel mai înalt nivel. Ceea ce s-a numit tortura „încăpățînărilor” terapeutice terminale sau tipul de „răstignire” modernă (cu două tuburi pentru oxigen în nas, cu un aparat de susținere a cordului, cu o perfuzie în brațul drept și o transfuzie în cel stîng, cu un rinichi artificial în gambă etc.) pune în discuție limitele sau frontierele umane ale medicinei pe care bioetica, fiind puntea dintre știință și morală, are să le rezolve.

Etica atitudinii medicului față de durere este mai întîi lupta cu durerea. Dar există cazuri cînd suferința persistă și pentru a o aboli sunt necesare medicamente puternice, administrate continuu sau la intervale foarte scurte de timp. De acum nu se mai vorbește despre însănătoșire. Este o terapie de susținere (*paleativă*), care prelungește existența individului, cu ignorarea gradului de autonomie și de calitatea vieții.

La toate meritele și aspectele pozitive ale tehnicilor de reanimare contemporană vom adăuga unul mai puțin vizibil și discutat, statutul psihologic al persoanelor muribunde. Atitudinea societății față de această problemă a fost diferită în dependență de tradițiile, religia, moralitatea perioadei date. Altădată se murea acasă, în cadrul familiei, înconjurat de rude și prieteni, fiind o reuniune la patul muribundului. Internarea îndelungată și fără speranțe în secțiile clinice face ca plecarea din viață să devină singuratică și depersonalizată. Pacientul este separat de casă, de familie, fiind tratat ca purtător al unei patologii și nicidecum personalitate, el devine obiect al manipulărilor medicale. Moartea nu mai este acel moment misterios și poate sacru, în care se stabilește limita vieții umane. Aceasta este tehnologizată, standardizată, formulată prin anumite criterii științifice, cum ar fi dimensiunea pupilei, lipsa anumitor reflexe, starea respiratorie, cardio- și electrograma etc. Medicii vor stabili cu un limbaj științific etapa clinică în care se află bolnavul, uneori fiind greu de pătruns în lumea tulburărilor interne ale persoanei care moare. Pentru medici pro-

blema eterogenă a morții se manifestă mai întâi ca problemă a criteriilor. Actualmente, criteriul morții unanim acceptat de știință este încetarea funcționării creierului, moartea acestuia.

Bolnavul are dreptul la informare, la integritatea persoanei, la refuzul durerii și al „insistenței” terapeutice. Voința pe care o poate exprima un om de a trăi așa cum dorește ultimele sale zile, constituie un drept și o libertate în fața unei medicini din ce în ce mai agresive, capabilă doar să prelungească viața, atunci când nu poate să vindece o boală. Cu suportul unor astfel de păreri și afirmații apare categoria de *eutanasi*, din greacă *euthanatos* – *moarte bună, ușoară, plăcută*, care ar reprezenta „ajutorul” acordat unui om pentru a înceta din viață. Termenul este împrumutat de la denumirea mitologică a insulei Euthanasos pe care aveau loc fenomene onirice.

În această ordine de idei, eutanasia poate fi considerată ca o acțiune axată pe binele și interesul pacientului. Criteriul care va fi folosit pentru completarea acestei definiții sumare stă în spatele întrebării: *Cine decide ce trebuie făcut?* sau *Cine are primordialitatea responsabilității în decizia pentru acest act?*

Filosoful englez Francis Bacon (1561-1626) susținea eutanasia, mai mult, el avea să introducă în limbajul modern această noțiune. În lucrarea *Despre demnitatea și multiplicarea științelor vorbind despre scopurile și problemele medicinei*, filosoful acordă o atenție deosebită problemei bolilor incurabile: „...Sunt convins că datoria medicului nu este doar de a restabili sănătatea, ci și de a ușura chinurile și suferința pricinuite de boală, și nu doar atunci când o așa ușurare de la durere ca un simptom periculos duce la însănătoșire, dar și în acele cazuri când nu mai există nici o speranță la salvare și e posibil doar de a face însăși moartea mai ușoară și liniștită, deoarece eutanasia – de acum este o fericire imensă”. În continuare, F. Bacon va recomanda crearea unei ramuri aparte în medicină, ce ar propune metode speciale pentru a ușura moartea bolnavului.

În lumea contemporană, la fel ca și în perioadele istorice anterioare, persistă poziții radicale opuse în vederea morții omului bolnav. Pe de o parte există susținătorii eutanasiei care consideră că omul este stăpînul vieții sale deci și a deciziei de a muri cu demnitate, fără chinuri. Pe de altă parte, se plasează argumentele adversarilor eutanasiei, care apelează

la principiul "sfințeniei" sau non-violenței vieții umane, întâlnit încă la Hipocrate.

Hotarele problemei eutanasiei depășesc astăzi limitele unui îngust domeniu profesional. În discuții aprinse sunt implicați medici, juriști, filosofi, teologi, jurnaliști, psihologi etc. Eutanasia ajunge temă actuală de discuții la nivel de stat, cu tendințe tot mai insistente de a fi legalizată. Vom analiza noțiunea pe îndelete, deoarece timp de cinci secole de la apariție, aceasta a dovedit că evoluează, asimilând noi sensuri.

Conceptul de eutanasiie implică două trăsături importante ale acestui act. Mai întâi, eutanasia presupune luarea vieții cuiva în mod deliberat, în al doilea rând, acest lucru se face de dragul persoanei căreia i se ia viața. Aceste două momente fac ca eutanasia să se deosebească de celelalte acte prin care se întrerupe viața cuiva.

Există o serie de distincții mai mult sau mai puțin acceptate de toată lumea în cadrul conceptului de eutanasiie. *După mijloacele utilizate*, eutanasia poate fi activă și pasivă.

Eutanasia activă se mai numește „uciderea din milă” și reprezintă omorîrea intenționată a unei persoane. Ea se realizează de câte ori se efectuează anumite gesturi care determină moartea, moartea neavînd loc în lipsa acestora. Eutanasia activă mai este numită o „sinucidere prin procură”, reieșind din drepturile pacientului la libera alegere și obligația medicului de a-i îndeplini dorința. În această noțiune se încadrează uneori și categoria de *suicid asistat* care reprezintă furnizarea de către o persoană (lucrător medical) a mijloacelor necesare pentru ca bolnavul să-și sfîrșească viața. De obicei, medicul prescrie doze letale de medicamente, dar nu le administrează, însă aceasta implică încurajarea tacită ca pacientul să recurgă la suicid.

Eutanasia pasivă apare prin întreruperea administrării unui tratament care ar putea salva viața. Medicul nu va interveni prin nici o acțiune pentru a prelungi viața pacientului, sancționînd, într-un fel, moartea (de multe ori chinuitoare) omului bolnav. În contextul eutanasiei pasive sunt înaintate noțiunile de distanasiie și ortotanasie. *Distanasiie* este prelungirea vieții pacienților bolnavi cu diagnostic nefavorabil prin orice metode, chiar și extrem de costisitoare. Argumentele în favoarea acestei metode

le găsim în tradițiile eticii medicale, în simțul de moralitate al oamenilor, în principiul unei venerații și profund respect față de viață. *Ortotanasia* este întreruperea acestor manipulări de susținere.

După atitudinea pacientului eutanasia poate fi prezentată în trei forme: voluntară, non-voluntară și involuntară.

Eutanasia voluntară apare atunci când pacientul, în deplinătatea capacităților sale *cere să fie ajutat să moară*, exprimându-și consimțământul pentru actul solicitat. Argumentele care susțin această formă de eutanasia vin din imperativul autonomiei pacientului, ce pledează pentru moralitatea luării vieții unui om care își dorește acest lucru, atunci când viitorul nu-i mai rezervă decât suferință și degradare. Se susține astfel dreptul de a decide asupra propriei morți.

Eutanasia este *non-voluntară* în cazul când se pune capăt vieții unei persoane care *nu poate alege ea însăși între a trăi și a muri* – spre exemplu, atunci când este vorba de un nou-născut cu handicap ori de un bolnav mintal, sau când o boală sau un accident au transformat o persoană responsabilă într-una incapabilă să conștientizeze realitatea, fără a fi menționat anterior dacă ar fi dorit sau nu eutanasia în asemenea situații. Un argument esențial în favoarea acestei forme de eutanasia va fi calitatea vieții, resursele valorii celei din urmă.

Medicina cunoaște o multitudine de situații când nu mai are sens să menții în viață persoane care nu-și vor redobîndi vreodată conștiința și a căror existență depinde exclusiv de metode artificiale. Există și alte situații în care handicapurile – mentale sau fizice – sunt permanente și atât de severe, încît nu pare ca viața acestora să mai prezinte vreo valoare nici pentru societate și nici pentru însuși pacientul. Deciziile în favoarea eutanasiilor non-voluntare sunt formate de cele mai multe ori pe baza unor imperative utilitariste, cu considerarea cheltuielilor imense pentru menținerea în viață a celor aflați în stare vegetativă permanentă, sau cele pentru a îngriji un copil cu handicap sever.

Eutanasia va fi *involuntară* atunci când persoana căreia i s-a aplicat, nu a fost întrebată, chiar dacă ea era în stare să-și expună conștient părerea. Uneori această formă de eutanasia este „îndreptățită” moral prin motivarea că moartea individului a dus la scăderea cheltuielilor sociale.

Promotorii eutanasiei afirmă că viața poate fi considerată un bine doar pînă în momentul în care ea poartă o formă umană, există în cîmpul culturii, al relațiilor morale. Degradînd pînă la nivelul preuman, viața anulează latura etică a acesteia și poate fi examinată ca un obiect, ca un lucru și de aceea întreruperea devine decizia optimă atît pentru muribund, cît și pentru cei din jur. În opoziția acestui argument menționăm că pe lîngă manifestările sale exterioare, viața este prețioasă și prin latura sa interioară. Indiferent de nivelul degradării unui om bolnav (psihic sau somatic) noi nu avem dreptul moral să adoptăm o atitudine similară celui față de un obiect inutil sau un copac uscat. Desigur, forma umană, cultural-morală a vieții este mult mai superioară și demnă decît viața fizică în genere. Însă prima nu va exista niciodată fără a doua. Lumea morală și valorică este percepută prin forma senzorial-concretă și substanțială. Există întotdeauna o legătură între conținutul moral al lucrurilor și perceperea lor, deci însuși lucrul ni se prezintă ca purtător al unui sens. Amintim aici binecunoscuta tradiție de închinare în fața mormintelor. Este o evlavie față de viața care a fost, a dispărut. De ce nu ne-ar trezi aceeași pietate și viața care încă există numai că în forma sa vegetală?

Desigur, susținerea vieții la stadiul de muribund necesită tehnologii complicate și destul de costisitoare. Mijloacele cheltuite pentru menținerea vieții în situații terminale ar ajunge pentru tratarea a zeci, poate chiar sute de oameni tineri. Este un argument practic ce vine din partea celor ce se ocupă cu problema repartizării finanțelor, în organizarea sistemului sănătății publice. Aceasta însă nu va fi o motivare adecvată, fiindcă în cazul dat nu se vorbește despre raționalitatea financiară sau socială, ci despre moralitatea actului eutanasic.

Evidențiem un șir de cauze care fac imposibilă acceptarea eutanasiei din punct vedere etic, psihologic, medical, social etc. Mai întîi atragem atenția asupra situației psihice a bolnavului căruia i se stabilește legal ziua, ora morții. Fiecare om știe că va muri, dar cunoașterea sigură a momentului inducerii acesteia poate provoca frică, panică și alte stări disperate.

Orice practică în sănătatea publică nu exclude apariția unor erori, de orice natură. Un anumit procent de erori de diagnostic vor fi cauzate de limitarea științei clinico-medicale. De exemplu, se consideră că în cazul

cînd trei organe vitale (creier, inimă, rinichi, plămîni, ficat) prezintă leziuni grave, bolnavul va muri în următoarele trei zile. Într-adevăr, mor 80% dintre acești bolnavi, adică există 20% care sfidează pronosticul și continuă să trăiască. În acest caz, actul eutanasic ar însemna crimă. Tot în această grupă pot fi incluse și erorile de diagnostic comise din incompetența și profesionalismul redus ale unor medici.

În actul eutanasic nu trebuie exclus nici pericolul unor intenții criminale premeditate. Rudele pot insista și/sau influența eutanasia unei persoane muribunde din cauza succesiunii, testamentului etc. În acest caz, medicul se va vedea între fidelitatea reputației profesionale și posibilitatea de a prezenta răul ca fiind bine, „păcătuind” cu conștiința curată. Cine va purta decizia definitivă pentru îndeplinirea acestui act? Pacientul poate fi afectat emoțional de starea în care se află, deci va fi greu de afirmat despre luciditatea gândirii sale. Rudele pot ascunde anumite momente meschine și de interes personal, care nu va fi în acord cu binele pacientului. Organele de stat vor decide în conformitate cu legile și ideologiile existente la moment în societatea respectivă (de exemplu, totalitarism), implicînd pericolul dezvoltării unor politici eugenice. Tot în cadrul unor acte eutanasice pot fi admise în perspectivă și activități criminale de preluare a organelor pentru transplant, fenomen răspîndit clandestin astăzi în țările subdezvoltate economic. Astfel, eutanasia rămîne pe seama unor juriști și opinii publice, morala fiind unul din ultimele bariere în calea diferitor abuzuri.

Un rol aparte revine și aspectului deontologic al actului eutanasic. Cine va efectua această procedură? Vor fi pregătiți specialiști, așa numiți medici-călăi? Reieșind din convingerea că de la apariția sa, medicina a fost în serviciul sănătății, despre ce fel de activitate medicală se poate vorbi prin prisma eutanasierei?

Nu trebuie exclus faptul că eutanasia, ca formă a practicii medicale, poate avea efect demoralizant și iatrogen asupra societății. Se schimbă radical rolul medicului în lupta cu patologia. Pînă unde se va trata și cînd se decide încetarea tratamentului? Există pericolul unei rupturi în încrederea societății atribuită medicilor timp de secole. Actul eutanasic poate avea un efect demoralizant și asupra personalului medical. Acesta poate fi descifrat ca capitulare totală a medicilor, cu tendința de a pune în dreptul oricărui caz concluzia concretă decisivă: „tratat” sau „eutanasiat”.

Chiar dacă eutanasia poate implica o multitudine de repercusiuni morale, ea va continua să fie susținută de mii de oameni din diferite țări ale lumii. Motivul primordial este convingerea că moartea reprezintă eliberarea omului de suferințe suplimentare, ce însoțesc procesul ireversibil de moarte.

Umanizarea asistenței medicale în întreaga lume demonstrează posibilitatea respectării condițiilor menționate și prin evitarea actului eutanasic. Astfel, în sănătatea publică actuală se observă o tendință tot mai pronunțată în vederea substituirii tacticii medicale curative aplicată bolnavilor muribunzi cu un *ajutor paliativ* (ajutor multilateral activ medico-social acordat pacienților incurabili) al cărui scop este îmbunătățirea calității vieții acestora.

În ultimul timp, în țările civilizate, în sistemul sănătății publice apar tot mai multe instituții menite unui asemenea ajutor, numite aziluri sau *hospice*. Ideea organizării lor a fost inițiată de către Cicely Saunders în anul 1978 la Londra, unde pînă în prezent sunt elaborate și demonstrate noi metode de îngrijire a pacienților, cu o instruire specială a personalului medical.

Hospicele devin locul îngrijirii bolnavului terminal, unde scopul terapiei exclusiv paliative este de a ameliora calitatea ultimei perioade din viața omului bolnav, cu respectarea demnității umane. Desigur, pentru aceasta va fi nevoie de personal calificat, reprezentat de nurse, asistenți sociali și psihologi. Este foarte important faptul că atenția se concentrează pe individ ca persoană și nu drept caz medical, ceea ce contracarează tendința de dezumanizare a asistenței spitalicești. În cadrul acestor aziluri sunt încurajate și facilitate contactele familiale cu scop de a asigura un sprijin psihosocial complex.

4.5 Bioetica medicală și genetica.

Problema clonării umane în viziune bioetică

Realizările performante ale științei demonstrează fara echivoc că viitorul umanității aparține ingineriei genetice și computerizării. Cu invenția prafului de pușcă s-a ajuns la bomba atomică, iar progresul industriei chimice a declanșat găuri în stratul de ozon al atmosferei. Este interesant, unde se va ajunge cu acest elan utopic de a clona ființa umană?

Vestea "nașterii" lui Dolly (prima oaie clonată), a provocat reacții diverse: de la uimire la admirație și de la consternare la groază. Președintele SUA, B. Clinton, a cerut la vremea respectivă încetarea experimentelor în vederea clonării omului, înghețând fondurile Federale pentru cercetări în clonarea umană și sfătuiind *National Bioethics Advisory Commission* să intre în acțiune. În continuare, președintele american J. Bush declară că va face tot posibilul pentru a nu permite realizarea unui astfel de experiment. Președintele francez, Jacques Chirac, Consiliul European, Parlamentul European și ONU s-au opus vehement acestei practici care, potrivit declarației Parlamentului European este *"contrară principiului egalității dintre ființele umane, permite o selecție eugenistă și rasistă a speciei umane, lezează demnitatea ființei umane"*. Clonarea omului a fost interzisă în peste 20 de state ale lumii. Vaticanul a calificat intenția respectivă drept una criminală.

Cu toate acestea, cercetările continuă, iar rezultatele sunt din ce în ce mai spectaculoase și mai imprevizibile. Savanții declară cu mândrie că astăzi deja se pot crea animale doar dintr-o singură celulă. Aceasta presupune în viitor crearea unor copii ale persoanelor umane decedate, să zicem, în urmă cu 20 de ani folosind doar un fir de par, păstrat undeva într-un album cu poze. Apare concluzia: omul tinde să se transforme într-un fel de Dumnezeu.

Specialiștii în domeniu oferă prezervarea celulelor din animalul preferat, ciine, pisică, cal, afirmând că în viitorii 5-10 ani, copii prin clonare vor fi la un preț acceptabil pentru cei doritori. Se propune până și clonarea unui mamut din celule înghețate găsite în Siberia. Pentru viitorul apropiat sunt preconizate laboratoare pentru persoanele care vor să fie clonate și au banii necesari să plătească.

În Berkeley, California, SUA un grup de așa numiți "credincioși" au propus să fie clonat Iisus Hristos. Ideea este să recolteze material genetic de la una din relicvele aflate în păstrare în diferite biserici din Europa (care se afirmă că sunt legate de Hristos). Ba chiar au fixat și o dată pentru nașterea clonului – 25 decembrie – Crăciunul.

În privința clonării umane dezbaterile continuă să fie furtunoase. În timp ce majoritatea statelor încearcă să aprobe legi de interdicere a acestui proces, Marea Britanie aprobă legi care dau mână liberă oamenilor de știință să facă cercetări pe embrionii cu vîrstă mai mare de 14 zile

în scopul studierii problemelor geneticii congenitale, ale problemelor de fertilitate și cele legate de anomalii. Această țară a abordat clonarea umană precum și studiile de hibridare între celulele umane și celulele altei specii. Un genetician britanic, Richard Seed, a anunțat intenția de a-și clona propria soție. Întrebare: ce va rezulta, o fiică sau o soție? Ce va domina, instinctul patern sau dragostea față de o nouă "nevastă"?

La Washington, ginecologul italian Severino Antinori împreună cu alți specialiști a anunțat că începe implantarea de embrioni clonați de ființe umane în uterele a 200 de femei din diferite state ale lumii. Antinori, susținut de câțiva specialiști în domeniu și de unele secte, declară că procedura de clonare umană prevede respectarea normelor de siguranță și etică și se va desfășura într-o confidențialitate absolută. Chiar și colegii de breaslă, inclusiv Ian Vilmot - "părintele" primei oi clonate - s-a pronunțat împotriva clonării umane, considerând că trebuie să se știe că există o deosebire esențială între clonarea *reproductivă* și cea *terapeutică*.

Clonarea reproductivă, adică "cultivarea" de noi oameni, este încă slab studiată și majoritatea geneticienilor din lume consideră că ar trebui să fie interzisă. Clonarea terapeutică, adică "producerea" de organe și de țesuturi umane pentru transplanturi, este un succes științific remarcabil care are scopul de a salva vieți omenești și care indiscutabil merită să fie legalizată.

Părerile comunității științifice din întreaga lume se reduc la concluzia conform căreia clonarea nu poate fi umană, ea poate fi efectuată numai în lumea vegetală și animală. Astfel, animalele transgenice pot fi folosite pentru cercetările medicale și farmaceutice. Ele pot fi produse prin transfer de nucleu. Dacă sunt introduse gene umane în organismele lor, aceste animale transgenice (oi sau porci) pot produce proteine umane (în lapte) sau insulină pentru diabetici.

Clonarea poate contribui la tratamentul unor boli prin reprogramarea celulelor pielii (generând celule pancreatice pentru diabetici, respectiv neuroni pentru bolnavii de Parkinson) și înlocuirea celulelor bolnave cu altele noi. Prin clonare, transplantarea de organe poate deveni o soluție de succes. Chiar dacă transplantarea de organe este un lucru curent la ora actuală, deseori e întâlnită o criză de organe potrivite. Se estimează ca în viitor, acestea din urmă vor putea fi produse în afara corpului, iar oamenii vor putea să-și cloneze organele pentru transplante personale.

Clonarea prin transferul de nucleu demonstrează un adevărat potențial în agricultură prin îmbunătățirea fondului genetic și al produselor. Tot prin clonare se pot salva și speciile pe cale de dispariție.

Cu totul altfel se prezintă perspectiva clonării umane. Pericolele acesteia sunt numeroase și deloc neglijabile. Mai întâi amintim că multiplicarea unor garnituri genetice reduce diversitatea și, ca urmare, adaptarea și evoluția speciei. Vor putea avea copii și cuplurile homosexuale și atunci s-ar naște întrebarea firească a copilului: care-i mama și care-i tatăl meu? Pericolele vor avea efecte dezastruoase și pentru individul rezultat prin clonare, deoarece apare o presupunere de tipul: "nu-i deloc o plăcere să fii o copie".

Clonarea ar putea reduce atât patrimoniul genetic al oamenilor, cât și al animalelor. Prin producerea de clone multiple apare riscul de a crea o populație formată din indivizi identici. Cei din urmă ar putea să sufere de aceleași boli sau să fie sensibili la același tip de agenți patogeni, iar un singur virus ar putea extermina populația de pe o zonă întinsă, chiar o specie întreagă. Mai mulți savanți au atenționat asupra pericolului nașterii unor mutanți și a unor copii cu defecte grave. Se cunoaște faptul că în timpul clonării de animale doar 1-5 % din animale au supraviețuit.

Clonarea ar avea efecte dezastruoase și în cadrul familiei, căci un copil născut prin clonarea tatălui, de exemplu, ar putea fi considerat un frate geamăn identic al originalului. Efectul psihologic asupra ființelor umane (clone sau originale) la un asemenea lucru nu este încă studiat și cunoscut. Care ar fi drepturile unei clone? Cele ale unui frate geamăn sau ale unui copil al originalului? Ar avea măcar drepturile unei ființe umane? Iar dacă originalul ar ucide o clonă de-a lui (sau invers), ce ar fi acest lucru din punct de vedere legal: o crimă sau o sinucidere?

Sunt propuse idei de creare a clonelor marelor genialități ale lumii. De exemplu, societatea va dori să aibă încă un Einstein în știință. Însă este puțin probabil că acesta ar face din nou fizică sau că ar avea suficientă motivație psihică pentru a descoperi ceva extraordinar. În cazul în care chiar de s-ar reuși o clonă a marelui savant, s-ar dovedi poate reversul – influența educației și a mediului de viață asupra dezvoltării unei ființe umane.

Este nevoie de timp pentru epuizarea scandalului produs ca urmare a informațiilor șocante din domeniul ingineriei genetice. Există două

posibilități: fie clonarea va dispărea (sau în cel mai rău caz va ajunge la dispoziția serviciilor secrete, adică în afara ochilor publicului), fie va deveni ceva comun, cu influențe în viața de toate zilele (ca și energia nucleară, de exemplu). Însă clonarea, ca și energia nucleară, va trebui să ajungă la o suficientă maturitate (și implicit control) pentru a fi acceptată de oamenii de rînd.

Imaturitatea acestei direcții științifice, faptul că aceasta nu este pe deplin cunoscută și impactul major pe care deja îl are în societate este și *motivul* pentru care reacția generală este una de respingere. Oamenii ca specie încă nu sunt capabili să accepte ușor un lucru nou, mai ales ceva ce este pe cale să schimbe lumea pe care o știm. "Joaca de-a Dumnezeu" ne este specifică, dar nu atunci cînd experimentăm pe noi înșine.

