

Colecția «**BIOS**»

Științe medicale

Gheorghe Scripcaru, Aurora Ciucă,
Vasile Astărăstoae, Călin Scripcaru

Bioetica, științele vieții și drepturile omului

GHEORGHE SCRIPCARU – doctor, profesor consultant la UMF Iași, membru emerit al Academiei Internaționale de Medicină Legală și Socială și al altor societăți științifice internaționale. De același autor: *Medicina legală* (în colab., 1993), *Principii de bioetică, deontologie și drept medical* (în colab., 1994), *Criminologie clinică și relațională* (în colab., 1995), *Bioetica în perspectivă europeană* (în colab., 1995), *Atașamentul în protecția sa comportamentală* (în colab., 1998).

AURORA CIUCĂ – lector doctorand, cadru didactic al Facultății de Drept a Universității „M. Kogălniceanu”, titular al disciplinelor de Drept internațional și Protecția juridică a drepturilor omului. Master *cum laude* în Drept internațional și drepturile omului, Universitatea Notre Dame (SUA, 1996). De același autor: *Protecția internațională a drepturilor omului* (1998).

VASILE ASTĂRĂSTOAE – conferențiar doctor la UMF Iași, titular al cursului de Medicină legală și bioetică, deontologie și drept medical. Este absolvent al Facultății de Drept, Universitatea „Al.I. Cuza” Iași și al Facultății de Medicină, Iași. Membru al Academiei de Științe din New York. De același autor: *Medicină legală. Definiții și interpretări* (în colab., 1986), *Principii de Bioetică, Deontologie și Drept medical* (în colab., 1992), *Ghid practic de medicină legală pentru juriști* (1993), *Medicină legală* (în colab., 1993), *Bioetică vs. suicid* (1994), *Odonto – stomatologie medico-legală* (1995), *Psihiatria și condiția umană* (în colab., 1995), *Tratat de medicină legală* (în colab., 1995), *Bioetica – o perspectivă europeană* (în colab., 1995), *Esentialia în Bioetică* (1998).

CĂLIN SCRIPCARU – asistent medicină legală, UMF Iași, doctor în medicină, expert pe lângă IML Iași, președinte național al Societății Internaționale de Suicidologie (IASP). De același autor: *Lucrări practice de Medicină legală* (în colab., 1992), *Lucrări practice de Deontologie Medicală și Drept Medical* (1992), *Medicină legală pentru juriști* (în colab., 1993), *Principii de Bioetică, Deontologie și Drept medical* (în colab., 1994), *Criminologie clinică și relațională* (în colab., 1995), *Bioetica – o perspectivă europeană* (în colab., 1995), *Tratat de medicină legală* (în colab., 1995), *Suicid și agresivitate* (1997).

© 1998 by POLIROM Co S.A. Iași

Editura POLIROM

Iași, B-dul Copou nr. 3, P. O. Box 266, 6600

București, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale :

Bioetica, științele vieții și drepturile omului / Gheorghe Scripcaru,
Aurora Ciucă, Vasile Astărăstoae, Călin Scripcaru

Iași: Polirom, 1998

240 p. ; 21 cm – (BIOS)

Bibliogr.

ISBN : 973-683-196-5

I. Scripcaru, Gheorghe

II. Ciucă, Aurora

III. Astărăstoae, Vasile

IV. Scripcaru, Călin

CIP : 57:17+61

341.231.14

Printed in ROMANIA

Gheorghe Scripcaru
Vasile Astărăstoe

Aurora Ciucă
Călin Scripcaru

Bioetica, științele vieții și drepturile omului

POLIROM
1998

De la dreptul natural la dreptul pozitiv

„Dacă a interpreta legile este rău, va fi un rău și mai mare ca ele să fie obscure, deoarece vor avea atunci nevoie de interpretare.”

Becaria

Originile naturale ale moralei și dreptului (ca minimum de morală)

Este cunoscută afirmația lui Lorenz cum că, de la natură, omul nu este suficient de bun pentru cerințele vieții moderne, de unde nevoia ca morala rațională să completeze lacunele moralei naturale. Sub acest aspect, dacă morala naturală este universală, atunci și sentimentul consacrat de lege, de a fi drept, devine universal.

Morala are deci rădăcini etologice, morala rațională apărând tardiv în scopul de a compensa dezechilibrele produse de cultură și de a suplini insuficiențele moralei naturale (Lorenz). De la natură, omul nu este nici prea rău, dar nici suficient de bun pentru cerințele vieții moderne, atât timp cât, nemaiputând controla agresivitatea prin mijloace naturale, cum ar fi fuga, supunerea, mila ori zâmbetul etc., a apelat la morala rațională a inhibiției, anticipării, amânării sau interiorizării cutumelor, deci la morala interdicțiilor și imperativelor categorice, în scopul de a face ca, atât timp cât instituțiile umane se încadrează în legile evoluției, acestea să nu intre în contradicție cu rațiunea umană.