Controlul genetic constituie cea mai periculoasă amenințare împotriva intimității ființei umane. În perspectivă e posibil ca viitorul speciei umane să fie transformat în conformitate cu ideile preconceptuate ale celor ce controlează metodele de efectuare a manipulărilor genetice. Introducînd în procesul de fertilizare influențele ereditare adecvate, geneticianul va genera la comandă indivizi cu o destinație concretă: muncitori, soldați (un scenariu des întîlnit la Hollywood), gînditori etc., care vor putea fi programați dinainte, în funcție de starea națiunii și nevoile pieței.

Considerăm că o clonare umană n-ar fi altceva decît o monstruozi-tate. Motivele pentru care bioetica respinge ideea de clonare umană sunt următoarele: **(1)** Este încălcat dreptul la identitate a individului. Ceea ce definește omul biologic, psihologic și spiritual, este unicitatea sa. Multiplicarea exclude această caracteristică a fiecărui individ. **(2)** Prin unicitatea individului determinăm personalitatea umană. Prin clonare, misterul persoanei în integritate este anulat. **(3)** Clonarea are în vedere un individ asexuat, dar pentru reproducerea artificială a acestuia, se sacrifică un embrion. Astfel se încalcă principiul "Să nu ucizi!" **(4)** Clonării i se opune noțiunea de spirit uman. În cazul că se execută o multiplicare asexuată, ea este considerată în afara spiritului. **(5)** Reducerea valorii umane ca fond genetic, este o eroare științifică și morală în același timp. Determinismul genetic uman nu a fost verificat științific. Din contra, există fapte veridice conform cărora mediul și educația, pe lîngă ereditate, au o importanță esențială în determinarea personalității și destinului omului. Din punct de vedere moral, omul reprezintă o libertate și nu o necesitate.

(6) Sunt mutilate valorile tradiționale umane și își pierd sensul noțiunile de mamă, tată, dragoste, rude ș.a. (7) Clonarea izolează și depersonalizează viața umană în specificul ei și de aceea este condamnată.

Ceea ce trebuie să reținem este că genetica nu are dreptul să participe la crearea unei societăți normate sau egalizate biologic. Dacă o face, încetează să mai fie o știință și devine probabil cea mai teribilă armă concepută de geniul distructiv al omului.

4.6 Implicații bioetice în practica transplantologiei

Dacă vom face o retrospectivă istorică a procesului transplantologic rămânem surprinși că îl întâlnim (fie și într-o formă imaginară) încă în antichitate. Cunoscutul zeu al soarelui la egiptenii antici – Amon-Ra – este reprezentat avînd corp de om și cap de berbec, iar zeul babilonian Moloh are cap de lup. De o bogată fantezie au dat dovadă grecii antici, reprezentînd minotaurul lui Minos ca taur-om, Ehidna cu șerpi pe cap, Sfinga – o femeie cu corp de leu și pe cunoscuta Himera cu un cap de țap pe spatele leului, iar în loc de coadă cu un șarpe. Mult mai tîrziu, Mickellangelo va reprezenta un șarpe pe plafonul capelei Sixtine, reprezentîndu-l cu cap de femeie și două trupuri.

Tehnica chirurgicală a operațiilor pentru transplantare se cristalizează la începutul secolului al XX-lea. Acest fapt a trezit interesul multor scriitori fantăști care au început să creeze romane și povestiri uluitoare: "Inimă de cîine", de M. Bulgacov, "Omul-amfibie", "Capul profesorului Dowel", de V. Beleaev ș.a. Totuși, atunci farmacologia nu era gata să rezolve multe dintre complicațiile post-operatorii. Răspunsul apare mai tîrziu, o dată cu descoperirea antibioticelor.

În anul 1954 este efectuată prima operație de transplant renal, în Boston, de către Dj. Murrey, care a observat că la cîini transplantarea este reușită atunci cînd este efectuată între frați. Pe data de 23 decembrie, același an este extras un rinichi de la Ronald Herrik și implantat fratelui său geamăn. După aceasta, *recipientul* – cel care a primit organul – a mai trăit 8 ani.

Alt savant american, D. Thomas, și-a consacrat viața luptei cu leucemia. Acesta susține că transplantarea măduvei osoase este mult mai reușită dacă se efectuează la cîini-gemeni. Pentru prima dată operația este apli-

cată pe om în anul 1956, iar în anul 1990, ambii savanți menționați devin premianți Nobel.

În anul 1989, în Chicago, SUA, a avut loc prima operație de transplant de ficat de la donator viu, care a durat 14 ore și în urma căreia a fost transplantat țesut hepatic de la mamă, unei fete nou-născute.

O ascensiune puternică în transplantologie s-a petrecut în anul 1980, când sunt descoperite imunodepresantele (ciclosporina), care blochează reacția imună de respingere. Dacă pînă la descoperirea ciclosporinei reușita operațiilor de transplantare a măduvei osoase a fost de 12-13% , acum aceasta se ridică la 50%, iar dacă donatorul este rudă apropiată genetic cu recipientul, reușita devine de 70%.

Dintr-un punct de vedere al practicii medicale, substanțele umane sau produsele umane sunt împărțite în trei grupe: indispensabile vieții, utile vieții și inutile. Consiliul Europei și apoi Consiliul francez de miniștri au preferat o altă diviziune: organe regenerabile, organe neregenerabile. Cele din urmă pot fi: ficatul, rinichii, inima, corneea. Categoria *organelor regenerabile* include: laptele, sîngele, pielea, părul. Placentele sunt resturi inutile, dar din ele se extrag produse utilizabile în medicină sau cosmetică.

Transplantul de organe devine unica șansă de supraviețuire în cazul anomaliilor severe: unele patologii ale sîngelui (transplant de măduvă osoasă), tulburări grave ale ficatului (transplant de lobi ai ficatului), patologii genetice (mucoviscidoza, cu afectarea plămînilor). Actualmente este posibilă grefarea plămînilor sau chiar blocul inimă-plămîni. Transplantele de inimă, rinichi, cornee au devenit banale în medicina cotidiană. Recent a fost efectuată prima transplantare de trahee.

Dificultățile tehnice au fost depășite însă rămîne o singură incertitudine: asigurarea organelor. Acestea, precum și țesuturile grefabile au doar două surse: organisme vii sau cadavre. Un donator în viață poate dona doar unul dintre rinichii săi sau o anumită cantitate de măduvă osoasă, uneori poate ceda și o porțiune de ficat. Donarea se efectuează de obicei de la persoane înrudite sau se organizează rînduri de așteptare a unui organ. Aici intervine a doua sursă de colectare de organe: de la cadavre.

Nici un transplant nu este posibil dacă nu sunt îndeplinite două condiții: **a)** donatorul este mort; **b)** se cere consimțămîntul donatorului înainte de moarte sau al uneia din rudele lui apropiate, după moarte.

Lista de așteptare a bolnavilor pentru un organ de schimb se amplifică neîncetat, ea numără zeci de mii în diferite țări ale lumii. Totuși, există o soluție: victimele accidentelor. Aceasta a fost propusă de către savantul francez Caillalet, care înaintează ideea că orice individ este un donator potențial, dacă nu a specificat în timpul vieții lui că se opune prelevării post mortem a oricăruia dintre organele lui. Conform statisticilor, numai în Franța, în fiecare an la fiecare milion de persoane, 70 sunt în moarte clinică, dar au organe utilizabile. Astfel, un șir de țări în lumea civilizată înaintează o lege destul de flexibilă: pe permisul de conducere figurează și acordul sau refuzul posesorului de a ceda unul din organele sale în ipoteza că devine victima unui accident rutier. Se spune că mulți acceptă, avînd certitudinea că ei nu vor figura niciodată printre donatori.

Atît timp cît un părinte sau un frate mai mare (matur) hotărăște să doneze un organ sau o grefă de țesut copilului/fratelui său, probleme de ordin etic nu există. În cazul în care unul dintre copii cedează fratelui său un rinichi există o singură condiție: să nu se exercite nici un fel de presiuni asupra copilului sănătos. A fost cunoscut cazul cînd fratele mai mic nu a fost de acord să renunțe la o mică cantitate din măduva sa osoasă, deși procedura nu era periculoasă pentru sănătate și știa că este unicul donator compatibil, iar moral acesta devenea vinovat de moartea bolnavului.

Situația devine gravă cînd donatorul este prea mic și nu înțelege semnificația gestului său. Cine își asumă responsabilitatea? De mai multe ori părinții sunt cei responsabili, iar în SUA există avocați ai copilului, care decid în numele lui, cerînd justiției dreptul la viață al unui copil condamnat la moarte sau confirmă sentința destinului.

Cazul familiei Ayalla din Los-Angeles (anul 1990) a stîrnit discuții controversate în rîndurile mass-mediei SUA. Soții decid să aibă al doilea copil pentru a salva viața ficei sale de 15 ani bolnave de leucemie. Unica șansă în cazul acestei fete era transplantul de măduvă osoasă, dar părinții erau incompatibili. Soția de 44 ani naște al doilea copil, chiar dacă șansele erau de 25% ca copilul nou născut va fi compatibil cu sora bolnavă. Cînd fica mai mică a împlinit 14 luni a fost efectuată operația de transplant care a durat doar 20 minute, iar starea sănătății copilului donator nu s-a înrăutățit. În schimb a avut loc o minune prin salvarea vieții unui alt copil – surorii sale, care practic a înviat. În cazul dat însă

persistă și partea tristă. Când soția a fost întrebată ce făcea dacă copilul nu era compatibil genetic cu sora bolnavă (antigenii pot fi depistați și intrauterin), răspunsul a fost foarte scurt: avort. Și câte încercări puteau să fie la șansele reușitei de 25 %?

Cazul descris nu a fost unic. În familia Kerry din orașul Laynswill statul Indiana a fost stabilită diagnoza gravă a ficei nou născute – anemia Franconi, o formă rară de cancer de sânge – cu necesitate vitală pentru transplant de măduvă. Mama a mai născut doi copii la intervale mici de timp pînă ultimul s-a dovedit a fi compatibil cu fetița bolnavă și ea a fost salvată.

Opiniile societății au fost contrare. Unii considerau că copiii nu trebuie să fie concepuți în scop curativ și că este mai uman să investească bani în organizarea unei sisteme de “registru” – o bancă de date despre caracterele imunologice ale donatorilor și recipienților. Era împărtășită ideea că nu este etic să ceri unui copil, care nu a împlinit 18 ani, să doneze un țesut sau un organ. Alții considerau că jertfirea membrilor familiei pentru supraviețuirea acesteia este o chestie personală ce nu poate fi discutată (părerea nominalizată o împărtășeau 83% dintre anchetați, în SUA).

O altă dilemă survine din probabilitatea ca donatorul să facă o complicație după cedarea unui organ sau a unei grefe de țesut. Ce se întâmplă dacă fratele sănătos va face ulterior o infecție renală severă cu dezvoltarea unei insuficiențe renale a unicului rinichi rămas? A renunțat la un rinichi supunîndu-se legilor firești ale fraternității sau de teama reacției comunității? Sau dacă donatorul moare în cursul sau în rezultatul unei intervenții chirurgicale?

Legea mai multor state impune protecția donatorului – care trebuie să acționeze dezinteresat și să consimtă expres. Scopul donației trebuie să vizeze un interes terapeutic direct al recipientului. Consimțământul trebuie să fie exprimat în scris în fața medicului-șef și a doi martori, după avertizarea donatorului asupra tuturor implicațiilor și riscurilor de ordin medical. Consimțământul poate fi retras oricînd.

Prelevările de țesuturi sau celule de la o persoană în viață nu se fac decît cu scop terapeutic sau științific. Este actual subiectul celulelor umane, în special ale celor reproductive. Majoritatea bioeticienilor din lume consideră că donatorul are dreptul să cunoască soarta produselor extrase din corpul său și să fie remunerat, de vreme ce se obțin anumite beneficii din ele.

În anul 1976, în SUA, a fost eliminată splina unui bolnav de leucemie. Celulele splinei au fost cultivate și din ele s-au extras două substanțe deosebit de valoroase în tratarea cancerului. S-a început o comercializare a substanțelor obținute. Bolnavul – devenit sursă de beneficii – și-a cerut partea cuvenită din câștiguri. Curtea Supremă din California a decis că bolnavul nu este proprietarul țesuturilor sau organelor eliminate din rațiuni medicale, dar are dreptul să decidă destinul lor. Medicul trebuie să prezinte bolnavului toate intențiile lui, apropiate și îndepărtate. Dacă bolnavul acceptă ca celulele lui să fie studiate, nu mai are dreptul de a cere beneficii, chiar dacă cercetarea se termină cu producerea unor substanțe valoroase economic.

Corpul omenesc nu poate fi, nici măcar parțial, subiect de comerț, dar din nefericire, acest fapt există în unele țări cum ar fi India, Turcia, Mexica și altele. În lume există o “piață neagră” de organe, ceea ce pune în gardă organismele bio-etice. De exemplu, în Tokio un rinichi costă 45-50 mii dolari SUA, pe când prețul lui în Bombei sau Madras scade la 1,5 mii dolari, de aceea aceste orașe devin centre de comercializare a organelor pentru China, Japonia, Arabia Saudită etc. Cetățeni ai Turciei pleacă în Anglia pentru a-și vinde rinichii, iar unii tineri din Europa de Est își cedează câte unul din aceste organe pentru a se achita pentru studii în universități de prestigiu.

Comercializarea organelor nu este recunoscută oficial, cu toate acestea în Anglia, de exemplu, este permisă donarea pe motivul “relațiilor intime”. Astfel de relații pot fi considerate și cele ale cuplurilor homosexuale, recunoscute astăzi legale în câteva țări.

Pînă în prezent au fost schimbate doar organe lezate, distruse. Ce se va întâmpla în societate, cînd va apărea tendința de a înlocui organele îmbătrînite, ca pe niște piese uzate, pentru a prelungi viața unor persoane bogate? Va fi garantată protecția unor tineri sănătoși dar săraci, proveniți din țările lumii a treia?

S-a încercat soluționarea problemei deficitului de organe folosind organe prelevate de la animale. Prima grefă a fost realizată în anul 1963, în Minneapolis. A fost transplatat un rinichi de babuin unei bolnave cu insuficiență renală gravă. Rinichiul a funcționat doar cîteva zile. După aceasta au mai urmat multe încercări. Recordul a fost stabilit de o bolnavă ce a supraviețuit cu rinichi de maimuță timp de 63 zile. Viitorul se

îndreaptă spre xenogrefe, adică grefe de la animale modificate genetic. Este deja cunoscută experiența de a transplanta inimă de porci modificați genetic (s-a efectuat o îmbinare a AND-lui porcin cu cel uman). Reacția societății este diversă. Există doar păreri disparate, fără o opinie unică, concludentă. Mulți psihologi susțin că bolnavul în stadiul final al bolii nu va ezita să accepte chiar un rinichi de porc, dacă datorită lui va supraviețui. Alții însă vor prefera să moară cu demnitate, în special cei profund credincioși.

În această ordine de idei mai apare o problemă metodologică a transplantologiei, formulată în felul următor: are loc oare schimbarea naturii umane în acele cazuri de înlocuire a organelor? Are loc schimbarea concepției despre esența omului? Există vreo limită a schimbării organelor fără schimbarea esenței? Câte organe putem înlocui ca omul să nu înceteze a fi om? Vor putea fi toate acestea corelate cu principiile bioetice și normele morale?

Firește, este greu să privești peste decenii rezultatul unei cercetări banale. Mai ales, fiind confrunțați mereu cu conflicte de valori – între bine și rău, între necesar și inutil, între ceea ce este favorabil individului și ceea ce este favorabil societății. Știința contemporană ridică noi întrebări, ce ne pun în fața unor dileme, generate fie de ignoranța umană, fie de propria indiferență. De aceea, mai mult ca oricând trebuie redefinite conceptele de om și de viață, conform cerințelor metodologice științifice contemporane.

4.7 Atitudinea bioetică față de bolnavii HIV în cadrul sănătății publice

Primele cazuri de SIDA au fost menționate în anul 1981 de către Michael Gottlieb, în Los Angeles, la pacienți homosexuali. Peste doi ani, Institutul Pasteur din Paris descrie acest virus. La finele anului 1986 sunt declarate oficial primele date clinice care indică prelungirea supraviețuirii bolnavilor atinși de SIDA, datorită unui medicament cu proprietăți antivirale – AZI (azidothymidină).

La mijlocul anului 1994 a devenit cunoscut faptul că 2 mln dintre locuitorii planetei au murit de SIDA. După datele OMS, în anul 2000 numărul

celor răpuși de această boală depășește cifra de 8 mln. La etapa actuală numărul celor infectați HIV în lume este de 30 mln. de oameni.

HIV este clasificat astăzi ca un pericol real pentru existența umană. Faptul că această infecție rămâne incurabilă, cu un pronostic nefavorabil, provoacă crearea unui stereotip specific la ceilalți membri ai societății, inclusiv lucrătorii medicali. Această situație impune o revizuire a unor noi probleme de ordin moral în sănătatea publică.

Frica „de a fi infectat” a provocat o panică în masă, din care au rezultat refuzurile colective a unor grupuri de medici în SUA și Franța de a acorda ajutor medical persoanelor HIV infectate. Se poate considera că epidemia SIDA este în felul său o încercare de stabilitate a bazelor eticii biomedicale tradiționale, în sistemul sănătății publice.

În țările dezvoltate persistă concepția că pacienții HIV trebuie să primească același ajutor calificat ca oricare alții și în orice instituție medicală. Totuși, pînă în prezent sunt menționate cazuri de refuz în asistența medicală acestor persoane în anumite clinici sub motive ascunse de tipul „nu corespunde profilului staționarului dat”. La fel, medicul poate refuza să consulte un pacient HIV sub pretextul „incompetenței” în patologia dată.

Desigur, există un oarecare risc de infectare a medicului în urma efectuării unor proceduri invazive. Sunt cunoscute datele statistice precum că din o sută de răniri ale medicului în timpul operațiilor, una va fi infectată HIV. Doar o respectare minuțioasă a tehnicilor de securitate poate scădea acest risc cu încă 80%. Pe de altă parte, sunt cunoscute și cazurile cînd pacientul este infectat în timpul consultației stomatologului sau chirurgilor – situații cu repercusiuni puternice de ordin moral și legal în practica medicinei sociale.

Un alt aspect etic al problemei bolnavilor SIDA apare din alocarea fondurilor pentru asistența medicală a acestora. Tratarea acestor pacienți este considerată ca una de susținere și fără mari perspective în prezent. Durata medie de viață a acestor bolnavi este de pînă la 6 ani, pe cînd cheltuielile de menținere în viață însumează mii de dolari SUA. De pe pozițiile unui raționalism utilitar astfel de tratamente sunt inutile și neconvenabile economic pentru societate. Din punct de vedere al bioeticii răspunsul va fi unilateral: *astfel de bolnavi trebuie să primească toată asistența medicală cuvenită*. Medicul trebuie să manifeste compasiune și caritate pentru

fiecare pacient al său, fără excepții. Tot în acest context amintim și de problema bolnavilor SIDA muribunzi, cărora le sunt necesare măsuri de reanimare, care vor amâna neesențial momentul morții, fără a induce ameliorări evidente. Tocmai în cazurile nominalizate se practică cel mai des eutanasia pasivă, chiar dacă nu se declară oficial acest lucru.

Un aspect care poate duce la dileme morale o constituie categoria persoanelor infectate HIV: homosexuali, narcomani, prostituate, unele minorități naționale (africani). Repulsia față de ei ca persoane se răsfrînge și asupra atitudinii în postura lor de pacienți. În societate există chiar opinia că SIDA este, într-un fel, o pedeapsă pentru comportamentul amoral al bolnavului. Într-o anchetă anonimă făcută medicilor s-a observat că există o diferențiere în comportamentul și atitudinea față de pacienții HIV în dependență de modul în care aceștia s-au infectat. O apreciere *deosebit de negativă* a medicilor face referire la pacienții homosexuali și narcomani, o *apreciere medie* – față de pacienții heterosexuali și o *atitudine bună*, chiar cu *compasiune* se manifestă față de pacienții infectați la transfuzii. Desigur, o astfel de diferențiere contrazice principiului posibilităților egale ale oamenilor în asistența medicală.

Un teren pentru dezbateri etice prezintă problema confidențialității acestor pacienți. O dată cu stabilirea diagnosticului, pacienții HIV devin stigmatizați. Ei se află într-o stare de stres permanent și izolare, iar divulgarea informației de către medici va acutiza și mai mult situația problematică în care se află. O atitudine agramată și grosolană din partea lucrătorului medical poate provoca reacții psihice acute la pacienți, care pot ajunge pînă la comportamente agresive și suicid. Deci unul din primii pași în asistența medicală a pacienților HIV trebuie să fie susținerea psihoterapeutică.

Nu puține dezbateri apar pe marginea acestei probleme și în domeniul obstetrical. Este cunoscut faptul că virusul HIV se transmite de la mamă la făt în timpul sarcinii, nașterii sau lactației. De aceea există păreri precum că femeilor infectate ar trebui să li se impună să avorteze. Însă numai în 35% de cazuri are loc infectarea copilului. Mai mult, administrarea preparatelor antivirale în perioada sarcinii, precum și alimentarea artificială a nou-născutului, vor scădea riscul infectării copilului pînă la 15-20%. Se dovedește astfel că doar 20% din copiii născuți de mame infectate vor muri. Este un argument evident împotriva metodei avortului,

considerată inumană. Radicaliștii afirmă că nu trebuie încurajate astfel de sarcini deoarece, chiar dacă copilul va fi sănătos, acesta va rămâne orfan în curînd, devenind o povară pentru societate. Nașterea este un puternic factor de stres pentru mamă și va facilita evoluția bolii.

Practica contemporană lasă această decizie pe seama femeii, dîndu-i posibilitatea să conștientizeze toate argumentele „pro” și „contra” prelungirii sarcinii, luînd în considerație starea fizică și materială a ei.

Elaborarea unor tratamente noi pentru această patologie necesită testarea clinică ca orice altă cercetare biomedicală. După cum am menționat anterior, în practica cercetărilor clinice este des întîlnită metoda placebo pentru grupurile de control. În cazul infecțiilor HIV, grupa de control care va primi placebo în timpul unei cercetări se va supune unui risc majorat cu pericolul că boala va evolua rapid. În legătura cu aceasta este interzisă folosirea metodei placebo în cazul cercetărilor HIV, chiar dacă ea complică procedura studiului.

În final menționăm o problemă etică care va apărea o dată cu elaborarea vaccinului antiHIV. Producerea acestuia este o chestiune de timp, asupra căreia se lucrează în laboratoarele de performanță ale lumii. Însă cine și cînd va trebui imunizat? Vaccinarea întregii populații este foarte costisitoare și considerată inutilă, din motivul că există mii de oameni care nu sunt supuși nici unui risc de a se infecta și deci nu necesită vaccinul. Pe de altă parte, vaccinarea grupurilor de risc, a narcomanilor și prostituatelor, le va deschide calea de a „activa” în domeniile sale mai departe, cu răzvrătire.

Așadar, din multiplele probleme etice provocate de SIDA, nominalizate mai sus, nici una nu are o soluționare decisivă. Din păcate, pandemia HIV va continua să creeze probleme de ordin medical și socio-etic, care vor cere comunității o atitudine umană, ghidată de imperativul respectului pentru orice viață și a demnității umane.

Bibliografie

1. **Astărăstoaie V., Bella Triff Almoș.** *Essentialia in Bioetica.* – Iași: Cantes, 1998.
2. **Astărăstoaie V., Stoica Ortansa.** *Genetică versus bioetică.* – Iași: Polirom, 2002.
3. **Don Paolo Doni.** *Eutanasia e morale.* // Eutanasia. Convegno di studio per operatori sanitari degli ospedali e case di Riposo del Triveneto. 19-26 aprilie 1985, Padova, Italia. – Padova, 1985, p.103-116.

4. **Harris J.** *Clone, gene și nemurire. Etica și revoluția genetică.* – Buc.: Cartea veche, 2003.
5. *Hospice – îngrijiri paleative.* – Chișinău: Pontos, 2004.
6. **Hoefler James M., Kamoie Brian E.** *Deathright. Culture, Medicine, Politics, and the Right to Die.* – Boulder: Westview Press, 1994.
7. **Maximilian C., Bembea M., Belengeanu Valerica.** *Genetica. Început fără sfârșit.* – Timișoara: Ed. De Vest, 2001.
8. **Maximalian C., Milcu St., Poenaru S.** *Fascinația imposibilului – Bioetica.* – Buc.: Editis, 1994.
9. **McMahan Jeff.** *The Ethics of Killing. Problem at the Margins of Life.* – NY: Oxford University Press, 2002.
10. **Miu N.** *Științele comportamentului. Manual pentru studenții ciclurilor I, II și III de medicină.* – Cluj Napoca : Ed. Medicală Univers. „Iuliu Hațieganu”, 2004.
11. **Nicolau S.** *Bioetica. Manual pentru învățământul preuniversitar și universitar de specialitate.* – Buc.: Universul, 1998.
12. **Oprescu D.** *Filosofia avortului și alte încercări.* – Buc.: Ed. Trei, 1997.
13. **Scripcaru Gh., Ciucă A., Astărăstoae V., Scripcaru C.** *Bioetica, științele vieții și drepturile omului.* – Iași: Polirom, 1998.
14. **Soulie J. P.** *Enigma vieții. Reflecțiile unui medic-biolog asupra vieții și morții.* – Buc.: Editura medicală, 1991.
15. **Skorupski John.** *Ethical Explorations.* – NY: Oxford University Press, 1999.
16. **Țirdea T.N.** *Bioetica: origini, dileme, tendințe.* – Chișinău: CEP „Medicina”, 2005.
17. **Țirdea T.N.** *Elemente de bioetică.* – Chișinău: Univers Pedagogic, 2005.
18. **Țirdea T.N.** *Filosofie și Bioetică: istorie, personalități, paradigme.* – Chișinău: UASM, 2000.
19. **Альнот Мари-Одиль.** *Чьи это гаметы? // Требования биоэтики. Медицина между надеждой и опасениями. Под рук. Ф. Бриссе-Виньо – Киев: Сфера, 1999.*
20. **Гончаров В.П.** *Геном и клонирование человека. Философский аспект.* – М.: Современные тетради, 2003.
21. **Деан Мишель.** *В начале была жизнь // Требования биоэтики. Медицина между надеждой и опасениями. Под рук. Ф.Бриссе-Виньо. – Киев: Сфера, 1999.- С. 25-32.*
22. *Дом для жизни. Беседа о проблемах хосписа // Биоэтика принципы, правила, проблемы. Под ред. Б.Г. Юдина.– М.: Эдиториал УРСС, 1998. – С.308-314.*
23. **Канке В.А.** *Этика ответственности. Теория морали будущего.* – М.: Логос, 2003.
24. **Курило Л.Ф.** *Право родиться // Биоэтика: принципы, правила, проблемы Под ред. Б.Г. Юдина. – М.: Эдиториал УРСС, 1998. – С. 135-146.*

25. **Курило Л.Ф.** *Некоторые морально-этические проблемы репродукции человека* // Биомедицинская этика. Под ред. В.И. Покровского. – М.: Медицина, 1997. – С.151-171.
26. **Саламань М.** *... и до смертного часа* // Требования биоэтики. Медицина между надеждой и опасениями. Под рук. Ф. Бриссе-Виньо. – Киев: Сфера, 1999. – С.55-63.
27. **Соболев Р.В.** *Этические аспекты исследований в репродуктивной медицине* // Антология Биоэтики. За ред. Ю.И. Кундіева. – Львів: БаК, 2003. – С. 147-151.
28. **Судо Жак** *От оплодотворения in-vitro до клонирования. 1995-2004.* – **Казанский Государственный Университет**. // www.kcn.ru/tat_ru/religion/catholic/biohist.htm
29. **Тихоненко В.А.** *Жизненный смысл выбора смерти* // Биоэтика принципы, правила, проблемы. Под ред. Б.Г. Юдина. – М.: Эдиториал УРСС, 1998. – С.264-274 .
30. **Флоря В.** *Уголовная ответственность за врачебные преступления.* [Медицина и право]. – Кишинэу, 2004.
31. **Цырдя Т.Н., Берлинский П.В.** *Философия (С курсом биоэтики).* Учебник. – Кишинэу: СЕР „Medicina”, 2002.
32. **Чешко В.Ф., Кулиниченко В.Л.** *Наука, Этика, Политика: социокультурные аспекты современной генетики.* – Киев: ПАРАПАН, 2004.

Capitolul

V

**Etica cercetării științifice
și a studiului clinic în sănătatea publică**

- 5.1 Evoluția studiului terapeutic în practica medicală
- 5.2 Noțiunile de bază ale procedurii cercetărilor (studiilor) clinice
- 5.3 Fundamentarea teoretică a cercetării medicale
- 5.4 Condițiile specifice pentru desfășurarea etică a studiului clinic
- 5.5 Particularitățile cercetărilor clinice cu diferite grupuri de pacienți: aspecte etice
- 5.6 Aspecte generale și norme de funcționare al Comitetelor de Bioetică
- 5.7 Forme standardizate în activitatea Comitetelor de Bioetică

Bibliografie

Experimentul biomedical și studiul clinic cu folosirea subiecților umani nu a suscitat inițial discuții, cercetătorii justificând activitatea lor ca avînd un scop benefic. Subiecții erau în general mulțumiți fie că puteau contribui astfel la progresul investigațiilor în domeniul biomedicinii, fie că erau recompensați într-o manieră satisfăcătoare.

Transformîndu-se în subiect al cercetării biomedicale omul poate fi supus unor riscuri care i-ar leza evident sănătatea, demnitatea sau chiar viața. Atitudinea societății contemporane și condițiile de viață actuale au evoluat mult. Reacția împotriva medicinei paternaliste a făcut să crească puterea conceptelor privind drepturile pacienților. Explozia noilor mijloace terapeutice și de investigație necesită cu prioritate un control oficial.

În capitolul ce urmează vom dezvolta cele mai stricte probleme morale lega-te de proiectele de cercetări și studii clinice în medicină, în sănătatea publică.

5.1 Evoluția studiului terapeutic în practica medicală

Condiția unui progres continuu face ca medicul, fiind o fire creativă și în permanentă căutare de noi metode optime, să inoveze, să încerce ajustările terapeutice de fiecare dată cînd starea pacientului depășește cunoștințele acumulate. Și cum fiecare individ reacționează la tratament

într-o manieră particulară, tot așa și fiecare tratament constituie o aventură care-l îmbogățește pe medic în permanență. Experimentarea umană este tot atât de veche ca și medicina. De fapt, medicina a fost mult timp caracterizată drept *empirică*, devenind *experimentală* relativ mai târziu.

Momentul tranziției de la caracterul empiric la cel experimental revine perioadei secolelor al XVII-lea și al XVIII-lea. Medicina acestei epoci prescria o serie de remedii "miraculoase", printre care menționăm anti-moniul, apa de gudron, scoarța de arbore de chinină, care erau indicate pentru a trata maladii precum variola, scorbutul, febra. Pe mulți bolnavi a fost testată eficacitatea acestor preparate, lucru care reprezenta, de fapt, experiment terapeutic. Din păcate, nu se preciza ce remediu anume este eficace pentru o anumită maladie. Antimoniul și apa de gudron au sfârșit prin ieșirea din modă, fără ca ineficacitatea sau nocivitatea lor să fie stabilită. Principiul activ al chininei a rămas necunoscut pînă în secolul al XIX-lea.

James Lind întreprinde în anul 1747 cercetări pentru a compara metodic, sub raport de eficacitate, șase remedii propuse pentru *scorbut* (băutura de mere, vitriol – acid sulfuric, oțet, apă de mere, portocale și lămâie, un preparat magistral propus de un chirurg). Experimentul a avut loc în mare, la bordul unei corăbii. Subiecții au fost 12 marinari care sufereau de scorbut. James Lind i-a repartizat în șase grupe a câte doi, fiecare grupă primind un remediu diferit. Medicul a observat că marinarii care au primit portocale și lămâie se simțeau mai bine decît alții. El a conchis că portocalele și lămâile sunt remedii contra scorbutului. Așa s-a realizat *prima experimentare* terapeutică controlată asupra subiecților umani.

În secolul al XVIII-lea, variola făcea ravagii în Europa. O metodă empirică venită din China (inocularea de puroi de bolnavi variolici, de la braț la braț) a fost introdusă în Anglia. S-a început prin a fi testați (în anul 1721), cu autorizația regelui, șase deținuți ai închisorii Newgate. Pușcăriașii au supraviețuit și au fost grațiați. De fapt, recurgerea la pușcăriași sau la condamnații la moarte pentru experimente medicale riscante nu prezintă un fapt rar în istoria umanității – cazuri ce se atestă în Alexandria încă în secolul al III-lea î. H.

Un alt exemplu binecunoscut este istoria elaborării vaccinului anti-variolei în Europa prin inocularea anticorpilor de la vacile bolnave. Este prima probă statistică de eficacitate a unui tratament efectuat printr-o experimentare umană non-controlată.

Pe parcursul secolului al XIX-lea, medicina devine cu adevărat *experimentală*. Bolnavii din spitale încep să fie supuși tot mai frecvent încercărilor metodice terapeutice. Între anii 1821 și 1827, Pierre C. A. Luis, medic de la Spitalul Charite din Paris, avînd dubii asupra acțiunilor benefice ale *scurgerii de sînge în pneumonie*, repartizează în două grupe bolnavii de această maladie, amînînd emisia de sînge la una din grupe. El constată, că în medie, bolnavii la care scurgerea de sînge a fost amînată se simțeau destul de bine. Luis publică studiul său în anul 1835 și ca urmare este întreruptă utilizarea medicală a lipitorilor în pneumonii.

Primul test comparativ medical bazat pe o metodologie impecabilă a fost realizat în anul 1948. Este vorba de testul cu streptomycină asupra bolnavilor atinși de tuberculoza pulmonară, realizat în Anglia sub conducerea lui A. Bradford Hill. Aceasta a fost o încercare controlată randomizată, un dublu neavizat, fără placebo. Testul a demonstrat că streptomicina este un tratament eficace al tuberculozei. A fost primul dintr-o serie remarcabilă de experimentări sistematice de tratamente antituberculoase, efectuate în cadrul Consiliului pentru Cercetări Medicale, care în cîțiva ani au oferit medicilor cunoștințe terapeutice prețioase, permițînd o eradicare a tuberculozei.

A devenit clar că o experimentare științifică bine pusă la punct face să progreseze cunoașterea mult mai rapid decît niște simple tatonări empirice și în consecință experimentul devine obligațiune, existînd datorita de a pune cît mai urgent la dispoziția bolnavilor cele mai avansate cunoștințe și cele mai eficiente tratamente. Cu toate acestea, puține din medicamentele provenite din cercetarea chimică și farmaceutică între anii 1880 și 1960 au fost testate asupra ființei umane similar succesului streptomicinei. În alte cazuri, cercetătorii se mulțumeau doar cu teste asupra animalelor. Amintim cazul talidomidei, expus în capitolul al doilea al lucrării date.

Autoritățile sanitare ale țărilor industrializate au reacționat obligînd ca orice substanță nouă propusă ca medicament pentru tratament uman, înainte de comercializare să fie testată la eficacitate și absență de toxicitate prin efectuarea experimentelor metodice asupra ființelor umane. Din anul 1962, Administrația pentru Hrană și Medicamente (Food and Drug Administration) în SUA, interpretează această exigență ca o obligativitate a testelor controlate randomizate. Alte țări i-au urmat exemplul. Începînd

cu anii `70 ai secolului trecut experimentarea științifică a tuturor noilor tratamente medicale asupra ființei umane constituie o obligație legală în majoritatea țărilor.

Care este situația persoanelor supuse testelor – voluntari cărora li se administrează în premieră noua moleculă, bolnavi supuși tragerii la sorți pentru o grupă sau alta de “tratament”, puțin informați asupra protocolului științific sau uneori abia conștientizând caracterul experimental al procedurii? Dependența bolnavilor față de medicul care-i îngrijește îi plasează într-o poziție puțin favorabilă pentru a emite reclamații. Revelația publică a abuzurilor din cadrul experimentelor medicale a impus o reflecție asupra aspectului etic de a experimenta asupra ființei umane.

Codul moral al medicilor prusaci publicat în anul 1900 stipulează că, atunci când unui bolnav i se propune un tratament nou, acesta trebuie prevenit că el va fi supus unui tratament experimental. Unul din primele coduri de experimentare asupra oamenilor, Rihtlinien, elaborat în Germania (în anul 1931), interzicea experimentul asupra ființelor umane când aceștia nu erau de acord să servească drept subiect de experiment.

În anul 1908 Thomas Persival, autorul *Codului medicilor englezi* scria că înainte de a purcede la vreun experiment asupra unui bolnav sunt consultate mai întâi rudele sale. În secolul al XX-lea, ideea unui control din partea rudelor se generalizează și dă naștere controlului democratic al scopurilor și metodelor cercetării de către reprezentanții “luminați” ai societății. Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice, adoptat de ONU în anul 1960, reafirma: “Este interzisă supunerea unui experiment medical sau științific o persoană fără a avea liberul ei consimțământ”.

În Declarația de la Helsinki (anul 1964) a Asociației Medicale Mondiale (AMM) se afirmă că subiectul care va fi supus unui experiment medical trebuie să fie informat pe deplin despre conținutul acestuia și să-și dea acordul atunci când este vorba despre un experiment în urma căruia el nu câștigă nimic din punct de vedere terapeutic. În același timp, Declarația în cauză permite medicului să nu comunice unele informații, dacă el consideră că acestea pot să-i dăuneze pacientului. Medicii au recurs desori la această permisiune. Totodată, Declarația de la Helsinki introduce mai multe tipuri de cercetare, cum ar fi autoexperimentele, cercetările de laborator, cercetările clinice și terapeutice sau neterapeutice și obligă ca

cercetarea pe om să fie precedată de cercetări pe animale și să fie considerată legitimă numai dacă obiectivele sale sunt superioare eventualelor riscuri. În acest scop, protocolul de cercetare trebuie să conțină o evaluare adecvată a riscurilor, iar interesul social și științific să nu prevaleze asupra interesului individual.

În Declarația AMM din anul 1975 de la Tokio se stipulează că înainte de a efectua experimente asupra unor subiecți umani, cercetătorii trebuie să descrie proiectul lor într-un "protocol experimental", care trebuie să fie supus examinării unui comitet independent în vederea emiterii unui aviz și a unui consiliu.

Declarația de la Manila, din anul 1981, recomandă racordarea imperativelor cercetării la codurile morale specifice fiecărei țări, iar cea din Hawaii din anul 1983 stipulează că medicul trebuie să fie garantul drepturilor omului și interzice cercetările pe minori, bolnavi psihic, deținuți, condamnați la moarte. Toate acestea vin în deplin acord cu Declarația ONU din anul 1972, a Consiliului Europei din anul 1983, cu Declarația de la Veneția din același an și cu Declarația Consiliului de Cercetare Științifică Metodică din Europa (CIOMS) din anul 1984. Mai recent, Declarația din Hong Kong prevede necesitatea unificării normative a regulilor și imperativelor bioetice în cercetare. O importanță deosebită pentru evoluția cercetării biomedicale pe făgașul bioeticii o prezintă *Convenția Consiliului Europei și a Uniunii Europene pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane cu privire la aplicarea biologiei și medicinei*, adoptată în Oviedo (Spania) la 4 aprilie anul 1997 [vezi anexa].

5.2 Noțiunile de bază ale procedurii cercetărilor (studiilor) clinice

Studiul clinic se definește ca fiind orice investigație efectuată asupra *subiecților umani* pentru a descoperi sau a confirma *efectele clinice, farmacologice și/sau alte efecte farmacodinamice* ale unuia sau mai multor *produse medicamentoase investigaționale*, și/sau pentru a identifica orice reacție adversă la unul sau mai multe produse medicamentoase de investigat, și/sau pentru a studia absorbția, distribuția, metabolismul și excreția unuia sau mai multor produse medicamentoase de investigat în vederea *evaluării siguranței și/sau eficacității lor*.

Studiul clinic multicentric reprezintă un studiu condus cu respectarea unui singur protocol, dar desfășurat în mai mult decît un centru și deci de către mai mult decît un singur investigator, centrele pot fi localizate doar într-o țară sau în mai multe țări.

Subiectul este persoana care participă voluntar într-un studiu clinic, fie că primește produsul medicamentos de investigat, fie pe cel de control.

Investigatorul reprezintă un medic responsabil de conducerea studiului clinic într-un centru de investigație clinică. Dacă în cel din urmă studiul este realizat de o echipă, investigatorul devine conducătorul echipei și poate fi numit investigator principal.

Sponsor poate fi o persoană, instituție sau organizație responsabilă de inițierea, conducerea (managementul) și/sau finanțarea unui studiu clinic.

Monitorizarea este activitatea de supraveghere a evoluției studiului clinic, activitatea care asigură că acesta este dirijat, înregistrat și raportat în concordanță cu protocolul, cu Procedurile Operaționale Standardizate (POS), Regulile de Bună Practică în Studiu Clinic și reglementările legale în domeniu.

Organizație de Cercetare prin Contract (OCC) = Contract Research Organization (CRO) – persoană sau organizație (comercială, academică sau de altă natură) contractată de sponsor pentru a realiza una sau mai multe sarcini și funcții în cadrul unui studiu clinic.

Produs medicamentos de investigat – forma farmaceutică a unei substanțe active sau placebo care este testat sau folosit ca referință într-un studiu clinic. Sunt incluse și produsele care au deja autorizație de punere pe piață, dar care sunt utilizate sau asociate (în compoziție sau ambalaj) într-o formă farmaceutică diferită de cea aprobată, sau cînd sunt utilizate pentru o indicație terapeutică neautorizată.

Protocol – un document care descrie obiectivul (obiectivele) proiectul de desfășurare a unui studiu, metodologia, considerațiile statistice și modul de organizare ale acestuia. Termenul "protocol" se referă la procesul derulării experimentului, la versiunile succesive ale procedurii, precum și la amendamentele existente.

Broșura investigatorului este un ansamblu de date clinice și non-clinice privind produsul medicamentos sau produsele medicamentoase investigaționale, care sunt relevante pentru studierea produsului sau produselor pe subiecți umani.

Formular de raportare a cazului – apare ca un document destinat înregistrării tuturor informațiilor impuse prin protocol despre fiecare subiect, document care trebuie să fie trimis sponsorului.

Date sursă sunt toate informațiile sub formă de înregistrări originale și copii autentificate ale acestora (înregistrărilor originale) privind *constatări clinice*, observații sau alte activități în *studiul clinic*, necesare pentru reconstituirea și evaluarea celui din urmă.

Documente sursă includ *documente* și *înregistrări* care înglobează *datele sursă*, înregistrări originale sau copii autentificate.

Comisia Națională a Medicamentului – *autoritatea competentă* care are puterea de a emite reglementări și de a verifica datele clinice prezentate.

Comisia (Comitetul) de Bioetică – un organism independent constituit din membri cu profesie în domeniul *medical-științific* și membri cu profesie în afara acestui domeniu (*bioeticieni, juriști, teologi, psihologi etc.*), a căror responsabilitate este să asigure *protecția drepturilor, siguranța și starea de bine* a subiecților umani antrenați în studiul clinic.

Procedura cercetării biomedicale preconizează de asemenea și clasificarea tipurilor de studiu clinic. Evidențiem următoarele tipuri de studii:

Deschis: subiecții studiului și investigatorul *cunosc tratamentul* administrat.

Simplu orb: *una dintre părți* (subiectul sau investigatorul) *nu cunoaște tratamentul* administrat.

Dublu orb: *ambele părți* (subiectul și investigatorul) *nu cunosc tratamentul* administrat.

Dublu dummy (dublu ascuns, mascat): tehnică folosită pentru ca două medicamente care *diferă macroscopic* să nu poată fi deosebite de subiecți și de investigator; subiecților li se administrează ambele medicamente, dintre care numai unul conține substanța activă.

Testele clinice se divizează tradițional în patru faze. Această distincție este de sorginte americană. *Prima fază* constă în a efectua primele teste ale unei substanțe pe câțiva voluntari sănătoși în scopul aprecierii toleranței sale în funcție de doză și de a verifica proprietățile sale farmacodinamice, adică modificările organice sau funcționale reproductibile și calculabile, provocate prin administrarea substanței unui organism viu.

În faza a II-a se testează un grup mic de bolnavi. Ea vizează confirmarea eficacității terapeutice a substanței cu aprecierea interesului față de ea și evaluarea raportul risc – beneficiu. La bolnavii supuși experimentării sunt calculați parametrii farmacologici (resorbția, biodisponibilitatea, eliminarea etc.) și se determină modul cel mai oportun de administrare a substanței.

Faza a III-a constă într-o comparație metodică a noului tratament cu absența oricărui tratament sau cu cel mai eficace tratament clasic. Ea are scopul de a demonstra activitatea terapeutică a medicamentului asupra unui grup larg de pacienți, urmînd o metodologie riguroasă și complexă. Această fază corespunde cu expertizele clinice ce vizează obținerea autorizației de a lansa pe piață noul medicament.

În fine, faza a IV-a corespunde studiilor epidemiologice și farmacovigilente (retrospective și prospective). Dacă aceste studii sunt efectuate riguros, și nu în scop promoțional, cum procedează o parte din industria farmaceutică, apoi ele oferă mijloace de a decela eventualele efecte indезirabile, rare și tardive.

5.3 Fundamentarea teoretică a cercetării biomedicale

În general, medicii realizează o distincție clară între experimentarea cu "scop terapeutic" și experimentarea cu "scop cognitiv". În realitate experimentul științific în medicină are o intenție epistemologică bine determinată. Scopul acestuia este de a dobîndi cunoștințe. *Experimentarea "terapeutică"* constituie un test asupra unei persoane umane, a unui procedeu de tratament, de diagnostic sau de prevenire, care poate influența direct sănătatea acestei persoane și în același timp permite îmbogățirea cunoștințelor (de exemplu: testul unui vaccin la o populație amenințată de o anumită maladie). Cercetarea clinică respectă cerințele generale menționate. Medicul poate aplica un nou tratament dacă, potrivit conștiinței și propriilor valori morale el dă speranțe de salvare a vieții, de restabilire a stării de sănătate sau de diminuare a suferinței. Tratamentul experimental se poate face doar dacă există consimțămîntul informat al pacientului, în condițiile în care capacitatea acestuia nu este afectată de factori interni sau externi.

Cercetarea medicală clinică trebuie proiectată astfel încât să evite o suferință fizică și/sau psihică suplimentară. Eventualitatea apariției unor astfel de situații duce automat la stoparea cercetării sau a experimentului. Aici pot face excepție doar situațiile în care medicul implicat este el însuși obiect de experiment terapeutic. Respectarea acestor minime norme etice va duce la exonerarea personalului implicat în cercetare, de eventuala răspundere apărută post-experiment, în scopul protejării medicinei de o pasivitate "legalistă", capabilă să aducă mai multe prejudicii decât beneficii, evoluției științelor medicale.

Experimentarea "cognitivă" este o încercare susceptibilă de a produce avansarea cunoașterii și care nu comportă beneficii pentru sănătatea subiecților experimentului (de exemplu, încercarea unui pre-vaccin prin care se vrea testarea unor proprietăți, dar despre care se știe ca el nu protejează împotriva maladiei). Este un subiect mult mai sensibil, iar în acest caz consimțământul pacientului supus experimentului trebuie să fie specific, informat, propriu și explicit. Subiectul trebuie informat corect asupra duratei, scopului, metodelor și mijloacelor întrebuintate în cursul cercetării.

Subiectul este liber de orice presiuni fizice sau psihice și poate să întrerupă în orice moment experimentul. Lipsa consimțământului descris poate fi acceptată doar în situația embrionilor, feților sau nou-născuților atestați îndubitabil ca fiind neviabili.

Experimentul fundamental trebuie să fie și el bine definit, iar rezultatele așteptate nu pot fi obținute prin alte metode. Experimentul medical trebuie condus cu discernământ de către personalul implicat, putând fi întrerupt la apariția primelor semne de evoluție nefavorabilă – în orice experiment sau acțiune de cercetare există un risc, suportat în aceeași măsură atât de medic, cât și de către subiect. Din acest considerent, riscul trebuie să fie pe cât posibil minimalizat încă de la structurarea planului teoretic experimental, iar subiecții trebuie conștientizați încă din momentul acordării consimțământului.

În selectarea optimă a loturilor de subiecți și a metodologiei de cercetare, medicul poate să aiba preferințe de includere într-un grup sau altul a unor bolnavi, pe baza unor criterii de selecție subiectivă. Criteriul subiectiv, preferențial, este considerat neetic. În acțiunea de cercetare medicală, relația medic-pacient se modifică în sensul unui dialog orientat

spre obiectivul cercetării. Experimentul medical este mult mai personal, dar și mai puțin elocvent în condițiile în care numărul de pacienți implicați va fi mult mai mic.

Toate aceste reglementări au în comun faptul că apreciază necesitatea experimentului pe om, dar și acceptarea lui doar în măsura neprejudicării subiectului, a dreptului său la autodeterminare. Mai mult, poziția etică a lucrătorilor medicali trebuie să demonstreze o anumită flexibilitate față de jurământul hipocratic care proclamă obligația medicului ca orice activitate a acestuia să fie făcută în beneficiul pacientului și să se abțină de la orice l-ar putea prejudicia. Luată în mod absolutist, prevederea nominalizată ar împiedica cercetarea pe bolnav, deși este clar că orice progres în medicină depinde de o anumită formă de experiment.