Comportamentul uman adaptat la exigența unor grupuri mici devine astăzi depășit iar adaptarea prin cunoașterea interumană, ce a fost contra-agresivă, se poate transforma în contrariul ei. Astăzi, disocierea dintre evoluția culturală a omului și evoluția sa genetică este totală (Monod), dacă avem în vedere faptul că parcurgem o epocă a construirii celor mai feroce arme artificiale, care l-au îndepărtat pe om de natură, de comportamentele arhaice de liniștire a agresivității, mijloacele de inhibiție naturală a agresivității nemaiputând ține sub control aceste arme. Progresul tehnologic ce a minimalizat riscurile și a maximalizat beneficiile, ce a relaxat autocontrolul și autoconstrângerea și a generat criza morală a

societății anonime, se obligă a fi eficient din punct de vedere uman fără a fi opresiv, să fie aplicat după principiile morale și juridice, deci să respecte libertatea umană ca nex al responsabilității omului de știință, să fie aprobat de opinia publică și să fie indemnizat în prejudiciile aduse persoanei. Deși aceste progrese au crescut puterile omului asupra naturii și au făcut viața mai ușoară, dezvoltarea lor după criteriile de profit poate avea și efecte negative, așa cum ar fi estomparea dreptului la viață privată, cu riscul de a oferi o imagine de putere necontrolată a științei și implicit, de încălcare a consensului de opinie publică, dacă legea nu ar interveni în reglementarea unor atari raporturi. Or, întotdeauna, puterea legii s-a născut din consens, din convingerea populației, și cu atât mai mult, aceasta se impune, astăzi, într-un stat democratic.

Evidențe evolutive în sprijinul relației drept natural – lege

După atotputernicia statului din antichitate (cărui nici moartea lui Socrate nu i s-a putut opune și care făcea ca, la romani, dreptul natural să confere rațiuni juridice bogate, adică o realitate ineputabilă, alături de suferințe și autoritate, atât timp cât el rezulta dintr-un fapt obiectiv și din echitate), J. Locke și Montesquieu insistă ca drepturile naturale ale omului să fie recunoscute, fapt ce a premers teoria contractului social prin care oamenii au renunțat la o parte din aceste drepturi în favoarea constituirii societății civile (J.J. Rousseau). Într-un alt sens, Emil Cioran spunea că „pentru a se chinui mai bine, oamenii au înțeles că trebuie să se adune în societate”. De la Declarația Franceză a Drepturilor Omului și cetățeanului din 1789, multe Constituții au consacrat drepturile naturale ale omului ca regulă supremă a legislației (Planiol), atât timp cât rațiunea naturală și universală guvernează oamenii (Hugo Grotius).

Hugo Grotius vedea originea dreptului în aceste drepturi naturale laicizate, iar Toma d'Aquino vedea binele în lucruri naturale, ambii pretinzând că drepturile naturale dirijează relațiile sociale în sensul respectului a tot ceea ce este al altuia, respectul angajamentelor asumate, reparării prejudiciilor pricinuite altora, pedepselor echitabile etc. Ulterior, dreptul natural domină școala dreptului pozitiv (L. Duguit); Kant vedea în drepturile naturale o sursă a imperativelor juridice, orice îndepărtare de la aceste drepturi putând duce la o legislație injustă (Colin și Capitant).

În România, Simion Bărnuțiu (care preda la Iași) scrie *Despre Dreptul Natural Public și Privat*, în 1867, iar Mircea Djuvara apreciază că dreptul

este o sinteză superioară a moralului cu socialul, o sinteză a tot ceea ce este viu și real, a psihicului cu biologicul, deși nega o legislație rațională (pozitivă) universală, atât timp cât societatea este în evoluție, cât timp relațiile juridice dintre oameni implică o conștiință juridică comună, conștiință care, în științele vieții, după noi, nu o poate oferi decât dreptul natural. Djuvara aprecia că nașterea, moartea, sunt realități biologice care nu pot deveni și realități sociale fără intervenția dreptului. De aceea, dreptul natural trebuie să includă, ca un bine comun (*common good*), atât corpul, cât și sănătatea și libertatea, orice solidaritate socială neputând fi reală dacă nu există o unitate între drepturile naturale și de stat. Pe de altă parte, relaxarea autocontrolului și autorestrângerii la care asistăm face ca drepturile naturale să nu mai poată fi separate de stat, de unde necesitatea intervenției sale permanente.

Cutumele, expresie prin excelență a dreptului natural, trebuie deci depășite prin legiferări adecvate, dacă nu în permanență, cel puțin în cuprinderea lor. Evoluția dreptului ne oferă multiple exemple de legi naturale, dacă nu ne-am referi decât la convenții (contracte sinalagmatice, ce țin loc de lege), la obligația indemnizării prejudiciilor (a reparării greșelilor), a echivalenței prestațiilor (*de rem verso*), a nulității prin neîndeplinirea obligațiilor de astăzi, a recunoașterii drepturilor subiective ca antidot al unei civilizații etatiste, dictatoriale, sau al recunoașterii abuzului de drept făcut de stat prin încălcarea drepturilor naturale. Savatier considera astfel că abuzul de drept devine expresia conflictului dintre morală și drept. Astăzi, biserica este un simbol și ea a inclus în mod permanent drepturile naturale în credințele sale, luând atitudine față de eutanasiu, divorț, reglare a nașterilor prin avort, laxitate sexuală etc.