Astfel trebuie gândită o formulă de mijloc între aceste două concepții. Mai întâi să clarificăm ce este *cercetarea*, deoarece atât cercetarea cât și experimentul au fost folosite adesea ca expresii una în locul celeilalte, ca sinonime, deși între ele se poate face o distincție. *Cercetarea* implică un protocol prealabil, avînd un final bine determinat (postulat-concluzie). *Experimentul*, din contra, presupune ceva mai speculativ, o abordare "ad hoc" asupra unui anumit subiect. Distincția este semnificativă prin aceea că un experiment poate fi modificat, ținîndu-se cont de răspunsul individual, în timp ce un program de cercetare este menit să-l țină pe cercetător legat de o anumită cale pînă la demonstrarea sau nu a postulatului.

După cum s-a menționat, activitățile de cercetare pot fi categorisite fie ca cercetări clinice avînd drept scop probarea unui tratament pe un bolnav sau pe un grup de bolnavi, fie ca cercetări neterapeutice, ale căror obiective esențiale sunt încurajarea cunoașterii științifice pure, care eventual pot oferi o mai largă aplicație decît stricta îngrijire a bolnavului. Această distincție presupune o mică diferență conceptuală privind cerințele etice ale cercetării. Simplul fapt că subiectul cercetării este la un moment dat chiar bolnavul care primește un beneficiu, nu înseamnă că programul poate fi aprobat oricînd, cu atît mai mult cu cît acest experiment face bolnavul (sau grupul de bolnavi) vulnerabil, impunînd protecție prin măsuri de control adecvate. Este important să se înțeleagă că natura cercetării trebuie oricum apreciată prin prisma raportului dintre risc și beneficiu.

În general, subiecții cercetării pot fi categorisiți: **(1)** bolnavi individuali; **(2)** grup de bolnavi avînd aceeași afecțiune; **(3)** bolnavi neasociați vreunei boli dar care sunt dispuși să accepte cercetarea; **(4)** voluntari sănătoși, grup eterogen dar important, întrucît el poate cuprinde o populație ce îi include uneori și pe cercetători.

Orice cercetare presupune anumite riscuri și minimizarea acestora este o artă. Unele linii directoare pot fi extrase din Declarația de la Helsinki și anume – trebuie luat în considerație întotdeauna raportul risc/beneficiu, în sensul că pentru bolnavul implicat beneficiul trebuie să depășească în mod clar riscul, disconfortul sau răul pe care-l presupune protocolul.

Morala medicală a formulat de mult datoria medicului de a nu dăuna bolnavului, de a nu-l supune unor riscuri inutile. La primul Congres Internațional al Moralei Medicale (Paris, 1955) a fost din nou subliniat faptul că în cazul în care medicul nu efectuează experimentul asupra lui însuși, este dator ca în nici un caz să nu provoace vreo boală subiectului și să nu-l supună unor riscuri grave.

Dar ce este “un risc grav”? Comisia națională americană pentru protecția subiecților umani contra cercetărilor biomedicale și de comportament a analizat acest risc într-un text despre “Principiile etice ale cercetărilor asupra subiecților umani” (Raportul Belmont, 1978). Ea a subliniat că nici o activitate umană nu este lipsită de pericolul unui anumit risc și a amintit că în cadrul cercetărilor științifice, ca și în cazul altor activități, trebuie să se realizeze maximum de avantaje și riscuri minime. Comisia a declarat, de asemenea, că orice proiect de cercetări asupra ființelor umane trebuie să fie însoțit de o evaluare minuțioasă a riscurilor la care sunt supuși subiecții experimentelor și a propus să fie făcută o deosebire dintre “riscuri minime” și “riscuri mai mult decît minime”. “Riscurile minime” sunt tot atît de mari ca și acele riscuri la care acceptăm să fim supuși în viața de toate zilele. Riscurile “mai mult decît minime” sunt admise doar în condiții restrictive, ceea ce amplifică calitatea consimțămîntului și exclude subiecții “vulnerabili”.

Cu privire la acest risc se pot face unele nuanțări: **(a)** riscul să fie totuși mic, în comparație cu cel pe care-l întîmpină bolnavul față de propria boală; **(b)** afecțiunea de care suferă pacientul să fie gravă; **(c)** cunoștințele obținute prin cercetare să fie cunoscute ca avînd un mare beneficiu practic; **(d)** nu există alte mijloace de a obține acest beneficiu; **(e)** bolnavul să fie pe deplin informat asupra riscurilor.

Cercetătorii înșiși reprezintă cealaltă extremă a acceptării riscului, aici responsabilitatea revine șefului de departament sau șefului grupului de investigatori.

O cercetare rău planificată își pierde orice justificare morală, dacă rezultatele ei sunt inutile din punct de vedere științific. Acest fapt este unul din scopurile existenței Comitetelor de etica la nivelul marilor unități spitalicești care poate aproba sau nu o cercetare. Cele mai multe comitete de etică sunt instituționalizate, dar autoconducerea este preferabilă unei formule centralizate. Comisia Națională de Bioetică trebuie să aibă doar un rol de monitorizare a activității comitetelor regionale sau spitalicești privind respectarea standardelor cercetării.

Controlul cercetării se face în esență pentru a stabili dacă un nou medicament sau un alt tratament este mai bun decât cel existent sau nu este deloc folositor. În acest scop, tratamentul este administrat unui grup de bolnavi, în timp ce unui grup similar nu i se oferă, observându-se rezultatele.

Finețea scopului cercetării poate împieta asupra succesului proiectului și, așa cum s-a mai spus, un experiment prost conceput este în mod fundamental neetic. Însă chiar și cel mai bine organizat experiment are problemele sale de ordin moral, întrucât, pe de o parte, un tratament neexperimentat ce comportă riscuri este dat unui grup, în timp ce altul, considerat benefic, poate fi interzis unui grup similar. Problemele etice mai țin și de faptul că bolnavul poate fi vindecat chiar și mai repede, dacă nu ar fi fost restricțiile impuse de protocol.

Problema esențială pentru experimentul controlat este că el trebuie să ofere răspunsul cât mai rapid posibil și trebuie finisat înainte de a apărea reacția adversă, ceea ce face pe cercetător să stea sub o oarecare presiune, conducându-l uneori la interpretări pripite. De aceea este util ca un observator independent sau chiar comitetul de etică însuși să monitorizeze experimentul.

5.4 Condițiile specifice pentru desfășurarea etică a studiului clinic

Pentru asigurarea unui experiment obiectiv se impune respectarea anumitor condiții, cerințe. În primul rând, vom menționa tehnica *dublu orb* destinată în special experimentului medicamentos. Deoarece este

aproape imposibil pentru un doctor să nu aibă anumite preferințe în alegerea tratamentului, tehnica dublu orb este destinată eliminării subiectivismului prin ținerea în secret a grupului destinat experimentului atât față de doctor, cât și față de bolnav.

Acest fapt duce la dificultăți considerabile în implementarea celui de-al doilea imperativ al cercetării clinice – *randomizarea* – deoarece presupune o anumită formă de preselecție conștiințioasă. Randomizarea este un procedeu statistic de înlăturare a erorilor sistematice, alegînd la întîmplare – după tabele calculate – unitățile unei selecții sau blocurile dintr-un experiment complex.

S-a sugerat că nici un experiment clinic nu poate fi cu adevărat randomizat. Bineînțeles că bolnavii voluntari se deosebesc de cei involuntari (care apar numai în tennica dublu orb). Bolnavii vor trebui triați după severitatea bolii, caz în care experimentul este limitat în ce privește stabilirea efectului tratamentului la formele medii de boală.

Randomizarea apare în experimentul clinic ca fiind una din cele mai importante forme de cercetare. Este necesară, de exemplu, în tratamentul cancerului. Din motivele descrise mai sus și deoarece medicul are în îngrijire bolnavi sceptici cu privire la tratament, cea mai mare parte din ei sunt atât de speriați, încît relația doctor-pacient va fi periclitată. Consimțămîntul informat are aici o mare importanță.

Nici un experiment terapeutic randomizat nu poate fi etic dacă profesioniștii de frunte nu știu care terapie oferă cele mai bune rezultate. Rezultatul acumulării tuturor acestor factori adverși este de a crește rata rezultatelor slabe, ceea ce contravine intenției de bază o oricarei cercetări: găsirea celui mai reușit tratament. În aceste cazuri, cînd ameliorările sunt nesemnificative, cercetarea ar trebui încheiată, mai cu seamă cînd se insistă ferm asupra consimțămîntului informat. Oprirea experimentului lasă o impresie negativă atât bolnavului cât și doctorului. Apare motivul pentru care se încearcă scheme de selecție sau de prerandomizare înainte de a se discuta despre tratament. Există obiecțiuni etice față de asemenea manevre, fiindcă se pare că din punct de vedere moral este îndoielnic să folosești ceea ce în fond este un șiretlic. Rezolvarea dilemei ține totuși de o mai fină înțelegere între procedee. Unele școli consideră că este o greșeală acceptarea acestor metode fără a te reîntoarce la epoca cînd tratamentul era dictat mai mult de un raționalism conceptual decît de

metode științifice. Altele par să scoată în evidență că tratamentul trebuie să fie acceptat de teama de a nu atenua îndatoririle față de bolnavii prezenți, în favoarea unor beneficii de viitor.

Dificultăți reale apar la pacienții incapabili de a-și da un consimțământ valid, datorită condițiilor mentale. Astfel de bolnavi trebuie excluși în mod automat din cercetare. O singură cale evită dificultatea nominalizată și anume aceea de a accepta că există grupuri speciale de bolnavi care nu pot consimți, dar a căror implicare este vitală pentru cercetare. Însă și în astfel de cazuri este obligatorie condiția că suferința inerentă bolii să nu fie amplificată prin experiment, să nu presupună riscuri apreciabile, iar consimțământul să fie dat de rude sau curator.

Al treilea imperativ al cercetării clinice apare în procedura minuțioasă de alegere a grupurilor de subiecți. Utilizarea voluntarilor sănătoși trebuie licită doar pentru cercetări nonterapeutice. Declarația de la Helsinki nu conține nici o referire în acest sens. Se crede însă că tendința de a utiliza în investigația clinică grupuri de persoane aflate deja sub stres, sau care au un consimțământ de obligație față de medicul care-i tratează, simplul fapt că ei sunt accesibili face ca acest gen de cercetare să capete un aspect neetic. Cercetarea nonterapeutică pe bolnav trebuie să fie axată pe un obiectiv care să nu constituie o povară pentru el.

Pe de altă parte, motivația voluntarilor dispuși să fie subiect de experiment are mai multe forme, unele acceptate, altele neacceptate, printre acestea, problema recompenselor deloc de neglijat. Deși în condițiile de azi foarte puțini voluntari se vor prezenta fără un anumit avantaj, compensările mari ar trebui considerate neetice, păstrându-se o balanță rezonabilă, dacă nu din alte motive, cel puțin pentru a putea satisface cerințele randomizării. Convingerea privind acceptarea experimentului apare și în cazul utilizării unor populații speciale (pături sociale). Aceasta va reieși din facilitatea accesului la servicii medicale.

Standardul minim al oricărui experiment clinic presupune că o metodă terapeutică oferă un avantaj față de cele acceptate în mod obișnuit. Avantajul nu trebuie neaparat să fie direct. Poate avea loc, spre exemplu, faptul că ea (cercetarea) se va finaliza cu foarte mici neajunsuri, sau cu cele mai puține efecte secundare. Dificultățile pe care le confruntă experimentul clinic constau în aceea că el nu rezolvă simultan și problema excepțiilor individuale.

Este evident că fundamentul teoretic al unui program etic de cercetare sau al unui experiment terapeutic se sprijină pe o participare liberă și autonomă a subiecților, iar aceasta depinde de rîndul ei de un consimțămînt informat adecvat. Este pe deplin justificată punerea în discuție a faptului că un acord informat este o sabie cu două tăișuri, întrucît o informație incompletă nu poate absolvi pe cercetător de responsabilitate.

Se acceptă că bolnavul nu va trebui să fie inclus în experiment, dacă el nu este capabil să înțeleagă planul de bază al modului cum este dirijat experimentul. Problema constă în îndoielile cu privire la capacitatea bolnavului de a înțelege informația medicală complexă, ceea ce duce la o atitudine de un inacceptabil paternalism al medicului, adesea cu consecințe șocante. Se argumentează și faptul că dînd bolnavului toate informațiile studiului i-ar spori astfel suferința, încît imperativul neinfluențării prin informație ar putea să-l înlocuiască pe cel al autonomiei. Cel mai important lucru este deci ca cercetătorul să-și asume punctul de vedere potrivit căruia el acționează în interesul profesiei și pentru binele public. Dar ceea ce caracterizează progresul profesional constituie o sursă de îmbogățire a faimei și meritelor. Aceasta poate induce cercetări neîngrijite și nu există scuză valabilă pentru o mistificare deliberată a rezultatelor cercetării.

Ținînd seama de clasificarea subiecților cercetării, apare întrebarea dacă voluntarii sănătoși merită să fie expuși la riscuri în urma studiilor biomedicale, cu excepția cercetătorilor înșiși. Pe de altă parte, există voluntari care pot accepta sacrificii altruiste, dar să nu se uite că există limite legale, întrucît o astfel de cercetare nu absolvă de vină din punct de vedere juridic pe cercetător, atunci cînd apar consecințe grave sau chiar moartea voluntarului. Se impune o atenție deosebită față de voluntarii sănătoși. Este greu de stabilit măsura în care cineva înțelege pe deplin riscurile la care este supus pacientul, motiv pentru care consimțămîntul pe deplin informat este esențial.

Deși se află sub un strict control juridic (cel puțin în țările dezvoltate), cercetările asupra ființei umane evocă fantasme de agresiuni asupra corpului uman. Din partea subiectului supus experimentului se cere un fel de devotament, chiar abnegație, căci el acceptă ca reacțiile organismului său să fie "obiectivate" și prin aceasta să contribuie la formarea unor cunoștințe care au o valoare generală. Abnegația nominalizată trezește emo-

ții ambivalente la cei care refuză să participe la studiul clinic. Voluntarii "sănătoși" care au acceptat să participe la experimentările clinice au fost acuzați de prostituare a propriului corp. Cercetătorii sunt însă reticenți la persoanele handicapate sau zise "deteriorate" care își oferă "corpul pentru cercetările științifice" în domeniul biomedical. La începutul secolului al XXI-lea se afirmă ca subiectul cercetărilor trebuie să colaboreze sau să fie un partener de cercetare, dar nu este ușor de aculturat relația dintre experimentator și experimentat.

Compensații pentru vătămarea corporală 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.

Directivele OMS/CIOMS (anul 1982) prevăd studierea sistematică a proiectelor de cercetări asupra ființelor umane de către *Comitetele de Etică Independente* și mai ales în cazul cercetărilor efectuate de către oamenii de știință dintr-o țară dezvoltată într-o țară în curs de dezvoltare. Aceste directive stipulează posibilitatea unui dublu examen: unul – în țara de origine și altul – în țara unde se efectuează cercetările. În Legea franceză, din anul 1988, Comitetele de etică a cercetărilor se numesc *Comitete de protecție a persoanelor supuse cercetărilor biomedicale*. O treime din membrii acestor Comitete sunt persoane care nu au nimic în

comun cu cercetările științifice, nici cu orice profesie medicală. Rezultă că cercetătorii care efectuează astăzi experimente asupra ființelor umane sunt obligați să: **(1)** elaboreze un protocol care să conțină scopul și metodele cercetării, numărul subiecților necesari efectuării experimentului, obligațiile subiecților, modul în care le va fi solicitat consimțământul; **(2)** înceapă orice experiență asupra ființelor umane avînd avizul unui comitet de etică (bioetică) al studiului expus în protocol. Această procedură garantează calitatea etică și științifică a cercetărilor efectuate asupra ființelor umane.

Conflictul dintre bunuri este și mai evident atunci cînd voluntarii care acceptă să participe la experiment sunt sănătoși. Apare întrebarea: pînă unde se poate pune în pericol sănătatea și integritatea persoanei care nu este bolnavă, dar participă în studiul clinic în scopul de a obține cunoștințe interesante în sine și poate utile pentru restabilirea sănătății viitorilor bolnavi? Examinînd riscul și avantajele unei investigații experimentale în biomedicină, ajungem la un calcul al echității. Datoria de a efectua experimente științifice clinice, pentru binele generațiilor viitoare nu ar fi justificată dacă s-ar sacrifica generația prezentă. Și totuși subiecții care participă la astfel de studii sunt de acord să facă un sacrificiu, oricît de mic ar fi el, fie că sacrifică puțin timp, ori o investigație în plus sau că se supun rigurozității și disciplinei de cercetare.

Faptul că în societățile liberale nimeni nu este obligat să participe la cercetări clinice presupune o inegalitate între persoanele care acceptă să se sacrifice participînd la experimente și cele care așteaptă ca noile tratamente să fie testate pe alții. Atunci cînd este vorba despre voluntari sănătoși, această inegalitate este de obicei compensată prin bani. Problema ce apare în acest caz este de a găsi echilibrul just între compensația financiară prea înaltă ce ar putea îndemna voluntarii să accepte obligații degradante și o compensație prea mică, care nu ar onora în mod corect datoria colectivă. Cît despre voluntarii bolnavi, care participă la un experiment terapeutic se consideră în general suficient de recompensați, profitînd de un beneficiu direct și intrînd în cercul solidarității cu persoanele afectate de aceeași boală. Mai mult, în țările în care asigurarea medicală nu este obligatorie, bolnavii fără asigurare sunt îndemnați să participe la studii experimentale clinice. Apare întrebarea: este corect acest lucru?

O problemă nerezolvată încă este cea a bolnavilor care solicită să participe la experimente altruiste, cu alte cuvinte, fără recompensă. Conform

legii, acești bolnavi voluntari trebuie recompensați după aceleași reguli ca și voluntarii sănătoși. Cît privește problema exploataării în folosul cercetărilor pentru populațiile vulnerabile, sărace, dependente, mai ales atunci cînd nu este sigur că aceste persoane vor putea beneficia de rezultatele obținute (de exemplu, atunci cînd în Africa se experimentează un vaccin, iar la momentul comercializării acestuia se va dovedi prea scump pentru ca africanii să poată beneficia de el). Problema în cauză a fost abordată în mod acut. Astăzi ea se discută la nivel internațional, ceea ce semnifică că s-a făcut un pas înainte, dar nicidecum că a fost rezolvată.

Medicina liberală a dat garanții accentuate de libertate și informare a bolnavului, creînd însă și riscul comercializării actului medical, adică bolnavul fiind perceput mai mult un client decît un deținător al unui drept de sănătate. Orice cercetare științifică medico-biologică trebuie să ia în considerație următoarele paradigme: **(a)** să fie absentă orice antinomie între conștiința morală a societății și conștiința morală a medicinei, între conștiința morală a subiectului supus cercetării și conștiința cercetătorului; **(b)** în caz de apariție a unor riscuri, aceste stări să fie reziliate prin ceea ce s-a numit clauză de conștiință a medicului, conform căreia nu trebuie să se piardă din uman ceea ce se cîștigă în tehnic; **(c)** bioetica trebuie să lege subiectivitatea de obiectivitate, judecățile de valoare de judecățile despre fapte, adevărurile științifice de semnificația lor umană, numai astfel știința se va valoriza integral sub aspect uman.

Pentru a reda încrederea societății în știință este nevoie ca opinia publică să fie informată, iar știința să aibă acordul societății. În același timp, bioetica poate contribui din plin la constituirea modelului de competență biomedicală, cît timp scopul științei nu este doar de a oferi cunoștințe definitive, ci de a organiza depistarea și eșalonarea limitelor necunoașterii noastre.

5.5 Particularitățile cercetărilor clinice cu diferite grupuri de pacienți: aspecte etice

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 impuși 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

consimță 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 avînd toate facultățile, este în realitate incapabilă de a consimți? Și dacă o persoană într-adevăr nu este aptă de a da un consimțămînt 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 cînd tratamentul se va face mai întii 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 consimțămîntului 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, decît să fie tratați conform unei scheme deja validate. A adera la un protocol de cercetări înseamnă a risca, admitînd faptul că riscul poate să comporte o mai bună supraveghere din perspectiva obținerii unui tratament mai bun decît 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 progresele 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 să 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 medicală. 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 sta-

tut 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 cât este posibil și la rîndul 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 consimțămînt 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 consimțămîntului 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 consimțămînt 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 sîngele unui pacient bolnav de leucemie cronică. Pacientul a fost tratat și s-a vindecat. A aflat că sîngele 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 pînă ce proprietarul nu și-a exprimat public renunțarea la un bun, acesta rămîne în proprietatea sa. Argumentul contra era că corpul este un bun extrapatrimonial ce nu poate fi vîndut și nici cumpărat nici de o persoană în cauză și nici de un producator industrial.

În vederea evitării unor viitoare conflicte, ar fi benefic ca în consimțămîntul 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 pînă în a doua săptămînă de viață sau pînă la dezvoltarea plăcii nervoase primitive (12-14 zile). Cercetarea pe embrioni se poate face doar dacă părinții biologici și-au dat acordul și este etică doar dacă are drept scop interesul medical. Numărul de embrioni păstrați nu poate fi mai mare decît cel admis de părinții biologici, în momentul în care și-au dat consimțămîntul.

Păstrarea embrionilor apăruiți suplimentar în cursul inseminării artificiale este justificată doar în condițiile cercetării medicale etice (regulile etice în domeniu prevăd experimente doar pe embrion și doar pînă în ziua a 14-a de dezvoltare).

Experimentul pe embrioni umani nu este justificat decît 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 pînă 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 universal 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.

5.6 Aspecte generale și norme de funcționare al Comitetelor de Bioetică

Prototipul comitetelor de bioetică apare pentru prima dată în anul 1953 în SUA, când sunt organizate așa-numitele *Comitete de Experți (peer review committees)*, menite să monitorizeze cercetările științifice pe indivizi umani. Tot aici, în anul 1966, apare prima legislație federală referitoare la controlul cercetărilor științifice. Mecanismul realizării acestei revizii a fost inițiat prin apariția unor „consilii pentru supraveghere”, care mai târziu se transformă în Comitete de Etică. În anul 1980, Congresul SUA ia decizia creării unei comisii Prezidențiale ce se va ocupa cu cercetarea problemelor de etică în medicina practică și în cercetările biomedicale (*The PreSIDent`s Comișșion for the Study of Ethical Problems în Medicine and Biomedical and Behavioral Research*). Se creează un sistem de control la nivel de stat pentru a urmări respectarea legilor și normelor etice de către cercetători care activau pe banii federali.

La începutul anilor '70 ai sec. al XX-lea, Comitetele de Etică încep să aibă un caracter multidisciplinar, iar structura lor era determinată prin lege. În componența unui astfel de comitet trebuia să fie incluse nu mai puțin de cinci persoane, printre care și un jurist și un reprezentat al societății sub control. În plus, membrii comitetului nu trebuiau să fie din aceeași organizație și de aceeași profesie.

Tot în această perioadă (anii '70 ai sec. al XX-lea), societatea americană află cu stupeoare informația despre experimentele antiumane efectuate de medici și biologi atît asupra animalelor, cît și asupra pacienților. Din această cauză se înregistrează o neputință a profesioniștilor înșiși de a ține situația. De exemplu, în anul 1970, când sunt efectuate primele tran-

splanturi de organe, medicii unei clinici americane refuză să-și asume responsabilitatea pentru decizia cu privire la pacientul căruia i s-ar efectua în primul rînd intervenția și tot ei înaintează propunerea de a implica reprezentanți ai societății în rezolvarea acestei probleme. Atunci apar *primele comitete de etică pe lângă spitale*.

Problemele cu caracter bioetic se pronunțau tot mai mult în activitatea științifică. Era evidentă apariția unui domeniu nou de cunoștințe, care mai tîrziu va obține și statut de ramură a științei. Astfel, în anul 1971, în SUA, la Georgetown University este înființată prima subdiviziune universitară de bioetică, iar în anul 1988 în lume existau deja 118 catedre de bioetică. În Europa, în 1983, Universitatea de Medicină Louvain creează un Centru de Bioetică, după care sunt înființate centre similare și la Universitățile teologice din Barcelona și Roma.

Condiționat, modelele de funcționare ale acestor organizații obștești se pot diviza în *cel american* și *cel european*. Dacă primul model execută, de regulă, funcții de sancționare (are împuterniciri prohibitive), al doilea tip (model) este împuternicit doar cu atribuții consultative. Există și o divizare în funcție de activitatea acestor organizații: comitete de bioetică ce efectuează un control riguros privind cercetările științifice, comitete de bioetică ce se manifestă prin instruirea bioetică a populației, comitete care activează pe lângă clinici și spitale (hospital ethics committee) etc.