Din cele de mai sus rezultă, cu pertinentă, că viața și sănătatea sunt un drept natural, atât timp cât ele, sub aspect genetic, sunt unice, originale, bazate pe individualitate genetică, cât timp morală are origini etologice, iar respectul acestor drepturi a fost și este un important factor de umanizare, cât timp legile moderne au consacrat chiar și o instituție penală care sancționează refuzul de a da ajutor unei persoane în pericol. Sub același aspect, Dobrinescu consideră că dreptul trebuie să se ocupe de problemele fundamentale ale naturii și condiției umane, ca o modalitate specifică de conservare și transmitere a valorilor, el impunându-se ca matricea existențial-axiologică prin care biologicul se umanizează și se socializează. De aceea, legile actuale trebuie să cuprindă reguli de conduită, reguli sociale, generale și impersonale, obligatorii și flexibile, având în vedere dinamismul vieții sociale, nevoia de a înlocui normele

riguroase cu simțul subiectiv al aplicării legii (Hedreman), ca deziderate de viitor ale legii. Până atunci, orice Stat de drept, prin legile sale, trebuie să cuprindă o schemă cât mai largă a vieții sociale și să le confere o forță de aplicare superioară altor norme. Mai mult, chiar și unele discipline judiciare, ca, de exemplu, criminologia, pot fi considerate specialități de graniță între drept și biologie, puternic influențate de dreptul natural, cât timp trecerea la act depinde de o personalitate plasată într-o anumită situație de viață, cât timp autorul este o personalitate umană.

Dreptul natural și justiția în fața integrității psiho-fizice umane

Justiția bazată pe dreptul natural oferă indivizilor un maxim de coeziune afectivă, un sentiment real al protecției prin unitatea grupului și, după Fundoianu, acest fapt se impune ca cea mai bună formă de civilizație. Dostoievski spunea că, dacă Dumnezeu nu ar exista, totul ar fi permis. *Mutatis mutandis*, dacă legiferările nu ar ține cont de achizițiile științelor vieții, principiile indisponibilității și nepatrimonialității corpului uman ar fi încălcate. Or, cum nici o instanță social umană nu este mai presus de rațiune (așa cum este dreptul), rațiunea ar deveni inoperantă pe plan moral dacă dreptul nu ar ține cont de faptul că această rațiune, cât timp poate servi și binelui și răului (Soloviev), trebuie adusă pe făgașul de a servi numai binele.

Sub aspect biologic, drepturile omului, cum s-a spus, au o bază genetică în individualitatea și originalitatea fiecărei ființe umane. De aici trebuie să derive drepturile omului la libertate, integritate și intimitate. Astăzi, când noile tehnologii au estompat unele din aceste drepturi, măbind riscul conceperii omului ca un obiect și nu ca subiect al acestor drepturi, afirmarea principiului indisponibilității corpului uman (de a fi în afara tranzacțiilor și de a nu putea fi atins fără consimțământul persoanei), ca și al nepatrimonialității corpului (care nu poate fi obiect de proprietate nici pentru *self*, de unde inviolabilitatea și suveranitatea sa), nu se pot garanta fără o legiferare corespunzătoare și cuprinzătoare. Un minimum de legiferare în concordanță cu achizițiile științifice va fi în măsură a crea cel puțin o jurisprudență adecvată și a da dinamism legislației și practicii judiciare. Începând din antichitate, multe dintre drepturile conferite oamenilor au fost concepute ca drepturi naturale, chiar dacă, prin substratul lor rațional, au exprimat îndatoririle și responsabilitățile ce revin omului prin însăși natura sa de ființă creată după un

model divin. Prin urmare, ființa umană era considerată prin ea însăși și în raporturile sale cu ordinea universală a lucrurilor. Ulterior, cei trei mari corifei ai dreptului natural, Vico, Pufendorf și Grotius, au sistematizat și conchis că :

- dreptul natural este fundamentul dreptului, este criteriul justiției, deci este criteriul ideal al dreptului pozitiv ;
- dreptul natural și dreptul pozitiv sunt, ca atare, două aspecte complementare ale aceleiași realități absolute și opozabile, *erga omnes*, cât timp *ubi homo ibi jus*, *ubi homo ibi societas* și deci *ubi societas ibi jus*. Cu alte cuvinte, omul devine fundamentul ultim al dreptului ;
- lipsa elementelor natural-raționale din drept poate naște „monștri” de legi ;
- cu evoluția dreptului de la statut la contract, de la norme impuse la stabilirea de raporturi juridice prin voință proprie, expresia recunoașterii autonomiei persoanei, construirea moralei și dreptului nu se poate face decât prin raportare permanentă la ființa umană, universală și absolută ;
- că, în sfârșit, morala naturală nu ne pune la adăpost de rău, de aceea este nevoie de intervenția dreptului pentru a face ca ființa umană să fie mai presus decât condiția sa. De aici interdicția impusă de dreptul natural și în prezent de bioetică privind traficul de organe, utilizarea industrială a embrionilor, închirierea uterului matern etc.

Relația dintre dreptul natural și drepturile omului

Etapa normativă a soluțiilor legale privind aplicarea rezultatelor științifice la om se bazează pe respectul absolut al drepturilor omului. Ordinea juridică este o concepție despre viață, în centrul dreptului fiind ideea de respect absolut a persoanei umane (O. Ionescu). Când legea se bazează pe astfel de principii generale și permanente, vicisitudinile vieții sociale nu le schimbă și ele dau stabilitate societății. Dacă legea apără valorile fundamentale ale omului la libertate și demnitate (O. Ionescu), ea va fi în măsură să dea stabilitate și să aducă progresul social.