După nivelul organizării și funcționării, comitetele de bioetică pot fi clasificate în: Comitete *internaționale, naționale, regionale și locale*. Comitetele naționale se ocupă de probleme generale, cum ar fi elaborarea unor imperative, coduri etc., pe cînd comitetele regionale și locale rezolvă probleme și cazuri concrete, efectuînd expertiza etică a diverselor probleme ce apar în relațiile „medic-pacient”, „medic-medic”, „medic-socium” etc. Astfel, comitetele de Bioetică, nu constituie decît o formă netradițională, originală, de autoreglare a comunității medicale. Spre exemplu, comitetul etico-științific Central de supraveghere din Danemarca (*Central Scientific-Ethical Review Committee*) activează în „realizarea dialogului cu societatea, educarea și instruirea bioetică”, pe cînd Consiliul pentru Etică Medicală (*National Council on Medical Ethics*) din Suedia are doar rolul de a oferi consultații parlamentului pe diverse probleme cu caracter etico-medical.

Nu este deloc surprinzător interesul cu care comunitatea internațională privește bioetica. În cadrul Consiliului Europei este creat un Comitet de

Bioetică, un comitet similar există și la nivel UNESCO; Uniunea Europeană are în componența sa comisii ce se ocupă de problemele bioetice; OMS a recomandat tuturor ministerelor de resort să introducă bioetica în învățământul universitar și preuniversitar, medical și nemedical (agronomie, filosofie, teologie, biologie etc.).

În cadrul instituțiilor medicale Comitetele de Bioetică sunt structuri constituite în scopul preîntâmpinării și a rezolvării problemelor complicate de ordin moral, apărute în activitatea științifică biomedicală contemporană și în practica clinică. Comitetul de Bioetică va presta servicii educative. El va servi ca resursă pentru dezbateri la cererea Consiliului de Conducere al Spitalului sau la cererea altui Comitet care ia măsuri – sindicat, organizație de Crucea Rosie, organizații nonguvernamentale pentru interesul bolnavilor etc.

În domeniul practicii clinice, Comitetele de Bioetică sunt chemate să propage sentimentul încrederii în relația medic-pacient, să inducă relațiile de parteneriat, să ajungă la un acord prin discutarea în comun a situațiilor complicate din punct de vedere moral-legislativ. Într-o societate pluralistă, deschisă multiplelor opțiuni, știința are nevoie de o etică evolutivă, dinamică și democratică, conform dreptului sacru al persoanei de a fi ea însăși.

Deciziile Comitetele de Bioetică trebuie să fie în acord cu drepturile de inviolabilitate a vieții a fiecărei persoane, cu accesul la informație deplină privind starea sănătății proprii, cu dreptul de a alege tratamentele alternative și alte probleme cu caracter etico-juridic. Nici un specialist, chiar și cel cu o experiență profesională bogată, nu este protejat în cazul producerii unui prejudiciu accidental pacientului. În condițiile actuale de implementare a tehnologiilor medicale sofisticate și pe fundalul patomorfozei multiplelor boli, riscul erorilor medicale este deosebit de înalt. De aceea, problema protecției, atât a drepturilor medicilor, cât și a pacienților este actuală pentru toate țările, pornind de la cele cu nivel de dezvoltare avansat, pînă la cele mai săraci societăți.

Actualitatea problemei este determinată și de faptul că pînă în prezent nu au fost depășite pe deplin sau eliminate unele vicii ale medicinei – lipsa de responsabilitate, atitudine neglijentă sau tentative de fraudă și escrocherie. Aceste fenomene nefaste provoacă reacții negative în rîndul pacienților, care își creează stereotipuri despre lucrătorii medicali,

fiind cuprinși de neîncredere, suspiciuni sau chiar lipsă de respect. Este necesară o analiză, cercetare sau chiar evidență a cazurilor ce crează o imagine negativă profesiei de medic. Aici Comitetele de Bioetică pot fi extrem de utile.

Pe de altă parte, unii pacienți apelează la organe judecătorești cu anumite plângeri la adresa medicului, care nu de multe ori se dovedesc a fi nejustificate. Profesionalismul judecătorilor poate fi insuficient pentru rezolvrea problemelor cu caracter medical. Concomitent, chestiunile nominalizate nu pot fi lăsate nici doar pe seama unui grup de medici, care nu sunt competenți în domeniul legislativ sau psihologic (în cazul unor particularități de confesie, emotive etc.).

Astfel, apare necesitatea organizării unor grupuri (comitete) de specialiști din diferite domenii pentru a reflecta asupra problemelor apărute în relația știință-viață din mai multe puncte de vedere. Făcînd un studiu al Comitetele de Bioetică (Etică) din lume nu s-a putut găsi o formulă unică a componenței acestora. În unele țări ele sunt constituite preponderent din medici, în altele – din juriști și funcționari sociali. Totuși în mare parte în componența Comitetele de Bioetică intră: medici și asistente medicale (60-70% din numărul total de membri), persoane din afara sferei medicale (1-2 persoane) aprobate de Comitetul de Conducere a Spitalului, un jurist din afara Direcției Sanitare, un medic specializat în bioetică, un preot (sau reprezentantul religiei pacientului aflat în discuție), un psiholog, 2-3 persoane (membrii supleanți) aprobate de Comitet. Conducătorul ședințelor este, de regulă, medic (este foarte solicitat cazul cînd el are o pregătire bioetică). Comunicarea facilitată între diferite părți, opinii discutate rațional și consultații specializate sunt metodele de lucru ale comitetelor ce permit evaluarea corectă din punct de vedere moral al întrebărilor apărute.

O responsabilitate importantă și permanentă a membrilor Comitetului de Bioetică este autoeducația, în vederea creșterii sensibilității în situațiile morale clinice. Membrii Comitetului trebuie să consulte permanent literatura din reviste, monografii și manuale, iar unele cazuri deosebite din activitatea altor comitete similare vor fi discutate în ședințele ordinare. La cererea Administrației Spitalului sau din proprie inițiativă membrii Comitetului de Bioetică pot susține conferințe educative pe teme specifice.

Comitetul de Bioetică realizează posibilitatea unui dialog multidisciplinar. Este binevenită participarea în cadrul Comitetului de Bioetică atât a profesioniștilor, cât și a reprezentanților din diverse domenii. Aceste persoane discută pe poziții egale probleme legate de reglementarea procedurilor în transplantologie, genoterapie, legiferarea eutanasiei, mamei surogat etc., din punctul de vedere al valorilor morale tradiționale. Astfel Comitetele de Bioetică sunt o formă instituțională modernă în care este inclusă ideea autonomiei persoanei, a conștiinței oamenilor, care au dreptul să aleagă politica referitoare la biologicul propriu. Scopul principal al acestor instituții obștești este ca toate cercetările experimentale, explorările și investigațiile pe ființe umane să parcurgă nu doar o evaluare profesională, ci și o apreciere etico-legislativă.

Ca institut sociocultural, bioetica se impune astfel ca o legătură de filiație între știință (medicină, biologie etc.) și morală. În orice situație omul trebuie respectat ca un tot întreg (fragmentat astăzi în gameți, embrioni, organe pentru transplant etc.), evitând abuzurile și promovând libertatea de exprimare a fiecărui individ.

Comitetele de Bioetică își asumă sarcini de informare, recomandare, coordonare, avizare, raportare și ghidare a cercetării științifice și practicii biomedicale cu o tendință de a corela permanent problemele tehnologice cu cele etice. Comitetul de Bioetică nu hotărăște aplicarea deciziilor. La cererea Comitetului de Conducere a Spitalului sau a Administrației Spitalului, Comitetul de Bioetică al Spitalului poate ajuta la schițarea unor politici instituționale pentru luarea deciziilor legate de îngrijirea sau tratamentul pacientului său, de protejarea medicului.

Consultarea Comitetului de Bioetică nu întotdeauna este obligatorie, ci se face ca o opțiune a medicului care îngrijind bolnavul, se confruntă cu anumite dificultăți. Această consultație servește profesionistul la ghidarea și nu în luarea deciziilor, ajută pacienții și familiile lor să elucideze problemele pe bază de informare. Nu se va încerca să se dicteze atitudini sau să se dirijeze acțiuni. Scopul permanent al Comitetelor de Bioetică este bunăstarea bolnavului, protejând în același timp interesele ambelor părți în relația medic-pacient.

Comitetele de Bioetică sunt obligate să îndeplinească și expertiza etico-legislativă a proiectelor științifice în biomedicină cu scopul de a asigura dreptul indiscutabil al medicului și datoria lui de a promova și a

dezvolta permanent știința medicală, dar fără lezarea drepturilor civile, a demnității personale, bunăstării fizice și sociale a pacienților – subiecții experimentelor biomedicale, precum și a membrilor familiilor lor. În interesul Comitetelor de Bioetică se include și elaborarea unor imperative de atitudine umană față de animalele folosite în experimente.

Un scop aparte al acestor Comitete este corelarea deontologiei jurnaliste cu deontologia medicală pentru a evita riscurile unor afirmații făcute fără a ține cont de consecințele sau prejudiciile posibile aduse persoanei umane (atât medicului, cât și pacientului). Prevederile diferitor coduri de deontologie din lume cer consimțământul clar al persoanei înainte de publicare, fapt ce obligă Comitetele de bioetică să avertizeze opinia publică despre eventuale consecințe, obligă redacțiile diferitelor organe de presă să coopteze bioeticieni în componența sa, recomandă să țină cont de raportul dintre beneficii și risc în domeniul presei și din care decurg chiar “contradicțiile” publicității. Bioetica are aptitudinea de a apropia presa de medicină, în scopul de a “filtra” riscurile informației medicale pentru opinia publică, dar totodată și de a deschide canalele pentru accesul fiecăruia la informație. Avînd în vedere “funcția bivalentă” a presei prin excelență în practica medicală, informația nu este neutră axiologic, psihologic sau social, motiv pentru care, în condițiile respectului absolut al dreptului la viață, mass-media este obligată să ia în considerație chiar caracterul unor cazuri concrete.

Se poate presupune faptul că crearea unor astfel de Comitete va înțîmpina multe obstacole în societatea noastră. Înainte de toate poate trezi suspiciuni însăși formularea scopului acestor comitete – *protecția drepturilor și demnității umane* – fiind o abordare netradițională pentru comunitatea noastră. O tratare sceptică pot avea și alte noțiuni cu care operează bioetica: *drepturile pacientului, protocolul cercetării științifice, acordul informat, confidențialitatea* etc. Problema poate surveni din motivul dezinformării, sau mai bine zis, al lipsei de informație, în rîndurile maselor și profesioniștilor, iar absența informației adecvate duce la neîncredere și chiar la frică. Societatea trebuie pregătită să înțeleagă că Comitetele de Bioetică sunt create numai în scopul ameliorării activității medicului și a relației sale cu pacientul.

La noi în țară, la 16 martie 2001 a fost fondată *Asociația de Bioetică* din Republica Moldova (președintele Asociației fiind unul din autorii acestei

lucrări). Asociația este o organizație obștească benevolă, non-guvernamentală, în afara politicii și constituită prin libera manifestare a voinței persoanelor asociate.

Scopul Asociației este monitorizarea respectării și restabilirii corectitudinii morale a acțiunilor, deciziilor și strategiilor științifice și publice, ce atentează, încalcă sau devalorizează viața omului și a viului (biologicului) în genere, sub toate aspectele lui. Obiectivele fundamentale ale Asociației constau în propagarea și popularizarea cunoștințelor bioetice și în implementarea practicilor bioetice, atât în domeniile economiei naționale, în special în medicină, precum și în toate domeniile de interes public.

La 10 noiembrie 2004, cu suportul Comisiei Naționale din Republica Moldova pentru UNESCO, a fost organizat Centrul Național de Bioetică din Republica Moldova. Membrii fondatori ai acestui Centru sunt reprezentanți ai diferitor instituții superioare din țară, medici, juriști, care au decis să depună un efort comun în popularizarea, promovarea și educarea cunoștințelor bioetice. Activitatea Centrului se axează pe organizarea de conferințe, seminare instructive tematice, elaborarea publicațiilor, posterelor și a altor procedee ce ar prevedea dezvoltarea și popularizarea bioeticii în Moldova.

Astăzi suntem abia la început de cale, dar pe lângă lipsa de documente, reglementări legislative și norme bioetice, în societatea noastră există încă un mare vacuum informațional referitor la acest domeniu. Lipsa de informație se simte atât la pacienți, cât și în rândurile medicilor practicieni. De aceea, o educație bioetică la nivel de profesioniști, a lucrătorilor medicali, a pacienților și a mass-mediei este necesară și actuală. Menționăm la acest capitol meritul deosebit al administrației USMF „Nicolae Testemițanu”, acceptând predarea cursului de Bioetică în programul de învățământ pentru studenți și rezidenți la catedra Filosofie și Bioetică. Viitorii specialiști primesc deja prin studiile universitare cunoștințele bioetice fundamentale, pe care mai apoi să le aplice în practică.

Scopul Comitetelor de Bioetică este lupta pentru o societate deschisă, bazată pe rațiune, pentru drepturi naturale și legale. Deși inegalitatea biologică a oamenilor este naturală și dezirabilă, omul are dreptul să lupte pentru drepturi sociale egale, pentru instituții raționale, pentru respectul individualității. Numai prin rațiune umanismul, după cum am menționat deja, poate deveni un crez cu aptitudinea de a înlătura orice forme de violență.

Mentalității pur științifice și practice, bioetica îi propune concepția omului ca suveran pe corpul său, ca subiect al dragostei și compasiunii interumane și medicale. În acest sens, responsabilitatea activității de cercetare biomedicală și de îngrijire medicală trebuie să constituie un exemplu de ceea ce ar trebui să fie baza unei democrații reale, în fața progresului științific și tehnologic biomedical ce poate amenința viitorul drepturilor omului. Într-o astfel de situație, respectul valorilor umane rămîne o pavază. De aici rezultă caracterul universalist, atît al științei, cît și al bioeticii. Din moment ce activitatea tehnico-științifică înaintează provocări, numai Comitetele de Bioetică pot să formuleze răspunsuri adecvate.

5.7 Forme standardizate în activitatea Comitetelor de Bioetică

Comitetele de Bioetică (Etică) pot garanta respectarea drepturilor și valorilor omului prin cîteva mecanisme.

În primul rînd, este vorba despre responsabilitățile acestora. Responsabilitatea principală este de a asigura că sunt respectate drepturile, siguranța și starea de bine a tuturor subiecților studiului biomedical. O atenție specială trebuie acordată subiecților vulnerabili.

În al doilea rînd, trebuie determinată componența acestor comitete. Aceasta poate fi diferită în dependență de regulamentele interne ale instituției, de volumul de lucru al comitetului, de cazurile discutate etc. Se recomandă ca în componența comitetelor de bioetică să fie: cel puțin 5 membri; cel puțin un membru a cărui activitate să nu fie în domeniul științific; cel puțin un membru care să fie independent de instituția în care se realizează studiul; numai membrii ce sunt independenți de investigator și de sponsor (în cazul cercetărilor) pot să-și exprime opinia privind studiul.

Pentru a asigura o apreciere multilaterală a situațiilor supuse discuțiilor la ședințele comitetelor de bioetică, se recomandă ca acestea să includă specialiști din diverse domenii. Faptul nominalizat ar asigura un rezultat mult mai apropiat de interesele pacienților și ar evita unilateralitatea punctului de vedere profesionist medical. Astfel sunt propuse următoarele structuri ale comitetelor de bioetică: medici și asistente medicale (60-70% din numărul total de membri); personal non-medical (1-2 persoane)

aprobate de Comitetul de Conducere al Spitalului; un jurist; un specialist în etică (bioetician); un preot (sau reprezentantul confesiei pacientului respectiv); un psiholog.

Structura Comitetului etic spitalicesc este divizată în două grupuri esențiale: membrii de bază, adică cei care reprezintă nucleul permanent al comitetului și membrii invitați, la care se apelează în funcție de specificul cazului discutat. Membrii de bază pot fi reprezentanți ai Conducerii Spitalului, juristul, specialistul în etică (bioetician), psihologul. Membrii supleanți sunt preotul (sau reprezentantul religiei pacientului), medici specialiști, personalul non-medical (2-3 persoane) aprobat de Comitetul de Conducere a Spitalului.

În al treilea rând, este foarte important modul de lucru al comitetelor. Activitatea acestora trebuie să fie documentată prin: **(1)** existența unor proceduri scrise de lucru; **(2)** prezența înregistrărilor scrise; **(3)** evidența tuturor proceselor verbale ale întâlnirilor.

Toate documentele trebuie arhivate pentru o perioadă de cinci ani după încheierea studiului. Aprobarea emisă de comitetul de bioetică trebuie să conțină declarația că activitatea acestuia este în conformitate cu Declarația de la Helsinki.

Numirea membrilor comitetului se face pe o durată stabilită inițial (de obicei, de patru ani). Un membru nu poate activa decît pentru maxim două mandate, în scopul evitării oricăror forme de interese secundare ce vor duce la apariția unor conflicte de interese.

Comitetul trebuie să ia decizii la ședințele anunțate la care a participat cel puțin numărul de membri care pot reprezenta un *quorum*, în conformitate cu condițiile stipulate în procedurile standard de lucru scrise. Comitetul poate invita pentru consultații specialiști din diverse domenii privind subiectul cercetat.

Așadar, comitetul trebuie să stabilească procedeele de lucru, să le precizeze într-un document scris și să le respecte. Acestea trebuie să includă: **(1)** precizarea membrilor comitetului și autoritatea sub care este instituită; **(2)** programarea, înștiințarea membrilor săi și desfășurarea ședințelor; **(3)** verificarea inițială și verificările de supraveghere a desfășurării unor studii; **(4)** precizarea frecvenței controalelor pentru supraveghere în cursul studiului în funcție de problematica acestuia; **(5)** emiterea

raportului de verificare și a aprobării pentru modificări în studiul aflat în desfășurare în conformitate cu reglementările în vigoare; **(6)** precizarea că nu trebuie admisă includerea în studiu a nici unui subiect înainte de emiterea în scris de către Comitet a aprobării pentru studiul respectiv; **(7)** precizarea că investigatorul trebuie să raporteze prompt Comitetul despre riscul pentru subiecți, reacțiile adverse, despre siguranța subiecților studiului dat etc.

Trebuie făcută o diferențiere între activitatea Comitetelor de bioetică în dependență de cazurile discutate. Când sunt înaintate cereri de aprobare a desfășurării unor studii clinice cu subiecți umani în cadrul instituției clinice concrete, avizul Comitetului de bioetică va fi o *cerință obligatorie* pentru inițierea unei astfel de cercetări.

În situația când în cadrul spitalului apar conflicte interne de ordin etic, în relațiile medic-pacient, medic-medic sau medic-administrație, consultarea comitetului va fi un *procedeu opțional*. Cererea pentru consultație poate fi înaintată de către: medic, pacient, familia pacientului, membrul conducerii spitalului.

În concluzie, constatăm că păstrînd funcțiile eticii profesionale medicale, bioetica devine concomitent și un laborator de creație în care se elaborează noi norme și chiar coduri normative morale ce îmbogățesc substanțial conținutul eticii din medicină, din deontologie, din cele mai diverse domenii ale activității medicale. Prin comitetele bioetice (etice) create, bioetica se transformă și într-un institut sociocultural. Comitetele bioetice devin o necesitate și o structură inevitabilă în condiile asistenței medicale contemporane, în sistemul sănătății publice.

Bibliografie

1. **Astărăstoaie V., Bella Triff Almoș.** *Essentialia in Bioetica.* – Iași: Cantes, 1998.
2. **Beauchamp T.L., and Chidress J.F.** *Principles of biomedical ethics.* – New York: Oxford University Press, 1994. – 546 p.
3. **Brody Baruch A.** *The Ethics of Biomedical Research An International Perspective.* – Oxford, 1998.
4. **Ethical and Regulatory Aspects of Clinical Rresearch. Readings and Commentary.** Edited by Emanuel Ezekiel J., Crouch Robert A., Arras John D., Moreno Jonathan D., Grady Christine. – Baltimore: The John Hopkins University Press, 2004.

5. **McMahan Jeff.** *The Ethics of Killing. Problem at the Margins of Life.* – NY: Oxford University Press, 2002.
6. **Medical Ethics: an introduction.** Ed. by R.M.Veatch. – Boston-London: Jones and Bartlett Publishers, 1989.
7. **Nicolau S.** *Bioetica. Manual pentru învățămîntul preuniversitar și universitar de specialitate.* – Buc.: Universul, 1998.
8. **Scripcaru Gh., Astărăstoiaie V., Scripcaru C.** *Principii de bioetică, deontologie și drept medical.* – Iași: Omnia, 1994.
9. **Smith Trevor.** *Ethics in Medical Research. A Handbook of Good Practice.* – Cambridge: University Press, 2001.
10. **Skorupski John.** *Ethical Explorations.* – NY: Oxford University Press, 1999.
11. **Țirdea T.N.** *Bioetica: origini, dileme, tendințe.* – Chișinău: CEP „Medicina”, 2005.
12. **Țirdea T.N.** *Elemente de bioetică.* – Chișinău: Univers Pedagogic, 2005.
13. **Țirdea T.N., Gramma R.** *Comitetele de Bioetică – un nou institut social* // Curierul medical. Nr.1. – Chișinău, 2003, p. 34-37.
14. **Акопов В.И., Акопов М.В.** *Нарушение прав пациента: законодательство и медицинская практика* // Медицинская право и этика. / Материалы 1-ой Всероссийской научно-практической конференции по медицинскому праву. Москва, 2003. – № 2. – С. 46-51.
15. **Етичні комітети.** *Становлення, структура, функції.* Под ред. С.В. Вековшиной, В.Л. Кулиниченко. – Киев: Видавец Карпенко В.М., 2002.
16. **Игнатьев В.Н.** *Этический комитет, история создания, модели, уровни и перспективы деятельности* // Биомедицинская этика. Под ред. В.И. Покровского. – Москва: Медицина, 1997. – С. 207-223.
17. *Этические комитеты: настоящее и будущее.* Под ред. С.В.Вековшиной, В.Л. Кулиниченко. – Киев: Сфера, 2004.

Partea practică

Anexa 1

I. STUDII DE CAZ

Cazul nr. 1 (Turcia)

LIPSA ACORDULUI INFORMAT

Un pacient în vîrstă de 72 de ani are 3 copii maturi, suferă de cancer al colonului. El își descrie boala ca „o masă străină în intestin” dar nu știe ce fel de tratament îi va fi aplicat. Merge la intervenție chirurgicală. A doua zi după operație este vizitat de către chirurgul de serviciu, care îi inspectează plaga postoperatorie. Pacientul se aștepta să vadă o plagă închisă, suturată. El a rămas șocat cînd a văzut stoma și a întrebant revoltat medicul despre „gaura” în abdomenul său. Chirurgul într-o manieră tehnică i-a comunicat: „Capătul intestinului operat a fost suturat de peretele abdomenului. Acum defecația va avea loc prin această gaură într-un pachet ce îl voi fixa eu”. Surprins și supărat de răspunsul primit, pacientul a întrebant: „Pe cine ați întrebant înainte să deschidă această gaură?” Medicul a afirmat că copiii pacientului au fost informați pe deplin despre procedura operatorie, iar fiul său a semnat consimțămîntul. Bolnavul a reproșat: „Cine urma să fie operat și să poarte o gaură în abdomen: eu sau fiul meu? Cum v-ați permis să luați astfel de decizie fără să mă întrebați? Eu vă voi da în judecată!”

Chirurgul a început să-i explice motivele din care s-a ajuns la decizia pentru colonostomă, menționînd că patologia ce o are este una „foarte rea”. După explicațiile primite pacientul a răspuns: „Dacă aș fi primit aceste informații înainte de operație, eu nu aș fi strigat acum la dumneata. Eu nu sunt un necărturar și pot înțelege lucrurile”.

A fost oare corectă decizia medicilor de a primi doar acordul copiilor pacientului?

A. Da. Pacientul cu diagnosticul oncologic este foarte sensibil. O informație detaliată despre operație poate să îl sperie și să-i dăuneze. Medicii au procedat în beneficiul pacientului, protejîndu-l de emoții negative.

- B.** Nu. Un tratament poate fi efectiv numai în cazul unei *cooperări* dintre medic și pacient. Această relație se bazează pe încredere și reciprocitate. Conform imperativului autodeterminării orice persoană are dreptul la propriul corp și la decizii asupra acestuia. Pacientul va alege sau nu tratamentul propus după ce îi vor fi descrise beneficiile și dezavantajele. Primirea acordului informat va fi o afirmare a autonomiei și respectului de sine a pacientului.