Drepturile omului sunt deci un ideal pentru umanitate, fapt ce obligă la protecția statală și internațională în exercitarea lor, cât timp aceste drepturi ale personalității umane sunt absolute (opozabile *erga omnes*), imprescriptibile și personale (implicând consimțământul). Sub acest aspect, adevărata legislație trebuie să se impună ca o concordanță a faptelor științifice cu normele și principiile dreptului, pentru a evita

încălcarea lor prin explorări abuzive, circumstanțe aleatorii de viață, publicizare inadecvată etc. Știința medico-legală poate ocupa spațiul în care științele vieții trebuie examinate din punctul de vedere al articulațiilor sociale și al mizelor lor legale, de la concepție și până la moarte.

Stările de limită dintre viață și moarte obligă la un diagnostic real de moarte, mai ales în epoca transplantelor de organe unice, în scopul de a nu crea imaginea de decident absolut a medicului asupra vieții și morții pacientului. Dar respectul vieții nu poate fi dus până la absurd, prin prelungirea agoniei și a vieții vegetative (vieții fără speranță), acest respect trebuind să se substituie respectului calității vieții, iar demnitatea omului să se substituie libertății de a dispune „nelimitat” de viață. Noica recomanda a nu prelungi viața peste măsura spiritului, în acest sens impunându-se legiferări care dau medicului dreptul de a întrerupe o reanimare, cât timp moartea cerebrală este certă. Sub acest aspect, legiferările eutanasice impuse de un prognostic grav, fără alternativă terapeutică sau vitală, cu deplinătatea conștiinței bolnavului în luarea unei decizii libere, devin discutabile din punct de vedere medical cât timp, în 80% dintre cazuri, o atare conștiință este afectată depresiv. În aceeași măsură, suicidul asistat vine în contradicție cu protecția caracterului sacru al vieții, deși unii pretind că este mai bine să existe o practică reglementată decât una clandestină. În toate aceste cazuri, problema dreptului la informare și al unui consimțământ liber, expres, informat și specific, poate merge până la opoziția față de o stare de necesitate ce pune în pericol viața? Diferențierea și legiferarea valabilității consimțământului în funcție de o stare de necesitate, de o situație riscantă sau de o alta inofensivă, sunt discutabile din punct de vedere uman și medical.

Pentru nevoia de țesuturi și organe în vederea transplantelor, se impune apoi legiferarea recoltărilor de țesuturi de la donatori în viață, plecând de la drepturile asupra corpului care nu pot fi comercializate, ci impuse doar de scopuri terapeutice și umane, în condițiile unui consimțământ clar, expres și specific și în mod subsecvent cu respectarea condițiilor impuse donatorului: informare despre riscuri, consimțământ dat în prezența a doi martori, proceduri tehnice în afara pericolului pentru viața sa, precum și interzicerea recoltărilor de la minori sau de la bolnavi fără discernământ. De la decedați, pentru nevoia de organe unice, consimțământul nu se poate lua din viață, ci după moarte, cu acordul familiei și, cu stabilirea certă de către două echipe, a momentului morții. De asemenea, se impun condiții pentru receptor, printre care, nevoia ca transplantul să răspundă unei stări de necesitate, cu dreptul receptorului de a refuza și cu o posologie științifică a riscurilor eventuale.

Donarea de organe trebuie apoi să fie gratuită, benevolă (voluntară) și anonimă, mai ales astăzi când există riscul traficului de organe, când corpul a devenit obiect nou pe piață.

În zonele de risc ale practicii medicale, cum ar fi limita dintre viață și moarte, legea trebuie să creeze norme prin care medicul să evite a „violenta” drepturile omului prin abuzuri privind diagnosticul de moarte, prin prelungirea nejustificată a vieții, ca și prin separarea sexualității de reproducere, când, mijloacele și rezultatele cunoașterii științifice se pot întoarce împotriva omului.

Problema momentului când începe viața (imediat după fecundare, când se structurează axul neural sau după 6 luni), ca și cercetările pe embrioni, trebuie, de asemenea, legiferate, în concordanță cu multiplele legislații adoptate de Parlamentul European. Consiliul Europei a legiferat reproducerea asistată medical prin următoarele condiții, conform cărora puterile omului asupra altuia obligă la limite etice și juridice, și anume libertatea cuplului de a decide, cu indicații terapeutice pentru sterilitate, cu conferirea de garanții tehnice și de secret medical, cu consimțământ luminat prin înțelegerea consecințelor actului, cu reglementarea situației viitorilor copii, realizate numai în scop umanitar, deci cu respingerea tranzacțiilor, în centre aprobate și, consecutiv, cu răspunderea medicului pentru rezultat. Din cele de mai sus decurge o nouă filiație (alături de cea de sânge) realizată prin reproducere medical-asistată în interiorul cuplului (autoinseminanție) sau printr-o terță persoană (de la un donator în cadrul heteroinseminanției), de unde posibilitatea recunoașterii paternității, a unei filiații adoptive de la o mamă purtătoare sau a unor copii vânduți de către părinții biologici.

Problemele demografice legate de avort aduc în discuție pericolul îmbătrânirii demografice (ori de câte ori cei peste 60 de ani depășesc 10%), prin condițiile acordate dreptului cuplului de a decide numărul și momentul apariției copiilor, fapt ce impune un echilibru de reglementări între cele restrictive, care duc la denatalitate, și cele laxiste, care duc la o societate a morții, cum spunea E. Ionescu. Între aceste limite, o reglementare a avortului trebuie să vizeze inserarea instinctului sexual într-o finalitate biologică și culturală a speciei.

Contracepția temporară obligă la recomandarea sa medicală prin consimțământ și cu control periodic, la informare asupra riscurilor și cu responsabilitate pentru rezultat. În același context, sterilizarea (contracepția definitivă) va fi o soluție medicală extremă, ce obligă la consultarea și acordul cuplului, cu un consimțământ cert și nu ambivalent și în condițiile unei responsabilități de rezultat.

Intervențiile mutilante implică, de asemenea, restricții legislative rezumate la stări de necesitate ca soluții unice și ultime și cu consimțământul bolnavului și al cuplului.

Se încadrează aici, alături de sterilitate, lobotomia sau hemicorpotomia și transsexualismul, pentru care Parlamentul European cere timp de reflecție un an, numai pentru transsexuali primari, prin consimțământ clar și scris, după schimbarea juridică a sexului și cu excluderea minorilor. Recent, Curtea Europeană de Justiție a legiferat astfel de intervenții.

Dreptul asupra corpului poate merge până la refuzul ca acesta să devină o probă contrară și când chiar publicarea unui fapt, probat de corpul propriu, riscă a deveni un abuz dacă nu este autorizat de lege sau justiție, tot așa ca și narcoanaliza sau detectarea minciunii. În acest context s-ar putea încadra și refuzul de a declara un inocent, de a nu depune mărturie în favoarea unui inocent.

Nocivitatea comportamentului bolnavului psihic, recunoscută și în DSM III și pentru care s-au adus atâtea acuze, obligă la o nouă legiferare, după modelul altor legislații, și anume, la cererea scrisă a familiei sau a unor instituții care arată oportunitatea consultației, după care o comisie de specialiști apreciază oportunitatea internării, eliberând un certificat în primele 24 de ore, urmat de controlul instanței, care trebuie anunțată în termen, și de examinarea periodică a bolnavului de către alte comisii din localități diferite. Legat de aceasta, se impune și dezvăluirea secretului, atunci când pericolozitatea individualizează o persoană determinată (cazul Tarasof) sau prin pericolozitate generală, chiar neindividualizată (cazul Reagan).

- Greva foamei provoacă de asemenea atitudini antinomice, între intervenția și tratarea situației ca o necesitate (atât timp cât viața este sacră și nu se poate dispune de ea), intervenția devenind salutară, ca și în tentativele de suicid sau refuzul oricărui ajutor medical, ori de câte ori refuzul este obstinat, scris și conștient. Se pretinde că respectul absolut pentru viață trebuie să meargă până la refuzul reanimării, în caz de suicid, sau până la dreptul de a nu da ajutor unei persoane în pericol, dacă aceasta îl cere.

- Tortura îl obligă pe medic la neparticipare totală (tortura fiind interzisă în mod expres, prin lege), fapt ce nu exclude elaborarea unui cod deontologic particular pentru persoanele ce lucrează în aceste situații de înalt risc.

- Cercetările clinice pe om s-au bucurat, în multe țări, de legiferări speciale (ex. Legea Huriet, în Franța) ce prevăd următoarele condiții :

- protecția persoanei, indicată pentru orice medicament nou ;
- consimțământul clar ;
- prezervarea integrității persoanei ;
- indemnizarea consecutivă în caz de prejudiciu ;
- apelul la justiție, ori de câte ori apar probleme particulare.

Cercetările pe copii nu se pot face decât exclusiv în beneficiul lor, aceștia fiind asimilați în interese cu adulții și având consimțământul valid al părinților.

- Responsabilitatea juridică a profesiei medicale obligă la :
 - criteriile legale delimitative cu responsabilitatea deontologică ;
 - delimitarea erorii de greșeala medicală ;
 - stabilirea criteriilor științifice ce stabilesc greșeala medicală.

Se impune reglementarea prin asigurări sociale pentru riscurile imprevizibile, cazurile de forță majoră, ca și pentru învățământul medical, unde asigurările pot veni în special în sprijinul dobândirii competenței profesionale. Culpă profesională adăugată culpei prin agresiune se poate impune drept complicitate, cu o cauzalitate dependentă sau inclusă în cauza inițială.

Drepturile naturale ale omului și statul de drept

Supremația legii în fața multiplelor manifestări ale vieții sociale, inclusiv a cuceririlor științei, constituie un deziderat al statului de drept, mai ales astăzi, când epoca tehnologică a dus la o „răsucire” a omului de la vocația adevărată a spiritului (Heidegger).

Natura constituie matricea noastră originală, mama noastră vitregă (Ilya Prigogine), iar întoarcerea la credință, la morală, nu este posibilă fără dreptate (Isaia). Numai dreptatea lucrurilor acestei lumi ne va trimite la lucrările lumii de sus, mai ales astăzi, când medicina și biologia își relevă puterea științifică nelimitată asupra omului (M. Foucault) și când dreptul trebuie să rămână „matricea existențială a biologicului umanizat și socializat” (L. Blaga).

Dacă admitem că omul este o valoare-scop și toate celelalte sunt valori-mijloace, atunci trebuie să admitem, o dată cu G. Ripert, că dreptul, în partea sa cea mai tehnică, în legiferare, este dominat de legea morală, ca natură și scop al desăvârșirii omului.

Inter și transdisciplinaritatea biologiei și dreptului

Deși științele, *per se*, nu au pretenții de normativitate, „raționalizarea realului prin știință” constituie o certă posibilitate de adaptare a omului la mediul său de existență. Pe de altă parte, cel mai izbitor efect practic al științei este acela că, deși știința face posibilă îmbogățirea vieții, în același timp o și complică.