Cazul nr. 2 (Rusia)

LIPSA CONSIMȚĂMÎNTULUI

Domnul N., 46 de ani, tatăl a 2 copii. Este în evidența oncologului de 3 ani, cu adenomă la prostată. Pe parcurs tumoarea a devenit malignă. Domnul N. este internat pentru prostatotomie. Înainte de operație el a fost informat despre starea sănătății sale și despre volumul intervenției preconizate. Acordul informat a fost semnat. În procesul intervenției s-a depistat seminoma (cancer testicular). Chirurgul a decis să efectueze prostatovesiclectomia. După operație domnul N. a înaintat plîngere la judecată deoarece tratamentul aplicat a fost determinat ca unul „dăunător” și i-a afectat dreptul său la reproducere.

Au fost respectate toate imperativele acordului informat în acest caz?

- A.** Da. Cerințele acordului informat au fost îndeplinite adecvat. Medicul nu știa despre patologia diagnosticată pînă la intervenție. Intenția medicului a fost doar în beneficiul pacientului, cu scop de a-l proteja de o intervenție suplimentară.
- B.** Nu. Regula acordului informat nu a fost îndeplinită, deoarece dreptul la reproducere este unul fundamental și chirurgul a trebuit să amîne operația pentru o intervenție suplimentară posibilă doar după primirea acordului informat al pacientului. Situația nu prezenta o urgență, iar accesul chirurgului spre seminomă nu este unul dificil.

Cazul nr. 3 (Republica Moldova)

PROBLEMA INFORMĂRII PACIENTULUI

Pacienta V., 32 de ani, este internată de urgență într-o clinică raională cu diagnosticul de apendicită acută. Pe parcursul intervenției chirurgicale medicul a depistat un chist enorm al ovarului. S-a luat decizia rezecției

ovarului. Starea postoperatorie a evoluat fără complicații și pacienta a fost externată în curînd. Nimeni nu a informat pacienta despre rezecția suplimentară efectuată.

Peste o perioadă pacienta s-a adresat la ginecolog cu anumite disfuncții. Pe lângă alte investigații ginecologul îi indică un control ultrasonografic, în care se stabilește lipsa ovarului. Pacienta surprinsă și supărată a înaintat plîngere în judecată asupra chirurgului care a operat-o. Ea era convinsă că ovarul a fost lezat și extras accidental, din greșeala medicului, de aceea acest fapt i-a fost ascuns imediat după operație.

Considerați corecte acțiunile chirurgului?

- A. Da. Medicii au procedat corect. Chistul enorm prezenta un pericol cu probabilitatea dezvoltării unei peritonite, de aceea trebuia extras. Informarea pacientei despre aceasta nu era o necesitate obligatorie, deoarece rămînea al doilea ovar care îndeplinea funcțiile hormonale. Medicul a evitat stresarea pacientei.
- B. Nu. Au fost încălcate cerințele acordului informat. Chiar dacă a fost depistată necesitatea urgentă a rezecției ovarului, medicul trebuia să informeze rudele apropiate din moment ce pacienta era sub anestezie, pentru a primi acordul acestora. În absența rudelor, medicul putea să efectueze rezecția pentru binele pacientei, dar cu o explicare detaliată post-factum a situației, cu prezentarea dovezilor, martorilor (asistenți la operație) prin care să motiveze urgența și inevitabilul situației. Era unicul mod prin care medicul se putea proteja de suspiciunile și conflictele apărute peste un timp.

Cazul nr. 4 (SUA)

LIPSA ACORDULUI INFORMAT

Pacientul X, 38 ani, constructor, a fost internat în spital cu simptomele unei infecții respiratorii care s-au agravat timp de 3 săptămîni. S-a stabilit diagnosticul de pneumonie severă și pacientul a fost transferat în secția de terapie intensivă, cu insuficiență respiratorie. A primit tratament intensiv cu antibiotice, ventilație artificială ș.a. Însă, timp de 3 săptămîni starea nu s-a ameliorat, mai mult, s-a depistat o insuficiență polisistemică fără un diagnostic bacteriologic. Soția pacientului a fost informată despre posibilitatea unui sfîrșit letal. Ea a cerut insistent să fie recoltată sperma soțului pentru a concepe un copil. Soții erau căsătoriți de 14 ani și nu au putut concepe.

După multiple împotriviri, soțul s-a decis, cu câteva luni înainte de a se îmbolnăvi, să consulte un specialist, care le-a recomandat fertilizarea in vitro. Cuplul a început procedura primară pentru fertilizarea in vitro, care s-a întrerupt din motivul infecției soțului. Insistența soției este susținută și de către părinții bolnavului. Acesta este unicul fecior și prelungitor al neamului lor.

Poate fi îndeplinită cerința soției și a familiei disperate?

- A. Nu. Deoarece soțul nu și-a exprimat acordul pentru o astfel de procedură.
- B. Da. Deoarece acordul soțului se subînțelege din participarea sa la primele etape ale FIV.
- C. Da. Numai după o decizie a unor instanțe judiciare, care vor menționa toate nuanțele referitoare la paternitate, protejind drepturile copilului conceput prin FIV.

Cazul nr. 5 (Germania)

DREPTUL PACIENTULUI DE A REFUZA TRATAMENTUL

Pacientul V., 69 ani, căsătorit, are 2 copii adulți, este foarte activ. A suportat transplant renal și 2 infarcte de miocard. A discutat recent cu soția despre posibilitatea unui alt atac de cord. El i-a spus că în acest caz ar prefera să moară decât o perioadă prelungită de suferințe și s-a exprimat contra terapiei de susținere a vieții. Peste puțin timp bolnavul a suferit un nou atac de cord și după 2 ore de resuscitare se află în statut vegetativ persistent. După 8 săptămâni de reabilitare nu s-au înregistrat schimbări esențiale în starea sa. Pacientul depindea întru totul de îngrijirea medicală. Cu traheotomie, tub gastro-duodenal el este transferat acasă unde soția și-a asumat toată responsabilitatea. Peste puțin timp a avut loc o dislocare recurentă a tubului duodenal cu haematemesis, urmată de gastroscopie și relocare. Peste 5 zile hemoragia s-a repetat. A fost recomandată internarea pacientului. Însă soția acestuia s-a exprimat contra gastroscopiei repetate, spunând medicului că soțul ei dorește să moară. Ea a cerut reducerea medicației și oprirea hrănirii și a fluidelor artificiale.

Cum trebuie să procedeze medicul?

- A. Medicul trebuie să ignore cerințele soției, deoarece datoria lui este de a proteja viața și a crea condițiile necesare pentru prelungirea acesteia. Hrana și fluidele sunt vitale.

- B. Medicul trebuie să refuze cerinței soției fiindcă nu există nici un document care să reflecteze dorința personală a pacientului. Lipsa acordului informat al pacientului impune medicul să lupte pentru prelungirea vieții acestui bolnav.
- C. Medicul trebuie să respecte doleanțele soției care are dreptul să decidă pentru pacientul inapt de aceasta.
- D. Medicul nu va efectua gastroscopia, va opri hrănirea gastro-duodenală, însă va continua medicația cardiacă și administrarea fluidelor. El va ști că în asemenea situație moartea va surveni curînd în mod natural.

Cazul nr. 6 (Italia)

DREPTUL PACIENTULUI DE A REFUZA TRATAMENTUL

Un pacient de 57 de ani suferă de cancer al laringelui cu metastaze, este în ultima etapă și necesită spitalizare. Personalul medical a observat că starea gravă a pacientului îi afectează luciditatea gîndirii. El are nevoie de intubare pentru a se susține funcțiile vitale și respirația. Dimineța, cînd starea pacientului este agravată, acesta dă acordul pentru intubare. Însă după amiază, cînd este conștient, el nu mai este sigur de decizia luată anterior și cere să nu i se mai aplice intubări. Ziua următoare situația se repetă.

Întrebarea este: se impune sau nu intubarea?

- A. Da. Intubarea se va baza pe imperativul beneficiului în absența unei opoziții continue și clare a pacientului. Acesta va fi intubat dimineața.
- B. Nu. Medicii vor respecta dorința pacientului manifestată în starea conștientă.
- C. Intubarea să aibă loc doar în caz de urgență, cu insuficiență respiratorie pronunțată.

Cazul nr. 7 (Israel)

DREPTUL PACIENTULUI DE A NU FI INFORMAT

Domnul D. are 55 ani, căsătorit, 3 copii. Este fumător de 30 de ani. Suferă de tuse cronică productivă, cu o dispnee moderată. Ultima lună a observat haemoptesis. După ceva ezitări el a povestit familiei despre schimbările survenite. Aceasta a insistat să consulte medicul de familie, care îl cunoștea

foarte bine. După întâlnirea cu medicul, domnul D. a acceptat să consulte un pulmonolog și să efectueze testele cerute, cum ar fi roentghenograma plămînilor. Însă condiția principală a pacientului a fost că în caz de depistarea unei patologii severe, cum ar fi cancerul, el nu dorește să fie informat. El și-a motivat dorința prin frica de a nu avea un atac de cord dacă va afla știri proaste. Domnul D. a refuzat de la bun început orice tratament chirurgical sau chimio/radioterapie.

Medicul de familie l-a informat despre necesitatea tratamentului cît mai curînd în patologii oncologice pulmonare, care poate fi cu succes numai cu colaborarea și insistența pacientului. Domnul D. a accentuat faptul că dorește să fie scutit de vești neplăcute.

Cum trebuie să procedeze medicul de familie?

- A. El va accepta dorința pacientului de a nu afla starea reală a sănătății sale și nu-i va recomanda vizita la pulmonolog, considerînd-o fără sens.
- B. Medicul îl va recomanda pentru consultarea pulmonologului, va aștepta rezultatele și apoi va încerca să discute din nou cu domnul D. despre starea sănătății sale.

Cazul nr. 8 (România)

CONFIDENȚIALITATEA

La un medic genetician cu renume s-a adresat un tînăr 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 tînărul este purtătorul unor gene patologice. Maladia care o avea înscrisă în gene urma să se manifeste doar după vîrsta de 40 de ani, provocînd handicap sever pînă la invaliditate. Defectul genetic se putea transmite și copiilor. Tînărul 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 nespus această căsătorie, tînărul era gata să păstreze în taină starea sănătății sale pentru a se bucura de viață pe deplin pînă la momentul cînd va deveni invalid. Pe de altă parte, el înțelegea că nu este onest cu viitoarea soție și mai ales îl speria gîndul cu privire la copii. Medicul nu a insistat asupra formulării vreunei decizii,

lăsînd pacientul să plece cu stare de incertitudine, spunînd că tînărul 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 cînd s-a dovedit că se cunosc mirele fiind pacientul geneticianului din cazul prezentat.

Cum va proceda medicul genetician?

- A. Va comunica deschis despre patologia tînărului și se va pronunța împotriva căsătoriei date. Acțiunea lui va fi justificată: cine dorește să-și căsătorească fiica cu un viitor invalid și să aibă nepoți cu handicap? Tatăl va face tot posibilul pentru a desparte cuplul, chiar dacă va fi învinuit la judecată de încălcare de taină medicală și încredere a pacientului.
- B. Va lăsa lucrurile să decurgă de la sine, fără a încălca imperativul confidențialității.

Cazul nr. 9 (Grecia)

CONFIDENȚIALITATEA

Domnul R., 45 ani, bine asigurat financiar, este un bărbat sociabil, elegant și atrăgător. Susține o relație amoroasă cu o doamnă la fel de elegantă și simpatică în vîrsta de 35 de ani. După cîteva scene de gelozie din partea bărbatului, doamna decide să pună capăt relației. Ca urmare, domnul R. vizitează psihiatrul, la care de fapt apela uneori, și în discuție se confesează că a procurat o armă cu scopul de a o ucide pe fosta prietenă. La sfîrșitul discuției domnul R. i-a amintit medicului (drept avertizare) că această informație este confidențială și orice divulgare altor persoane va fi pedepsită. Totuși medicul a decis că păstrarea confidențialității în acest caz este o crimă și a deschis informația doamnei aflate în pericol și poliției. În timpul interogării de către polițiști, domnul R. a negat orice intenție criminală de care era acuzat.

Încălcarea confidențialității a fost justificată în acest caz?

- A. Da. În conformitate cu Declarația de la Madrid și „cazul Tarasoff” medicul are dubla obligație la loialitate atît față de pacientul său, cît și față de societate care poate fi în pericol. Intenția medicului a fost și de a proteja pacientul de a-și dăuna sieși.

- B. Nu. Un astfel de precedent poate provoca repetarea unor situații de neîncredere în relația medic-pacient. Pacienți cu anumite probleme psiho-emoționale vor evita consultarea specialistului și deci vor fi lipsiți de tratamentul necesar din frica de a nu fi cedați poliției. Medicul trebuie să propună tratamentul urgent și doar la ultima etapă el are dreptul de a înainta anumite considerații referitoare la diagnostic și tratament.

Cazul nr. 10 (Danemarca)

CONFIDENȚIALITATEA

Pacienta de 34 de ani a fost internată în clinica psihiatrică după tentativa de suicid. Este în luna a patra de sarcină. Face parte dintr-o minoritate etnică și împreună cu familia trăiesc în casa socrilor. Cu ajutorul unui traducător ea a informat medicul că a decis să imigreze pentru o unificare a familiei soțului, însă această schimbare o afectează foarte mult. Ea nu cunoaște limba țării în care a venit, iar în familia soțului se simte ca prizonieră, fiind exploatată și impusă să îndeplinească muncă fizică grea. Soțul nu o susține. Ei au deja cinci copii mici și sunt în așteptarea celui de-al șaselea. Într-un moment de disperare ea a decis să se arunce sub un automobil pentru a-și pune capăt zilelor, însă a fost adusă la spitalul de urgențe de către poliție. Aici medicii au observat starea de depresie, motiv pentru care este transferată în psihiatrie. Femeia nu mai are intenția de sinucidere, însă este foarte supărată pe rudele sale și nu dorește să le vadă. Ea este convinsă că dacă aceștea vor afla despre tentativa ei de suicid, îi vor face viața și mai mizerabilă. Familia nu înțelege de ce ea este internată cu cei „nebuni” și doare să o ia acasă. Părinții se consideră îndreptățiți să primească explicații detaliate despre spitalizarea nurorii sale și insistă ca medicul psihiatru să le ofere informația cerută. Inițial psihiatrul refuză cerința neavînd consimțămîntul pacientei, care susține că situația ei se va agrava dacă socrii vor afla despre tentativa de suicid.

Medicul trebuie să prevină familia despre tentativa de suicid a pacientei?

- A. Da. Informarea deplină a rudelor va asigura faptul că femeia va fi supravegheată pentru a nu repeta astfel de tentative. Este necesar în vederea siguranței și protejării vieții pacientei. Familia oricum poate primi informația și de la poliție.

- B. Da. Descrierea situației reale poate face ca familia să-și schimbe atitudinea față de pacientă și să ajute medicii în tratarea deplină a acesteia.
- C. Nu. Medicul este obligat să păstreze confidențialitatea, care este un imperativ moral și un drept al pacientului.

Cazul nr. 11 (Australia)

CONFIDENȚIALITATEA

Domnul Z., în vîrstă de 51 de ani se adresează medicului de familie împreună cu soția sa, doamna X., de 30 de ani. Domnul Z. suferă o depresie majoră motivată de multipli factori sociali stresanți. Aici se includ: diagnosticul recent de SIDA, soția sa a fost diagnosticată cu HIV, inabilitatea lor de a concepe un copil, costurile înalte ale fertilizării artificiale și cheltuielile pentru operația soției (fistulă rectovaginală). Domnul Z. nu înțelege cauza infectării cu HIV, deoarece el nu a folosit injecții intravenoase, nu a practicat sexul neprotejat decît cu soția sa. El insistă și asupra investigațiilor detaliate pentru a depista motivul infertilității soției sale. Pacientul este disperat și din cauza că i se pare că medicul nu îl susține, „de parcă i-ar ascunde ceva”. Domnul Z. se gîndește permanent la problemele care îl macină. Se simte vinovat față de soția sa, considerînd că el a infectat-o cu HIV, și astfel „a ucis-o”. Îl chinuie gîndul că nu va deveni niciodată tată.

De fapt, medicul personal al domnului Z. a fost mulți ani și medicul doamnei X., pînă la căsătoria acestora. Medicul cunoaște faptul că doamna X. a fost născută ca băiat și și-a schimbat genul la vîrsta de 18 ani după o intervenție chirurgicală în Brazilia, fiind sponsorizat de către un domn bogat. După schimarea genului doamna X. oferea servicii sexuale cu plată, unde a fost infectată cu HIV. Ea nu a menționat acest lucru domnului Z. la căsătorie și nici adevărul despre genul său inițial. Doamna X. nu dorește ca medicul să deschidă această informație soțului său, deoarece aceasta îl „va distruge” mai mult ca depresia curentă și îl va aduce spre suicid.

Este nevoie ca medicul să explice soțului adevărata stare a lucrurilor despre soția sa?

- A. Nu. Imperativul confidențialității medicale eliberează medicul de orice drept de a transmite soțului informația intimă despre soția sa. Divulgarea informației confidențiale poate provoca daune mult mai mari (ex. suicidul) decît beneficii.

- B.** Da. Relația dintre domnul Z. și medicul său trebuie să se bazeze pe încredere și onestitate. Pacientul cere răspunsuri care se referă nemijlocit la situația sa, medicul deține aceste răspunsuri și este obligat să le prezinte.

Cazul nr. 12 (Maroc)

CONFIDENȚIALITATEA

Pacientul este un bărbat de 46 de ani, tatăl a 3 copii, șofer de autobuz pe un traseu interurban care trece prin munți. S-a adresat cu plîngerii la crize periodice de tahicardie acută, care apar pe parcursul ultimelor cinci luni, în urma morții mamei sale. Primul acces a avut loc cînd domnul se afla în stradă și a început cu o pierdere a tuturor simțurilor cu senzația că moare. În spitalul de urgențe i s-au făcut investigațiile necesare și i s-a comunicat că are inima sănătoasă, dar din cauza stresului suferit este recomandabilă o vacanță. După ce s-a întors din vacanță accesele au reapărut, în special cînd șoferul conducea pe traseul din munți. El a început să creadă că călătoria poate fi periculoasă cu probabilitatea de a cădea în prăpastie. Pacientul prelungește să susțină cu convingere că suferă de o patologie a cordului și neagă diagnosticul de sindrom de panică complicat cu agorafobie (frica de spații deschise). El refuză orice tratament psihotrop propus și cere insistent tratament cardiologic și nu acceptă terapia ca a mamei sale, care a fost tratată ani la rînd de schizofrenie. În același timp el continuă să lucreze ca șofer pe traseul vechi deoarece are datorii la serviciu care trebuie achitate din salariu.

Medicul este dator să informeze instanțele de la serviciul pacientului despre patologia acestuia?

- A.** Da. Refuzul tratamentului psihiatric poate provoca șoferului stări periculoase, putînd provoca accidente și pune în pericol mai multe vieți (pasagerii săi). Probabilitatea acestui pericol primează cerinței confidențialității.
- B.** Nu. Medicul trebuie să păstreze în continuare relația sa cu pacientul. Informarea angajatorului despre starea sănătății angajatului său va duce la concedierea acestuia, fapt ce îi poate înrăutăți și mai mult situația. Medicul curator va coopera cu un cardiolog și cu un psihiatru, propunînd un tratament care va acoperi atît necesitățile psihiatrice cît și cele cardiologice.

Cazul nr. 13 (Spania)**EUTANASIA**

Unui tânăr medic de 25 de ani i s-a stabilit diagnosticul de leucemie. El trăiește împreună cu prietena sa avînd o relație foarte strînsă. În pofida tratamentului prescris într-un centru oncologic cu renume, starea sănătății tînărului se înrăutățește. Peste cîteva luni el nu mai poate înghiți și este ținut în viață doar prin perfuzii. După o suferință de aproximativ 2-3 săptămîni, bolnavul a început să ceară cu insistență medicului său să-l scutească de durere prin moarte. Medicul l-a refuzat, însă în timpul unei discuții i-a sugerat pacientului să-și injecteze singur o doză letală de morfină. Acesta a procedat conform sfatului primit în prezența prietenei sale, însă în loc să moară, s-a trezit într-o dispoziție bună și chiar a început să înghită. Dorința de a muri a dispărut. Peste cîteva luni pacientul a murit din cauza leucemiei.

Medicul a avut dreptul moral să sfătuiască pacientul în vederea căii de întrerupere a vieții?

- A. Nu. Uciderea din caritate este interzisă în majoritatea țărilor lumii.
- B. Da. Este cazul unui pacient în faza terminală, care este adult, inteligent, educat, își înțelege perfect patologia și perspectivele. El are suficiente motive să-și determine propria soartă în condițiile unor suferințe insuportabile.

Cazul nr.14 (Canada)**CONFLICT DE INTERESE**

Un medic psihiatru cu stagiu, în vîrstă de 50 de ani, a angajat o pacientă ca să-i facă curățenie în apartamentul propriu. Seara, după serviciu, el o trata de fobie acasă, prin hipnoză, costurile pentru tratament acopereau serviciile oferite ca femeie de serviciu.

Este oare îndreptățită din punct de vedere etic decizia medicului de a angaja pacienta care nu poate plăti pentru tratament?

- A. Da. Astfel pacienta va putea beneficia de tratamentul de care are nevoie.
- B. Nu. Medicul nu trebuie să comaseze rolul de terapeut cu cel de angajator, pentru a evita potențiale conflicte de interese în astfel de situații.

Cazul nr. 15 (Canada)**CONFLICT DE INTERESE**

Doamna C. este în vîrstă de 67 ani, are doi copii adulți, manifestă simptomele unei demenți moderate, este posesoarea unor mari fonduri bănești rămase după moartea soțului său. În ultimul timp doamna este foarte apropiată de membrii unei secte religioase. Copiii ei sunt îngrijorați că atragerea mamei lor în religie este motivată de interesul celor din sectă de a primi banii familiei. Ei se adresează la un medic psihiatru pentru a le recunoaște mama drept inaptă pentru decizii și astfel să-și protejeze patrimoniul familiei. Medicul le spune foarte politicos că nu vede motive pentru o consultare psihiatrică. În aceeași zi medicul contactează doamna C. și o informează despre vizita și cerința copiilor. Medicul făcea parte din aceeași confesie religioasă.

Cum trebuia să procedeze medicul pentru a evita conflictul de interese?

- A. El trebuia să direcționeze pacienta către un alt medic specialist.
- B. Medicul va continua să trateze pacienta și nu va lua în considerație cerința copiilor. Ca profesionist el este sigur de capacitatea intactă a pacientei de a decide, deci nu a încălcat nici un imperativ moral protejînd aspirațiile religioase ale doamnei C.

Cazul nr.16 (Estonia)**BOLNAVII HIV/SIDA**

Familia R. are doi copii, un băiat de 3 ani și o fetiță de 5 ani, care sunt purtători ai virusului HIV de la mamă. Părinții au înscris copiii la grădinița municipală, fără a informa personalul despre starea specifică a copiilor săi, susținînd că acesta îi va proteja de o oarecare stigmatizare în colectivul de copii.

Medicul de familie cunoaște situația și este la curent cu dorința părinților de a păstra confidențialitatea pentru binele copiilor. Totodată el se simte moral obligat să informeze personalul grădiniței despre specificul acestor copii, atît pentru binele copiilor purtători HIV – personalul va avea o atitudine mai grijulie, – cît și pentru a evita o infectare accidentală a altor copii (ex. o traumă cu lezarea țesuturilor și cu sîngerare).

Medicul este autorizat să încalce cererea părinților la confidențialitate?

- A. Da. Pericolul potențial pentru alți copii este mai important în comparație cu problema încălcării confidențialității.
- B. Nu. Medicul trebuie să protejeze acest drept al bolnavilor HIV/SIDA pentru a le asigura o existență decentă în societate fără stigmatizare și persecuții. Probabilitatea infectării este minimă deaceia ea poate fi ignorată.

Cazul nr. 17 (SUA)

TRANSPLANTOLOGIE

Pacientul F., 14 ani, copilul unei familii bine asigurate material, suferă de o patologie cardiacă severă și necesită o transplantare de cord în mod urgent. Este al doilea în rândul solicitanților de organe, stabilit de către spital. Pacientul este conectat la aparate de susținere a funcțiilor vitale și timpul este în defavoarea sa. Părinții minorului, însoțiți de avocatul familiei, prezintă echipei de cardiologi un cord în o instalație frigoriferă portativă. Organul este adus împreună cu o casetă video în care un bărbat (aparent arată sănătos) afirmă că este bolnav de cancer și nu dorește să ajungă pînă la etapa terminală a bolii. El intenționează să se sinucidă, iar inima și-o donează pentru salvarea copilului bolnav. Avocatul prezintă medicilor anumite acte legalizate care confirmă donare benevolă. Transplantul trebuie efectuat urgent din motivul expirării termenului de viabilitate al inimii donate. Medicii nu au timp să aștepte rezultatele unor investigații penale.