Aceste două aspecte, aparent antinomice, aduc în discuție rolul unor discipline de graniță ca medicina legală și bioetica de a asigura transdisciplinaritatea prin crearea de punți epistemice între două științe diferite ca preocupări, în măsură a da o nouă viziune, integrativă, asupra domeniilor lor de interferență.

Luând în considerare gândirea unidisciplinară a științelor vieții, pe de o parte, și a dreptului, pe de altă parte, medicina legală și bioetica pot face ca legile creației să depășească barierele lor unidisciplinare care, astfel, să stea la baza unor concepții nomotetice comune și, prin acestea, la devansarea legiferării științifice în atari domenii. Medicina legală și bioetica pot realiza o unificare euristică, creatoare, care, apoi, prin baza veridică a legiferărilor adoptate, să aibă aptitudinea de a înlătura anomia socială, înțeleasă major de Parsons ca o lipsă a modelelor instituționale.

Medicina legală și bioetica pot căpăta astfel sarcina de a alimenta reciproc științele de partea acestei granițe, pot face legătura dintre științele vieții și drepturile inalienabile ale omului (*jus corporalia*), care să devină obiect al legiferărilor judiciare, în esență, pot devansa legislația. În domeniul vieții și sănătății persoanei, numai în acest mod legea poate garanta protecția spiritului asupra realului, poate reda științei semnificația sa pentru viață, poate permeabiliza convingerile prin uman și dreptate și, ca un *feed-back*, poate da caracter valorizator științei.

Pentru ca cercetările și cuceririle științelor vieții să fie compatibile cu drepturile omului și cu principiile dreptului, viața socială și activitatea umană trebuie să se lase ghidate de judecățile clare ale legiuitorului, adevăratul entuziasm nevenind nici de la spirit, nici de la natură, ci de la îngemănarea lor. Numai prin devansarea permanentă a legiferărilor în domeniul vieții și sănătății de către știință, dreptul poate da conținut mecanismelor ce promovează libertatea omului și drepturile sale.

În prefața la *Responsabilitatea medicală* a lui Fruma, din 1944, M. Kernbach concepea medicina legală „ca o auxiliară pozitivistă a dreptului”, prin aceasta înțelegând rolul științei în devansarea legilor, mai ales atunci când este vorba de dreptul medical (de responsabilitatea

medicală). Bioetica, această „justiție de conștiință” a medicinei, trebuie să preceadă dreptul, dacă admitem că justiția se bazează pe adevăr, iar adevărul trebuie să fie totdeauna științific.

În secolul actual, al epistemologiei, justiția nu se poate dispensa de știință, nici în legiferarea instituțiilor judiciare, nici în administrarea lor.

Controlul social prin drept al relațiilor dintre tehnică și om nu se poate realiza dacă nu ținem cont de indivizii care alcătuiesc societatea, de drepturile și libertățile lor, de limitele acestor drepturi sau de consecințele încălcării lor. Fără acest control, spune Marcuse, societatea ar deveni o abstracțiune. În acest sens, și în materia de care ne ocupăm, G. Ripert cerea recrearea unui drept medical special.

Principii bioetice de evaluare expertală

Pe lângă problemele de drept material anterior expuse, problemele științifice sunt o condiție *sine qua non* a justiției, iar rolul lor în progresul social a fost de necontestat, iar astăzi este pregnant. În domeniul vieții și sănătății, medicina se impune ca o nouă știință a protecției și respectului drepturilor umane, de aceea o nouă legislație expertală trebuie să fie deschisă reglementărilor europene, fenomen justificat de mobilitatea populației actuale, ce obligă la puncte de vedere științifice și metodologii unice de lucru.

În acest scop, activitatea *expertală* implică :

- principiul independenței, cu aptitudinea de a crește responsabilitatea. Adevărul posedă o existență independentă, fapt ce decurge din neutralitatea omului de știință, iar din aceasta decurge imparțialitatea sa. Mai mult, acest principiu este susținut și de puritatea axiologică a actelor științifice expertale, care include probitatea și obiectivitatea. Din principiul independenței decurge libertatea expertului care, prin lege, devine o libertate ordonată legal, prin stat devine o libertate garantată ca autonomie, iar prin justiție devine libertatea independenței opiniilor sale. În sfârșit, din principiul independenței decurge credibilitatea opiniei publice, iar probele științifice devin astfel o garanție a exercitării drepturilor și libertăților persoanei. Argumentarea științifică, unicul criteriu al adevărului (verificat atât pe verticală, cât și pe orizontală, prin arbitraj științific), posedă darul de a traduce în practică principiul independenței expertale ;
- principiul respectării autonomiei persoanei implică respectul oficialității (în penal) și al contradictorialității (în civil), cu garantarea

- dreptului părților la informare, la consimțământ, ca și a dreptului de a cunoaște concluziile expertizei, de a fi asistată de medicii personali, iar pentru expert, de a lua în considerare obiecțiunile acestor părți ;
- principiul integrării clinico-universitare obligă la contactul permanent al medicinei legale cu celelalte specialități medicale, la racordarea progresului medical la nevoile expertizei ; în acest mod, statutul medicinei legale, de auxiliară a justiției, devine desuet ;
 - principiul autorității expertului obligă la imparțialitate, la profesiune de credință în scopul de a crește „coeficientul de științificitate” al expertizei și controlul validității sale epistemice (al argumentării și demonstrării științifice ca singur criteriu al adevărului științific).

Vidul normativ actual trebuie deci umplut cu criterii deontologice (cutume profesionale) și științifice (adevăruri bioetice) care pot fi surse de drept. Prin aceasta, principiul autorității expertului și statutul său vor câștiga în autoritate (competență) și conștiinciozitate, vor crea imaginea medical-expertală a obligației de constatare și nu de conciliere, imaginea obiectivității științifice, indiferent cui aparține aceasta.

Știința, drepturile omului, bioetica și legea

În condițiile dezvoltării tehnico-științifice contemporane, bioetica trebuie să fie un răspuns la provocările științei ce se deplasează, de regulă, în afara legilor morale și juridice. Dintotdeauna, promovarea drepturilor omului a fost o barieră, mai mult sau mai puțin eficace, împotriva violenței și a abuzului, iar astăzi, prin caracterul lor universal, drepturile devin o normă elementară de comportament profesional.

Constituția României ocrotește și garantează drepturile inalienabile ale persoanei umane, care trebuie interpretate și aplicate în concordanță cu Declarația Drepturilor Omului, cu pactele și tratatele la care România este parte, în caz de neconcordanță având prioritate reglementările internaționale.

Capitolul II al Constituției României (articolele 22-48) se referă la drepturile și libertățile fundamentale. Este evidentă influența documentelor internaționale adoptate în materie, în legea fundamentală fiind prevăzute, printre altele, dreptul la viață și la integritatea fizică și psihică, libertatea individuală și siguranța persoanei, dreptul la viață intimă, familială și privată, dreptul la ocrotirea sănătății etc.

În ceea ce privește respectarea obligațiilor rezultând din tratatele internaționale la care România este parte (mai precis, raportul dintre dreptul internațional și dreptul intern), art. 11 al Constituției se referă la îndeplinirea „întocmai și cu bună-credință” a acestora, pentru ca, în art. 11 (2), să stipuleze faptul că „tratatele ratificate de Parlament, potrivit legii, fac parte din dreptul intern”. Prin urmare, țara noastră a adoptat principiul monist al receptării dreptului internațional. Expresia „potrivit legii” face trimitere la Legea nr. 4 din 11 ianuarie 1991, privind încheierea și ratificarea tratatelor, iar art. 4 precizează care sunt acordurile, tratatele, convențiile internaționale care sunt supuse Parlamentului spre ratificare (și anume, cele din domeniile colaborării politice și militare, cele care sunt de natură să atragă adoptarea de legi sau revizuirea celor în vigoare, cele ce implică angajamente politice sau financiare ori privind regimul politic și teritorial al statului, drepturile și libertățile cetățenești sau participarea la organizațiile internaționale).

O altă prevedere constituțională – din art. 20 – focalizează atenția asupra drepturilor omului, atunci când arată că dispozițiile constituționale privind drepturile și libertățile cetățenești vor fi interpretate și aplicate în concordanță cu Declarația Universală a Drepturilor Omului, cu pactele și cu celelalte tratate la care România este parte – art. 20 (1) –, iar dacă există neconcordanțe între acestea și legile interne, au prioritate reglementările internaționale – 20 (2).

Fără a insista asupra discuțiilor ivite în jurul acestor formulări, trebuie să facem mențiunea că ne raliem opiniilor potrivit cărora aplicarea tratatelor internaționale referitoare la drepturile omului în sistemul judiciar românesc se face în mod direct (recepția imediată a tratatelor ratificate), aceasta fiind, de altfel, singura modalitate prin care mecanismele create în domeniu – și în cadru regional, de importanță majoră pentru noi – de Convenția Europeană a Drepturilor Omului, pot dobândi eficiență.

Documentele Consiliului Europei includ recomandări privind întărirea solidarității europene (prin respectarea drepturilor și libertăților omului), identificarea de noi amenințări la existența acestor drepturi, sensibilizarea opiniei publice privind importanța ocrotirii lor, căutarea de soluții juridice și etice privind evoluția științelor contemporane, mai ales atunci când acoperirea golului juridic față de consecințele lor se impune a fi supleat prin norme de bioetică. Știința călăuzită de utilitate și eficacitate poate naște conflicte de conștiință între riscuri și beneficii, între cercetător și opinia publică, motiv pentru care cercetarea pe om este obligată a respecta dimensiunile naturale, sacre, ale demnității umane.

Știința reprezintă astfel soclul bioeticii, în virtutea căreia libertatea și autonomia de cercetare nu se pot realiza fără respectul absolut al drepturilor și libertăților umane. În acest sens, MURS (Mișcarea Universală pentru Responsabilitatea Științei) militează pentru introducerea unui nou articol în Declarația Universală a Drepturilor Omului, și anume acela după care „cunoașterea științifică nu trebuie utilizată decât pentru a servi demnitatea, integritatea și devenirea omului”. Într-adevăr, pentru a nu încălca drepturile omului, tehnologiile biomedicale moderne nu vor transforma omul într-un obiect, nu vor estompa dreptul la viață privată, știința nu se va dezvolta necontrolat, după criteriile de profit. În consecință, nu știința trebuie respinsă, ci aplicarea sa incorectă, fiind nevoie ca știința să fie eficace, fără a fi opresivă.