Pot medicii să transplante inima primită pe această cale?

- A. Da. Viața copilului este mai importantă decît niște decizii birocratice. Donarea a fost conștientă.
- B. Nu. Acceptarea acestei inimi poate fi un precedent în apariția unor colectări criminale de organe. Medicii nu sunt siguri că donarea nu a fost forțată, impusă de anumite condiții determinante (financiare, droguri, amenințare etc.). Colectarea de organe trebuie să corespundă unor cerințe standardizate, protejate legal și moral.

Cazul nr. 18 (Etiopia)**RESPONSABILITATEA PĂRINȚILOR DE A DECIDE**

T.K. este un băiat de 12 ani care a suportat o traumă gravă a membrelor inferioare în urma unui accident rutier. Copilul era în drum spre școală când a fost accidentat și transportat de urgență la spital. Chirurgul a stabilit hemoragia imensă care a provocat anemie gravă cu devitalizarea țesuturilor. Medicul decide o transfuzie de sânge urgentă pentru a salva viața copilului. Sosec părinții copilului membri ai confesiunii martorii lui Iehova, care refuză categoric transfuzia, dar acceptă toate celelalte măsuri. Copilul se află în sala de operație în stare critică. Medicul anestezist sugerează chirurgului să efectueze transfuzia fără să informeze părinții.

Cum va proceda medicul ?

- A. Va fi de acord cu colegul său. Va face tot posibilul pentru a salva viața copilului.
- B. Nu va fi de acord. Chirurgul va apela la autoritățile judiciare pentru a aștepta o decizie pentru transfuzie.
- C. Nu va fi de acord. El va încerca să explice încă o dată părinților că de transfuzia dată depinde viața copilului, însă la insistența lor, chirurgul va renunța la transfuzie, primind semnăturile necesare unui acord informat respectiv.

Cazul nr.19 (Rusia)**RESPONSABILITATEA PĂRINȚILOR DE A DECIDE**

O femeie dintr-o localitate rurală a născut gemeni siamezi. Copiii sunt atașați la nivelul coastelor, au multe organe comune, precum și cavitatea bazinului unică cu al treilea picior rudimentar. Medicii consideră că este posibilă o separare, în urma căreia va supraviețui doar un copil. Procedura este foarte costisitoare și complicată. Copiii trebuie susținuți în condiții speciale pentru a fi pregătiți pentru intervenție. Ei nu pot supraviețui în afara spitalului. Părinții consideră că copiii au fost blestemați și vrăjiți. Nu le pasă dacă aceștia vor supraviețui și doresc să plece acasă.

Cum vor proceda medicii?

- A. Medicii vor respecta dorința părinților de a lua copiii acasă.
- B. Medicii trebuie să opereze copiii fără acordul părinților.

- C. Medicii vor apela la instanța judiciară pentru autorizarea operației fără consimțământul părinților.

Cazul nr. 20 (Republica Moldova)

INFORMAREA PACIENTULUI

Doamna R., 25 de ani, sarcini 2, para 1, căsătorită de 3 ani, s-a prezentat pentru un control antenatal la termenul de 6 săptămîni de gestație.

Para 1 – a fost născut un băiat cu o malformație serioasă a cordului. A decedat la vîrsta de 6 săptămîni. Pacienta își face griji pentru starea fătului la a doua sarcină și insistă pentru efectuarea tuturor investigațiilor posibile. Rezultatele primite nu au indicat prezența vreunei patologii. Primul trimestru de sarcină a evoluat fără complicații. La termenul de 16 săptămîni este efectuat controlul ultrasonografic repetat care constată lipsa oricărei patologii. Pacienta se prezintă regulat la toate investigațiile cerute pînă la termenul de 35 săptămîni de sarcină, cînd în cadrul unei investigații USG se depistează spina bifida.

Spina bifida ascunsă poate fi însoțită sau nu de anumite probleme de control al micției de urină sau patologii ale membrelor inferioare. Tratamentele neurologice contemporane precum și intervențiile operatorii pot soluționa multe din problemele apărute.

Care este volumul de informație ce trebuie oferit cuplului?

- A. Soții trebuie informați complet despre diagnosticul de spina bifida ascunsă și implicațiile acesteia pentru copil.
- B. Trebuie informat doar soțul, pentru a proteja femeia gravidă de stress.
- C. Volumul informației se va decide după nașterea copilului cînd se va determina gradul de afectare a acestuia. Nu este cazul de a stresa părinții din moment ce nu sunt clare toate aspectele patologiei.

II. GLOSAR

Adaptare – noțiune care desemnează capacitatea organismelor vii de a obține o structură morfofiziologică în acord cu mediul exterior și cel interior, asigurând în același timp reproducerea și supraviețuirea organismului, speciei sau populației.

Afect – excitare emotivă puternică, de scurtă durată.

Ajutor paliativ – ajutor multilateral activ medico-social acordat pacienților incurabili, scopul căruia este îmbunătățirea calității vieții acestora.

Amoralism – negarea moralei, imoralism, ignorarea conștiinței a regulilor, normelor, principiilor și legilor morale, propaganda inumanului, a disprețului față de conștiință, cinste și onoare.

Anomalie – inexistența regulii, a legii; abatere de la normal, de la regulă.

Anomie – inexistența legii, a organizării; noțiune filosofică și sociologică, ce exprimă starea societății lipsită de norme, legi sau prin carac-

teristica unei norme contradictorii existente, care face dificilă sau imposibilă orientarea acțiunii umane și integrarea individului în societate; exprimă și relația indivizilor față de normele și valorile morale ale sistemului social existent.

Antinomie – contradicție între două judecăți sau teze care se exclud reciproc și care fiecare în parte, în mod logic, pot fi demonstrate la fel de concludent în cadrul unui sistem conceptual.

Antropocentrism – concepție filosofică, potrivit căreia omul este centrul și scopul universului, interesele omului au un caracter prioritar.

Antropogeneză – concepție care reflectă procesul de apariție și dezvoltare a omului, de asemenea a societății.

Antropologie – știință care studiază originea, evoluția și diversele tipuri fizice ale omului și rasele umane pe bază anatomică, fiziologică, psihologică, istorică, sociologică, filosofică, arheologică, filologică.

Antroposociologie – teorie care consideră că starea socială a diferitor oameni și grupuri sociale e determinată de indicii lor anatomico-fiziologici (înălțimea, forma și mărimea craniului, culoarea pielii și părului etc.).

Apreciere morală – aprobarea sau dezaprobarea diverselor acțiuni ale oamenilor, în funcție de importanța lor morală. Se schimbă concomitent cu modificarea cerințelor, normelor, principiilor morale și se execută cu concursul categoriilor de bine și rău.

Argument – raționament, orice probă menită să dovedească sau să respingă ceva (o teză, idee, teorie etc.).

Aspectele bioeticii – noțiuni ce reprezintă conținutul bioeticii. Sunt delimitate patru aspecte principale: sociofilosofic, axiologic, juridic și medical.

Autonomie – faptul de a se supune legilor, normelor proprii, de a dispune liber de propria voință, independență.

Autoritate – în sens îngust: una din formele de exercitare a puterii; în sens larg: influența informală

unanim acceptată a unei persoane sau organizații în toate domeniile vieții sociale, bazată pe cunoștințe, experiență, calități morale sau alte merite.

Autoritatea medicului – categorie a eticii medicale ce reflectă pregătirea profesională și presupune un anumit prestigiu, reputație, faimă a medicului.

Autotransplantare – operația de înlocuire a unei porțiuni de țesut lezat luat de la aceeași persoană din alt loc.

Avortului problema – Există mai multe păreri despre avort. Toate controversele se axează în jurul câtorva momente: statutul embrionului uman, consecințele avortului, avortul terapeutic, eugenic și avortul criminal. În funcție de înțelegerea acestor aspecte este și atitudinea față de problema avortului.

Axiologie – teoria valorilor; studiul filosofic al valorilor preponderent etice, estetice și religioase.

Axiologie medicală – o ramură a axiologiei contemporane ce studiază valorile medicale, semantica, procesul apariției și anturajul viabilității lor.

Bine și Rău – cele mai fundamentale categorii etico-morale, prin care se exprimă aprecierea morală a condiției, acțiunilor și faptelor atât ale fiecărui om în parte, cât și ale colectivelor, grupurilor, claselor, precum și ale diverselor evenimente sociale.

Biocenoză – un sistem dinamic alcătuit dintr-un ansamblu de plante, animale și microorganisme, care locuiesc în comun pe un anumit teritoriu sau într-un bazin de apă și care interacționează între ele și se acomodează la aceleași condiții ale mediului.

Biocentrism – principiu conform căruia orice vietate este o valoare în sine; orientare etică de a interpreta tot ce e viu, omul și omenirea ca parte componentă a biosferei.

Biogeocenoză – un anumit teritoriu de pe suprafața Pământului, care cuprinde în sine o totalitate de ființe vii (biocenoză) și condițiile lor de viață (partea inferioară a atmosferei, partea superioară a litosferei, energia solară ș.a.) care interacționează reciproc și în procesul căreia are loc schimbul de substanță, energie și informație.

Biosferă – domeniul vieții active, care cuprinde partea inferioară a at-

mosferei, hidrosfera și partea superioară a litosferei; un sistem dinamic integrat, alcătuit din organismele vii și mediul lor de trai, care sunt legate organic și interacționează reciproc.

Biotehnologie – studierea proceselor biologice fundamentale și folosirea lor în scopuri practice și industriale, în crearea noilor tehnologii.

Boală – noțiune ce reflectă tulburarea activității vitale normale a organismului în urma acțiunii dăunătoare a factorilor interni sau externi și care conduce la scăderea adaptabilității organismului, capacității de muncă și a activității vitale. Bioetica abordează aspectul valoric referitor la reabilitarea fizică, psihică și socială a omului bolnav.

Bun simț – totalitatea de idei, păreri, deprinderi despre lume și om, care se formează spontan, sub influența vieții practice zilnice a oamenilor, orientându-i în activitatea lor practică și de comportare morală.

Bunuri – categorie filosofică pentru desemnarea valorilor pozitive ale capacității diverselor lucruri și fenomene naturale și sociale, materiale și spirituale de a satisface necesitățile oamenilor, de a le fi de folos și a le aduce fericire.

Calități morale – trăsături ale caracterului, însoțite de anumite orientări ale activității, dirijate și reglementate de conștiința personalității, perceperea și înțelegerea situațiilor reale; caracterizează corelația conștiinței și comportamentului, subiectului și obiectului, manifestându-se prin stabilitate în activitate și comunicare.

Categorie – noțiune abstractă și universală, care exprimă condițiile generale ale existenței.

Categoriile de bază ale eticii medicale – noțiuni ale eticii profesionale în medicină. Cele mai reprezentative sunt: autoritatea profesională a medicului, încrederea pacientului, erorile medicale, taina profesională.

Civilizație – fenomen socio-cultural, un anumit nivel de dezvoltare a societății, bazat pe un tip specific de cultură, un mod de realizare a valorilor spirituale și materiale ale acesteia. Societatea civilizată este bazată pe idealurile raționalității, echității, respectării drepturilor omului, pe folosirea maximă a realizărilor științei și tehnicii.

Civilizația informațională – o etapă în procesul social-istoric de

dezvoltare a omenirii, concepție filosofico-sociologică, ce rezultă din divizarea istoriei în etape sau stadii bazate pe anumite tehnologii. Îi este caracteristică utilizarea largă a computerelor, crearea produselor și serviciilor informaționale, băncilor de informații și accesul liber la acestea. Baza dezvoltării social-economice constituie cunoștințele, industria scientofagă și tehnologiile informaționale.

Civilizație noosferică – treapta superioară de dezvoltare a societății, ce urmează după societatea industrială, informațională, ecologică. Este orientată spre informatizarea, intelectualizarea, democratizarea, umanizarea și axiologizarea societății. Se bazează pe tehnologii performante, scientofage, pe modul de interacțiune intensiv-coevolutiv.

Clon – succesiune rezultată dintr-un singur individ prin înmulțire asexuală, înmulțire celulară rezultată prin diviziune dintr-o celulă inițială. Membrii unui clon sunt identici genetic, posedă același genotip.

Clonării problema – subiect al bioeticii. Manipulările în codul genetic al omului poate să conducă la consecințe imprevizibile și

periculoase. Clonarea omului este condamnată fiind interpretată ca atentat asupra integrității speciei Homo Sapiens, ca ignorare a dreptului omului la autoidentificare. Se acceptă clonarea terapeutică de țesuturi și organe pentru transplantare, clonarea animalelor.

Coevoluție – dezvoltarea armonioasă paralelă, concomitentă, concordantă a diferitelor componente ale unui ecosistem; este un principiu al bioeticii care prevede o interacțiune și interconexiune armonioasă dintre societate și natură, dintre om și biosferă.

Comitete bioetice – organe obștești pe lângă instituțiile curative cu împuterniciri speciale; iau decizii în caz de conflict moral, acordă ajutor în luarea deciziilor și în cazul proceselor judiciare.

Confidențial – care se comunică în taină; secret.

Conștiința morală – latura subiectivă a moralei, care prezintă totalitatea de idei, noțiuni și principii morale, ce formează idealul moral; reflectă activitatea și relațiile morale, ce se formează în procesul vieții sociale, formulează principiile și cerințele care posedă un caracter

normativ și reglementează comportamentul oamenilor. Reprezintă cunoașterea valorilor morale, datoriiilor și modului cum trebuie să le îndeplinim; capacitate de a promulga, a impune și sancționa legile morale.

Conștiința noosferică – nivelul cel mai înalt de dezvoltare a conștiinței individului și societății ce caracterizează relațiile cu biosfera, natura. Ea analizează raportul dintre om și lumea vie în viziunea unui nou sistem de valori, în lumina paradigmei noosferice, prin prisma noosferologiei.

Culpa medicală – greșeală care constă în săvârșirea unui fapt păgubitor sau pedepsit de lege.

Cultura tratamentului – totalitatea de cunoștințe, deprinderi și acțiuni ale lucrătorului medical, care și exercită activitatea profesională. Depinde de pregătirea profesională, de orientarea conceptuală și morală a medicului, de calitățile morale ale lui, de cultura și experiența medicală acumulată de mai multe generații.

Datorie – categorie a eticii, care reflectă îndatoririle morale ale omului, îndeplinite din îndemnul conștiinței; exprimă cerințele societății

față de personalitate și obligațiile personalității în fața societății.

Decalog – cele „Zece porunci” religioase și etice care, conform textului Vechiului Testament al Bibliei, au fost revelate de Dumnezeu lui Moise pe muntele Sinai, gravate pe două table de piatră.

Demnitate – categorie a eticii, care exprimă valoarea morală a omului, atitudinea față de sine însuși și recunoașterea sau nerecunoașterea de către societate a valorii personalității sale; este o formă a autoconștiinței și autocontrolului.

Demografică problema – subiect important al bioeticii și problemă cu caracter global. Dezvoltarea necontrolată a populației pe planeta noastră cu creșterea considerabilă a producției și consumului este urmată de o presiune excesivă asupra biosferei și asigurării vieții. Sunt necesare schimbări radicale în strategia existenței și funcționării civilizației.

Deontologia – doctrină privitoare la normele de conduită și la obligațiile etice ale unei profesii (mai ales a celei medicale).

Distanasie – este prelungirea vieții bolnavilor gravi cu diagnostic nefavorabil, prin orice metode, chiar și extrem de costisitoare.

Domeniile bioeticii – reprezintă sfera, cadrul, mediul manifestărilor problemelor bioeticii. Se evidențiază: bioetica generală, bioetica specială și bioetica clinică.

Donator – organismul de la care se ia țesut sau organe pentru transplantare.

Drept – totalitatea regulilor și normelor juridice care reglementează relațiile sociale dintr-un stat; putere, prerogativ recunoscut legal unei persoane de a avea o anumită conduită, de a se bucura de anumite privilegii.

Dreptul natural – teorie despre dreptul indisolubil legat de natura omului, care poartă un caracter abstract, ideal, permanent, ce nu are nici o legătură cu statul, cu relațiile social-economice concrete.

Ecologie – ramură a biologiei care studiază legăturile relațiilor reciproce dintre organisme și mediul lor de trai, ca ansamblu de condiții de existență.

Ecologie socială – domeniu al științei, care studiază multiplele relații dintre societate și natură, acțiunea directă și tangențială a activității de producție a oamenilor asupra componentei și însușirilor mediului înconjurător. Ține cont de factorii antropogeni asupra sănătății fizice și psihice a omului, asupra genofondului populațiilor umane.

Embrionului uman problema – subiect al bioeticii în discuțiile aprinse în vederea stabilirii momentului de dezvoltare a gestației în care embrionul poate fi considerat om, cu toate drepturile respective.

Entropie socială – dimensiune ce caracterizează gradul de dezordine, nedeterminare, haos al unui sistem social închis; măsura deformărilor, ireglementării sociale, necorespunderii posibilităților în realizarea scopurilor puse. Ea poate fi cauza catastrofei ecologice, spirituale și globale, dacă societatea nu o va limita.

Eroare – diferența dintre valoarea reală a unei mărimi și valoarea calculată a acestei mărimi.

Eroarea medicală – producerea unui prejudiciu din cauza naturii lucrurilor, situație în care orice medic ar fi produs același prejudiciu în

aceleași condiții de lucru; nu este determinată de acțiunea sau inacțiunea medicului, ci de imperfecțiunea științei medicale în momentul și împrejurările date. Nu putea fi prevăzută, chiar dacă medicul a dat dovadă de o atenție deosebită.

Estetica medicală – disciplina care studiază legitățile frumuseții arhitectonice a corpului uman și metodele realizării lor practice. Are drept obiect reabilitarea trăsăturilor fizice ale corpului uman conform legilor frumuseții.

etică – știință filosofică ce studiază morală; teoria moralei. Cercetarea etică vizează principiile fundamentale și conceptele de bază ce se regăsesc sau ar trebui să se regăsească în orice domeniu al activității umane.

Etica interpretativă (a dialogului) – abordare bioetică a interacțiunilor medicului și pacientului bazată pe orientarea antipaternalistă. Bolnavul este definit drept subiect responsabil și liber de a lua decizii vitale în vederea tratamentului său. Se realizează prin intermediul acordului informat și al interpretării.

Etica medicală – știința care studiază morală profesională medicală în trei forme de relații: medic-paci-

ent, medic-societate, medic-medic (cadru medical).

Etica paternalistă – parte componentă a bioeticii, ce se referă la modul de interacțiune a medicului și pacientului. Medicului i se oferă statut de tutelă a bolnavului, care ia de sine stătător deciziile esențiale în vederea mijloacelor și metodelor de tratament ale acestuia.

Eugenie – grec. ”*gene mai bune*”, termen introdus de către Francis Galton în 1883; teorie ce explică inegalitatea socială prin neechivalența psihică și fiziologică a oamenilor și pune problema creării unei ”rase noi” prin perfecționarea codului genetic uman.

Eutanasi – *moarte bună, plăcută*, reprezintă „ajutorul” acordat dezinteresat unui om pentru a înceta din viață, pornind de la dorința lui proprie.

Eutanasia activă – reprezintă omorîrea intenționată a unei persoane bolnave de către personalul medical.

Eutanasia pasivă – apare prin reținerea de la aplicarea unui tratament care ar putea salva viața bolnavului.

Eutanasia voluntară – atunci când pacientul, în deplinătatea capacităților sale cere să fie ajutat să moară, exprimindu-și consimțământul pentru actul dat.

Eutanasia nonvoluntară – reprezintă întreruperea vieții unei persoane care nu poate alege ea însăși între a trăi și a muri – ex.: nou-născut handicapat, bolnav mintal, sau persoană incapabilă să conștientizeze realitatea, care nu a menționat anterior că ar fi dorit eutanasia în așa caz.

Eutanasia involuntară – act de întrerupere a vieții când persoana căruia i s-a aplicat nu a fost întrebată, chiar dacă aceasta era în stare să-și expună conștient părerea.

Experiment – procedeu de cercetare a unor fenomene printr-o acțiune activă asupra lor; metoda ce formează condiții artificiale pentru studierea obiectului natural, ori reproduce artificial obiectul în condiții naturale.

Făt (fetus) – produs de concepție din uterul mamiferelor din momentul când începe să facă mișcări proprii și forme caracteristice speciei, pînă când se naște.

Fecundare artificială – mod desexualizat al procreării; reproducerea artificială a embrionului. Principala problemă morală inițiată este încălcarea drepturilor și a demnității embrionului uman.

Filosofia medicinei – orientare interdisciplinară, ce se ocupă cu problemele teoretice și metodologice ale medicinei; evidențiază modurile de teoretizare și formulare a teoriilor în medicină.

Filosofia supraviețuirii – orientare a științei filosofice spre rezolvarea problemelor contemporaneității; selectează mijloacele de constituire a unor astfel de sisteme sociale, care ar asigura supraviețuirea civilizației, de a conștientiza și cultiva variantele alternative de ieșire din criză.

Gamet – celulă sexuală sau reproductivă la organismele vegetale ori animale.

Genă – unitate de bază a eredității; o unitate materială minusculă de pe cromozom care codifică un caracter particular și care poate fi transmis de la părinte la urmaș, izolat de orice influență externă.

Genetică – domeniu al științei biologice și medicale, ce studiază

legile eredității și variabilității organismelor; obiectul ei de studiu este genotipul, care exercită funcția de dirijare a sistemului viu.

Genocid – distrugerea sistematică a unui grup uman, național, etnic, religios sau politic, ce constă în exterminarea fizică directă a acestor colectivități ori crearea anumitelor condiții ce pot conduce la dispariția acestora.

Globalizare – proces de integrare a omenirii și sferelor ei de activitate în epoca contemporană; intensificarea integrității și interconexiunii unor țări și regiuni, care formează o comunitate umană. Se realizează în diferite planuri: economic, tehnologic, militar, politic, informațional, spiritual ș.a.

Greșeala medicală – categorie a eticii medicale; sunt considerate cazurile de neaplicare sau nerespectare a unor norme de comportament profesional pe care un alt profesionist, în aceleași condiții le-ar fi aplicat.

Hermeneutică – totalitate de metode și reguli ce interpretează, traduce și lămurește sensul, conținutul și rolul operelor culturii și științei.

Homotransplantare – substituirea unor organe ori țesuturi luate de la alt individ de aceeași specie.

Homosexualitate – orientare și relații sexuale dintre persoane de același sex.

Hospice – instituție pentru îngrijirea bolnavilor terminali, unde scopul terapiei exclusiv paliative este de a ameliora calitatea ultimei perioade din viața omului bolnav, cu respectarea demnității umane.

Imperativ – cerință, ordin, lege. După I.Kant este „o poruncă de valoare generală, în contradicție cu un principiu personal”.

Imperativele bioeticii – cerințe înaintate de bioetică în anumite situații concrete, specifice în activitatea medicală. Cele mai esențiale imperative în practica profesională a medicului sunt considerate următoarele: cel al autonomiei, al binefacerii, al non-dăunării și al justeții sau echității.

Individ – o ființă vie luată aparte, un om luat aparte.

Individualitate – originalitate irepetabilă a unui sau altui fenomen, a unei ființe aparte, a omului; carac-

terizează unicitatea dată în specificitățile ei calitative.

Informatizare – proces sistemic de activitate, orientat spre obținerea resursei informaționale în scopul stabilirii societății informaționale; implementarea științei informaticii în toate sferile societății; un proces social global de producere și utilizare tot mai profundă de către societate a informației drept sursă de dezvoltare durabilă.

Informatizarea medicinei – introducerea și folosirea tot mai largă a sistemelor informaționale în medicină și ocrotirea sănătății.

Ingineriei genetice problema – implicare în studiul informației genetice, induce o sumedenie de întrebări de ordin moral cum ar fi: discriminarea individului, tendințe de eugenie, încălcarea autonomiei și demnității persoanelor, manipulări criminale cu materialul genetic.

Intellectualizare – creșterea ponderii muncii intelectuale în toate sferile producției sociale, în activitatea spirituală a personalității, majorarea capacităților creatoare și legăturilor informaționale în societate.

Interpretare – tălmăcire, explicație; este o acțiune a gândirii prin care se comentează și se explică orice activitate spirituală umană, căreia i se atribuie un sens.

Încrederea bolnavului – categorie a eticii medicale ce reflectă atitudinea pacientului față de medic.

Lege morală – cerințe morale fundamentale, ce au scopul de a reglementa comportamentul oamenilor în societate.

Libertate – concepție filosofică ce caracterizează esența și existența omului și constă în posibilitatea de a alege și acționa în conformitate cu dorințele și voința proprie, cu formele activității vitale.

Mamă surrogat sau mamă foster – femeie care își „împrumută” uterul pentru a duce o sarcină cu un embrion străin din punct de vedere biologic.

Medicină – ansamblu de cunoștințe și acțiuni practice utilizate în scopul prevenirii bolilor, menținerii și consolidării sănătății, tratării și ameliorării afecțiunilor, suferințelor și malformațiilor.

Moarte – întrerupere ireversibilă a anabolismului care se opune entropiei, oprirea tuturor fenomenelor energetice, a sintezelor și a reglărilor; încetare a vieții, oprire a tuturor funcțiilor vitale.

Modelele bioeticii – diferite interpretări socioculturale ale bioeticii. Ele oferă posibilitatea alegerii tipului istorico-cultural de bioetică, ce corespunde tradițiilor, obiceiurilor, confesiilor religioase ale națiunii. Se evidențiază patru modele ale bioeticii: liberal-radical, pragmatic, sociobiologic naturalist și personalist.

Modelele medicinei morale – particularități ale raportului medic-pacient; se referă la poziția morală și atitudinea reciprocă a ambelor părți ai relației. Se deosebesc patru modele ale medicinei morale: cel tehnic, cel sacral, cel colegial și modelul de contract.

Morala – ansamblul normelor de conviețuire, de comportare a oamenilor unii față de alții și față de colectivitate și a căror încălcare nu este sancționată prin lege, ci de opinia publică; totalitate de principii, reguli și norme după care se conduc oamenii, pornind de la reprezentă-

rile despre bine și rău, echitate și inechitate, datorie, cinste ș.a.

Moravuri – totalitatea obiceiurilor și deprinderilor grupurilor de oameni ce au valoare morală și se manifestă în comportarea practică.

Nivelurile bioeticii – reprezintă realizarea principiilor și obiectivelor bioeticii la o anumită scară. Putem menționa nivelurile – mondial, regional, național și local.

Nivelurile eticii medicale – compartimente ale eticii medicale: etica medicinei, etica medicului și deontologia medicală.

Noosferă – învelișul pământesc ce cuprinde sfera interacțiunii naturii și societății pe baza activității raționale a oamenilor.

Noosferizare – constituirea noosferei, alături de alte funcții realizează funcția de umanizare, de socializare a progresului în general, de eliminare din noosferă a tuturor fenomenelor distructive și a tuturor pericolelor ce amenință societatea și omul.

Noosferologie – un nou domeniu al științei, al cărui obiect de studiu îl constituie legitățile procesu-

lui de noosferogeneză, examinarea etapelor de dezvoltare a noosferei, analiza și scoaterea în evidență a formelor de dezvoltare durabilă și intensivă a civilizației, cercetarea metodelor, căilor și formelor de soluționare a problemei supraviețuirii omenirii.

Normă – mod de acțiune, criteriu de apreciere, regulă de activitate fixată prin lege sau general acceptată, mărime medie, ce caracterizează o totalitate de evenimente și fenomene.

Normă morală – model sau recomandare ce reglementează comportamentul oamenilor în societate; formulează în mod generalizat anumite cerințe, reguli după care trebuie să se conducă membrii unei comunități.

Obligație morală – totalitatea de norme de comportament ce se stabilesc între oameni și cerințele care rezultă din aceste norme, caracterul normativ al regulilor morale determinate de conținutul vieții sociale.

Onoare – noțiune a conștiinței morale și categorie etică ce reflectă atitudinea individului față de sine însuși și atitudinea societății față de el.

Oocit – celulă germinativă femelă la animale.

Ortotanasia – întreruperea manipulărilor de susținere a vieții.

Paternalism – mod de abordare în bioetică ce oferă medicului statut de tutelă a bolnavului, fiind împuțernicit să ia decizii în privința diagnosticării, căilor și metodelor de tratament.

Personalitate – categorie pentru desemnarea omului ca integritate și unitate a capacităților individuale și realizării funcțiilor sociale; este individul ca subiect al relațiilor sociale și activității conștiente.

Principiu – regulă fundamentală, idee orientativă, temelie, început logic pentru formularea teoriei.

Principiile bioeticii – oferă posibilitatea delimitării bioeticii de alte discipline, evaluării rolului acesteia în dezvoltarea durabilă a umanității. Se evidențiază următoarele principii: biosferocentrist, cel coevoluționist, al moralității, socializării, libertății și responsabilității și cel al vulnerabilității.

Principiu moral – cerință sau normă morală fundamentală ce caracterizează conținutul, esența unei concepții morale, a unui sistem etic; este un component al conștiinței morale și formulează cele mai generale legi ale activității morale.

Probleme globale – totalitatea problemelor vital-importante ale omenirii de rezolvarea cărora depinde supraviețuirea și dezvoltarea progresivă a societății.

Regula de aur – una din cele mai străvechi porunci morale, conținându-se în proverbe, zicători etc.: “poartă-te cu ceilalți așa cum ai vrea ca ei să se poarte cu tine”. Se întâlnește sub diverse forme aproape în toate sistemele etice și religioase.

Responsabilitate – reflectă caracterului obiectiv, istoric concret al interrelațiilor dintre personalitate, colectiv, societate din perspectiva respectării conștiente a imperativelelor înaintate mutual față de ei.

Resuscitare – acțiune de redare a funcțiilor vitale ale organismului, de repunere în funcțiune a inimii și respirației oprite, readucerii în simțiri, revenirii.

Sănătate – categorie a medicinei; starea de activitate vitală a omului, echilibru optim cu mediul ambiant, caracterizată printr-o stare fizică, spirituală și socială bună.

Securitate – situație de protejare a intereselor vitale ale persoanei, statului, societății vis-à-vis de pericolele, amenințările interne și externe.

Securitatea informațională – protecția mediului informațional al societății ce ar asigura dezvoltarea ei liberă.

Societate informațională – stadiu netraditional al progresului social, apărut în mod obiectiv în progresul istoric; presupune un nivel înalt de dezvoltare a forțelor de producție pe contul aplicării formelor și metodelor intensive de lucru, tehnologiilor neordinare. Baza dinamicii sociale o constituie posibilitățile informaționale (intelectuale).

Suicid asistat – actul de furnizare de către o persoană a mijloacelor specifice pentru ca bolnavul să-și sfârșească viața. De obicei, medicul prescrie doze letale de medicamente, dar nu le administrează, însă aceasta implică încurajarea tacită ca pacientul să recurgă la suicid.

Standard – normă sau ansamblu de norme care reglementează calitatea, caracteristicile, forma etc. unui produs; document în care sunt consemnate aceste norme.

Taina medicală – categorie a eticii medicale ce reflectă datoria profesională a medicului de a nu divulga informația despre boala, viața intimă și familială a bolnavului, fără consimțământul acestuia.

Terapia genetică – se referă la inserția materialului genetic într-o celulă pentru a corecta un defect. Informația bazată pe deficiența genetică este înlocuită sau suplimentată cu un set format din gene normale funcționale, care vor putea produce proteine pentru a corecta defectul enzimatic sau biochimic.

Toleranță – poziția unei persoane de a admite existența gândirii, acțiunilor și sentimentelor diferite de ale sale; este un principiu moral legat de respectul elementar al persoanelor morale.

Transplantul – este operația de substituire a unor organe sau a țesuturilor organismului cu alte organe sau țesuturi colectate de la același om ori de la altul. Porțiunea de or-

gan trans-plantată se numește transplant sau grefă.

Transplantologie – știința ce se ocupă de problemele teoretice și practice ale transplantării organelor și țesuturilor.

Utilitarism – teorie etică sau atitudine morală care consideră că utilul trebuie să fie principiul suprem al acțiunii noastre; ce este util, este și moral.

Valoare – fenomen de ordin material și/sau spiritual, care posedă o semnificație pozitivă, deci este apt să satisfacă niște necesități ale omului, grupului social, societății, să servească intereselor și scopurilor lor.

Valoare medicală – include valorile spirituale frecvent utilizate în știința și practica medicală. Cele mai importante valori în domeniul medicinei sunt: viața, sănătatea, compasiunea, devotamentul, profesionalismul etc.

Viață – totalitatea fenomenelor și proceselor (nutriție, creștere, reproducere, moarte) care caracterizează organismele.

Virtute – categorie etică ce are un conținut apreciativ și normativ, ce reflectă însușirile morale pozitive ale oamenilor – respectarea idealurilor etice, normelor și principiilor morale.

Xenotransplantare – transplantarea unor organe ori țesuturi luate de la altă specie. Se practică grefe de piele, cartilagiu, mușchi, tendoane, vase sanguine, nervi ș.a. În ultimile decenii se dezvoltă o nouă direcție în chirurgia plastică – folosirea organelor artificiale (valvulele artificiale ale cordului, proteze de vase sangvine mari, confecționate din teflon ori alte materiale sintetice).

Zigot – celulă rezultată din conceperea a doi gameți; ou fecundat.

III. DOCUMENTE ÎN BIOETICĂ

1. Codul Internațional al Eticii Medicale (CIEM)

Derivă din Declarația de la Geneva, 1948.

A fost adoptat de către Conferința Generală a Asociației Medicale Mondiale în a 3-a ședință, la Londra, Marea Britanie, în octombrie 1949, completat la cea de a 22-a Conferință Medicală Mondială, la Sidney, Australia, în august 1968 și la cea de a 35-a Conferință Medicală Mondială, la Venezia, Italia, în octombrie 1983.

Datoriile medicului în general

Medicul trebuie să mențină permanent standardul profesional la cel mai înalt nivel al comportamentului său.

Medicul trebuie să nu permită motivațiilor de profit personal să-i influențeze libertatea și independența în luarea deciziilor profesionale, care vor fi exclusiv în interesul pacientului.

Medicul trebuie să fie dedicat în toate specialitățile medicale, să ofere ajutorul medical, indiferent de specializarea profesională, păstrând compasiunea și respectul pentru demnitatea umană.

Medicul trebuie să se comporte onest față de pacienți și colegi și nu va acoperi pe acei medici care manifestă deficiențe de caracter sau competență ori care exercită acțiuni de fraudă sau înșelătorie.

Se consideră a fi comportament neetic:

- autoreclama, cu excepția situațiilor permise de legea statului sau codul eticii Asociațiilor Medicale Naționale;
- a plăti sau a primi bani sau alte considerații numai pentru a face recomandări pacientului sau a-l recomanda altor colegi; sau pentru indicarea unui tratament anumit fără argumente medicale suficiente.

Medicul trebuie să respecte drepturile pacienților, colegilor și ale altor organizații ce promovează sănătatea și să păstreze taina medicală.

Medicul trebuie să acționeze numai în interesul pacientului său în exercitarea unui act medical care va slăbi rezistența fizică și/sau psihică a acestuia.

Medicul trebuie să dea dovadă de precauție în divulgarea descoperirilor medicale, tehnicilor și tratamentelor pe canale de comunicare neprofesionale.

Medicul trebuie să afirme doar ceea ce a verificat personal.

Datoriile medicului față de pacient

Medicul trebuie să țină minte permanent obligația sa de a proteja viața umană.

Medicul trebuie să apeleze la un coleg care are abilitatea ce îi lipsește lui atunci când se va simți depășit de actul medical necesar pacientului. Dato-rează pacientului său loialitatea și totalitatea cunoștințelor sale medicale.

Medicul trebuie să păstreze confidențialitatea totală despre pacientul său, chiar după moartea acestuia.

Medicul trebuie să acorde servicii medicale de urgență ca datorie umanitară, pînă cînd se va convinge că alții pot și vor să o facă în locul său.

Datoriile medicului față de colegii săi

Medicul trebuie să se comporte față de colegii săi cum își dorește și el ca aceștia să se comporte față de el.

Medicul trebuie să nu atragă pacienții altui coleg.

Medicul trebuie să respecte principiile Declarației de la Geneva, aprobată de către Asociația Medicală Mondială.

2. Convenția europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei: Convenția privind drepturile omului și biomedicina

Oviedo, 4 aprilie 1997

Traducere

PREAMBUL

Statele membre ale Consiliului Europei, celelalte state și Comunitatea Europeană, semnatare ale prezentei convenții,

luînd în considerare Declarația Universală a Drepturilor Omului, proclamată de Adunarea Generală a Națiunilor Unite la data de 10 decembrie 1948,

luînd în considerare Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale din 4 noiembrie 1950,

luînd în considerare Carta socială europeană din 18 octombrie 1961,

luînd în considerare Pactul internațional privind drepturile civile și politice și Pactul internațional privitor la drepturile economice, sociale și culturale din 16 decembrie 1966,

luînd în considerare Convenția referitoare la protecția persoanelor în privința tratamentului automatizat al datelor cu caracter personal din 28 ianuarie 1981,

luînd, de asemenea, în considerare Convenția privind drepturile copilului din 20 noiembrie 1989,

considerînd că țelul Consiliului Europei este să realizeze o uniune mai strînsă 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, cît și în apartenența sa la specia umană, și recunoscînd importanța de a i se asigura demnitatea,

conștiente de actele care ar putea pune în pericol demnitatea umana printr-o folosire improprie a biologiei și medicinei,

afirmînd 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,

recunoscînd 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,

ținînd seama de lucrările Adunării Parlamentare în acest domeniu, inclusiv de Recomandarea 1160 (1991) privind elaborarea unei convenții de bioetică,

hotărîte 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 I (Scopul și obiectul)

Părțile la această convenție protejează demnitatea și identitatea ființei umane și garantează oricărei persoane, fără discriminare, respectul integri-

tății 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 (Întietatea 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)

Ținând seama de nevoile de sănătate și de resursele disponibile, Părțile vor lua 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 decît 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 art. 17 și 20, o intervenție nu se poate efectua asupra unei persoane care nu are capacitatea de a consimți, decît spre beneficiul său direct.

2. Atunci cînd, 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 hotărîtor, în funcție de vîrsta și de gradul său de maturitate.
3. Atunci cînd, 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 art. 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 consimțămîntul său la o intervenție destinată să îi trateze aceasta tulburare decît atunci cînd absența unui astfel de tratament riscă să îi prejudicieze grav sănătatea și sub rezerva condițiilor de protecție prevăzute de lege, cuprinzînd proceduri de supraveghere și de control, precum și căi de recurs.

Articolul 8 (Situatii de urgență)

Atunci cînd, datorită unei situații de urgență, nu se poate obține consimțămîntul 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 țelurile medicale și cu 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 decît 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) consimțămîntul prevăzut la art. 5 a fost dat în mod expres, specific și a fost consemnat în scris. Acest consimțămînt 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 art. 5, capacitatea de a consimți, decît dacă sunt întrunite cumulativ condițiile următoare:

(I) sunt îndeplinite condițiile prevăzute la art. 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 consimțămîntul;

(IV) autorizarea necesară prevăzută la art. 6 a fost dată specific și în scris;
(V) persoana în cauză nu are obiecții.

2. În mod excepțional și în 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 rezultatelor finale benefice pentru persoana în cauză sau pentru alte persoane din aceeași categorie de vîrstă, sau care suferă de aceeași boală ori tulburare, sau care se află în aceeași stare;

(II) cercetarea prezintă 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 (Regula generală)

1. Prelevarea de organe sau țesuturi de la o persoană în viață în scopul transplanării se poate face numai în interesul terapeutic al receptorului și numai atunci când nu există țesuturi sau organe adecvate disponibile de la o persoană decedată și nici alta metodă terapeutică alternativă de o eficacitate comparabilă.

2. Consimțămîntul necesar, cum se prevede la art. 5, trebuie să fi fost 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 consimțămîntul 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 consimțămîntul, conform art. 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) receptorul este fratele sau sora donatorului;

(III) donarea trebuie să fie de natură să salveze viața receptorului;

(IV) autorizarea prevăzută la paragrafele 2 și 3 ale art. 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 constituie 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 imediat încălcarea 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 (Sanctiuni)

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 art. 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 și 21.

Articolul 26 (Protecția mai largă)

Nici una din dispozițiile prezentei convenții nu va fi interpretată ca o limitare sau o afectare în vreun alt mod al posibilității ca una din părți 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 acestei convenții 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, în absența oricărui litigiu concret aflat în derulare în fața unei instanțe, poate oferi opinii consultative asupra problemelor juridice privind interpretarea prezentei convenții, la cererea:

- Guvernului unei părți, după ce a informat celelalte părți;
- Comitetului instituit prin art. 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 oricărei dintre dispozițiile prezentei convenții.

Articolul 31 (Protocoale)

Protocoale pot fi încheiate conform dispozițiilor art. 32, în vederea dezvoltării în domenii specifice ale 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/simultan convenția.

CAPITOLUL XII

Amendamente la convenție

Articolul 32 (Amendamente la convenție)

1. Sarcinile încredințate Comitetului conform prezentului articol și art. 29 vor fi duse 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 art. 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 art. 33 sau invitat să adere la convenție în conformitate cu prevederile art. 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 una din părți, de Comitet sau de Comitetul de Miniștri, vor fi comunicate secretarului general al Consiliului Europei și înaintate de acesta statelor membre ale Consiliului Europei, Comunitatii Europene, oricărui semnatar, oricărei părți, oricărui stat invitat să semneze prezenta convenție conform art. 33 și oricărui stat invitat să adere conform art. 34.

6. Comitetul va examina propunerea după două luni de la data înaintată de către 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 XIII

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 ur-

mează 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 nemembru al Consiliului Europei să adere la această convenție printr-o decizie luată cu majoritatea prevăzută la art. 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 aceasta 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 art. 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. Retragera 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 art. 33 sau 34;
- d) orice amendament sau protocol adoptat conform art. 32 și data la care un astfel de amendament sau protocol intră în vigoare;
- e) orice declarație făcută în virtutea dispozițiilor art. 35;
- f) orice rezervă sau retragere a unei rezerve ca urmare a prevederilor art. 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.

3. 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 limi-

tări 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 protecție 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 vis-a-vis 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 drepturilor 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 pro-

gresul 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 caracteristicile 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 cunoștințelor 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.).

IV. CHESTIONAR DE EVALUARE BIOETICĂ

1. Care dintre criteriile enumerate poate fi considerat ca bază în definirea noțiunii de „începutul vieții”

- Momentul concepției
- Batăile inimii
- Formarea sistemului nervos central
- Nașterea
- Alte răspunsuri _____

2. Poate medicul să indice avortul din considerente non-medicale (sărăcie, familie conflictuală, nivel intelectual scăzut al părinților etc.)?

- Da, medicul trebuie să oprească înmulțirea sărăciei
- Nu este în competența medicului să decidă
- Alte răspunsuri _____

3. Considerați că metoda „mamelor surrogat” sau „uter cu împrumut” trebuie să fie recunoscută legal

- Da
- Nu
- Alte răspunsuri _____

4. După petrecerea fecundării artificiale rămân embrioni surplus. Care ar trebui să fie atitudinea medicinei față de acești embrioni?

- Să fie utilizați în scopuri experimentale pentru dezvoltarea științei
- Să fie înmormîntați conform tradiției creștine
- Orice experimente pe embrioni umani independent de scopuri, sunt anti-umane și trebuie interzise
- Alte răspunsuri _____

5. Ați accepta un avort selectiv sau o diagnosticare prenatală în caz că:

Cauza	da	nu	mi-i greu să aleg
Copilul este de sexul nedorit			
Predispunere la homosexualism			
Coeficient intelectual scăzut			
Predispunere la boli oncologice			
Boli cromosomiale			

6. Ați fi de acord să fie schimbate genele copilului Dumneavoastră pentru:

Scopul	da	nu	mi-i greu să decid
a-i ridica capacitățile intelectuale			
a-i îmbunătăți exteriorul			
a-i crește calitățile creatorice			
a-i micșora agresivitatea			
a-i exclude predispunerea la alcoolism			
a-i exclude predispunerea către homosexualism			

7. În cazul unui cuplu steril consider că e mai preferabilă:

- Fecundarea artificială
- Înfierea
- Alte răspunsuri _____

8. În cazul depistării unor maladii ce pot fi transmise ereditar urmașilor, considerați că individul purtător trebuie să fie:

- Impus legal sterilizării
- Bine informat despre bolile posibile ale urmașilor săi și sfătuit să accepte sterilizarea
- Fiecare individ are dreptul să se reproducă
- Alte răspunsuri _____

9. Este oare euthanasia (întreruperea vieții pacientului din indicații medicale):

- Crimă
- Omor din caritate sau un act de binefacere
- O datorie profesională
- Alte răspunsuri _____

10. Considerați că în relația cu pacientul medicul trebuie să fie cel care decide evoluția de mai departe a tratamentului?

- Da, medicul știe ce e mai bine pentru pacient.
- Nu, pacientul va decide de sine stătător evoluția de mai departe.
- Decizia va fi luată în urma unui dialog deschis “medic-pacient”.
- Alte răspunsuri _____

11. În cazul unor patologii cu prognostic nefavorabil, cum procedați?

- Anunțați rudele, fără a informa pacientul (spre binele lui)
- Anunțați direct pacientul
- Diagnosticul adevărat trebuie să fie cunoscut doar lucrătorilor medicali
- Alte răspunsuri _____

12. Care este atitudinea D-voastră față de informația oferită pacientului despre patologia sa?

- Informația trebuie să fie cât mai succintă și de ordin general
- Pacientul are dreptul să-și cunoască toate amănunțele despre starea sa
- Nu este obligația medicului de a-i explica fiecărui pacient orice procedură sau rezultat al investigațiilor
- Alte răspunsuri _____

12. Care este atitudinea D-voastră față de pacienții HIV pozitivi?

- Trebuie izolați de societate
- Au drepturi egale ca alți pacienți
- Alte răspunsuri _____

13. Considerați ca necesitate crearea Comitetelor de Bioetică în spitale?

- Da, ar fi foarte utile pentru stabilirea contactului medicină-societate
- Nu, medicii ar putea să-și rezolve problemele interne singuri
- Alte răspunsuri _____

14. A fost calculat că pentru a menține în viață timp de un an un pacient în Marea Britanie care necesită hemodializă este nevoie de tot atâtea fonduri cât ar fi necesare pentru a vaccina antitetanos populația Africii. Pentru care opțiune ați pleda?

- Viața fiecărui pacient este importantă și trebuie de luptat pentru ea
- Numărul pacienților salvați de îmbolnăvirea cu tetanos va îndreptați moartea unui om cu insuficiență renală
- Decizia va depinde de sursa fondurilor
- Alte răspunsuri _____

Consimțămîntul pacientului

Data _____ Secția _____ Nr. fișei _____

Eu, (numele, prenumele) _____, ca pacient fiind internat în instituția medicală sus-numită și suficient informat despre starea sănătății personale, în prezența lucrătorilor medicali îmi exprim voința referitor la următoarele (se indică varianta aleasă):

1. Recoltarea și folosirea lichidelor și țesuturilor biologice în scop de stabilire a diagnozei

Da Nu

2. Utilizarea metodelor de investigație considerate drept necesare de către medicul curant

Da Nu

3. Utilizarea cu scop de tratament a derivaților sanguini sau a altor produse biologice de origine umană (*sînge nativ, plasmă, masă eritrocitară etc.*)

Da Nu

4. Informația deplină despre starea sănătății mele cer să fie oferită în strictă confidențialitate numai mie personal (*de a fi păstrată în taină*)

Da Nu

5. În caz de necesitate informația deplină despre starea sănătății mele poate fi oferită următoarelor persoane, care vor deține puterea de decizie (*se indică numele persoanelor de încredere*) _____

6. Patologia care o am permit a fi cercetată în scopuri științifice și în procesul didactic

Da Nu

7. Sunt cunoscut cu regimul instituției date și accept respectarea tuturor condițiilor descrise în acesta

Da Nu

Semnătura pacientului _____ Semnătura lucrătorului medical _____
(Numele se indică citeț și integral)

Consimțămînt pentru intervenție medicală cu caracter invaziv

sau/și operația (*denumirea*) _____, caracterul și scopul căreia mi-au fost explicate de către medicul curant. Sunt de acord cu măsurile operative și alternative ulterioare, care pot fi considerate necesare în timpul operației sus-numite precum și cu aplicarea anesteziei (*tipul*) _____. Sunt informat despre riscul și posibilitatea unor complicații ca: (*sunt enumerate*) _____

Data _____ Semnătura pacientului _____ Semnătura medicului _____
(Numele se indică citeț și în întregime)

Teodor N. Țirdea • Rodica C. Gramma

Bioetica medicală în Sănătate Publică

Suport de curs

Redactori științifici: Oleg Lozan, Mihail Palanciuc

Redactor: Adriana Nazarciuc

Corector: Irina Chistol

Coperta: Eugen Catruc

Tehnoredactor: Mihai Sava

Bun de tipar: martie 2007

Tirajul: 150 ex.

Format: 145×200 mm

Coli de tipar 17,02

Casa editorial-poligrafică *Bons Offices*

MD-2001, Chișinău, bd. Gagarin, 10

tel./fax: 500-895; tel.: 279-846

e-mail: bons@starnet.md