În itinerarul biologic dintre concepție și moarte, știința ridică multiple probleme ce trebuie rezolvate prin respectul absolut al ființei umane, printr-un permanent echilibru între cuceririle științifice și semnificația lor.

Bioetica se impune astfel ca o legătură de filiație între știință și drepturile omului și include două aspecte: al respectului omului ca întreg (fragmentat astăzi în gameți, embrioni, organe pentru transplant etc.) și al evitării oricăror abuzuri asupra libertății de exprimare a omului.

Într-o societate pluralistă, deschisă unor multiple opțiuni, știința are nevoie de o etică evolutivă, dinamică și deschisă, conform dreptului sacru al persoanei de a fi ea însăși. Sub acest aspect, bioetica devansează dreptul, ca și rezoluțiile și convențiile din domeniul științei, pentru ca integritatea omului să nu fie afectată de știință.

Într-adevăr, drepturile naturale, drepturile omului devin piatra de încercare a bioeticii și dreptului pozitiv, care au misiunea de a respecta inviolabilitatea corpului uman prin plasarea sa în afara oricărui tip de comerț. În virtutea acestor drepturi, atingerea corpului uman nu se poate face decât din necesitate terapeutică pentru persoana umană, numai prin prevederi legale și nici după moarte sau ca *res nullius* corpul uman nu poate fi fragmentat.

Evoluția relației dintre drepturile omului și bioetică a parcurs drumul de la fatalitatea riscului de la natură, la indemnizarea actuală, ca expresie a solidarității umane. Apoi a evoluat de la puterile sacerdotale ale medicului, până la garanțiile de independență și libertate ale bolnavului, de la paradigma încrederii nelimitate a bolnavului în medic, până la consimțământul său liber și clar, plasat între o discreție liniștită și o lămurire excesivă. Aceasta evoluție s-a constituit într-un antidot al unor abuzuri, mai ales în cercetarea și experimentul medical.

Astfel, bioetica s-a plasat între individualismul drepturilor omului și universalitatea lor, devenind un sistem fiabil de autoreglare morală și legală, universalitatea normelor sale trebuind a fi preservată atât în conștiința individuală, cât și în consensul social.

Bioetica este în măsură de a face caduce curente antimedicale actuale și riscul de derivă al medicinei printr-o practică defensivă. Bioetica ajută ca relația medic-bolnav să fie permanent personalizată și nu standardizată prin tehnologie și neglijare a umanului, astfel ca activitatea medicală să nu devieze de la îndeletnicirea sa milenară, aceea de a ajuta și îngriji.

În condițiile în care omul a devenit stăpân al procreației, eredității și creierului, la rigoarea rece a științei trebuie adăugate și căldura vieții, și profunzimea reflecției inspirate de dragostea pentru om (J. Bernard). Arta de a dirija cercetarea științifică prin bioetică devine un gardian al aplicării acestor cuceriri la om. Numai bioetica va fi în măsură a soluționa conflicte ca acelea dintre respectul absolut al drepturilor persoanei asupra

corpului său și incriminarea lipsei de ajutor necesar unei persoane aflate în pericol sau dintre un testament biologic conștient, de refuz al tratamentului, și o stare de necesitate.

Bioetica stabilește filiații epistemice cu cercetarea științifică (omul de știință trebuie să contribuie la limitarea efectelor nedorite ale științei), cu filosofia (libertatea fiind expresia facultății ontologice de autodeterminare), cu politica și economia (privind selectarea bolnavilor după criterii etice, când resursele terapeutice sunt limitate) și cu jurisprudența (care se adaptează mai dinamic decât legea la evoluția științei).

Convențiile și recomandările Consiliului și Parlamentului European, precum cercetarea științifică pe om, rolul ADN-ului în sistemul justiției penale, reproducerea medical-asistată, transplantele, protecția bolnavilor psihici, dreptul la ereditate etc., confirmă faptul că „impactul dezvoltării științei asupra drepturilor omului a creat și face actuală o nouă știință universală, bioetica, a cărei priză de conștiință este pozitivă în Comunitatea Europeană”. Mai mult, jurisprudența Curții europene traduce în viață spiritul bioeticii, prin crearea unui permanent echilibru între protecția persoanei și sănătatea colectivității, corectând diferitele hotărâri ale statelor membre, atât deciziile, cât și propunerile *de lege ferenda* fiind precedate de rapoarte de bioetică (ex. Legea Caillavet, Battinder, Huriet etc.).

Bioetica și progresul au schimbat și optica privind responsabilitatea medicală. Progresul tehnic medical face ca această responsabilitate să gliceze din ce în ce mai mult către o acoperire prin asigurări a riscurilor aduse de știința actuală, fapt justificat de dreptul constituțional la asigurarea sănătății, de accesul la îngrijiri medicale și de aici de obligativitatea indemnizării. Prin aceasta, riscul unei responsabilități profesionale obiective (*ubi emolumentum ibi onus*) poate fi redus numai prin valori și criterii etico-juridice precum autodeterminarea persoanei, beneficiul individual și social al actului medical (minimalizarea riscurilor și maximalizarea beneficiilor) și chiar avizul justiției în cazuri dificile. Atari criterii constituie expresia supraiacentă a principiilor imuabile privind drepturile omului și anume al primordialității persoanei, al demnității, inviolabilității și indisponibilității corpului său. Mai mult, în cazul încălcării acestor drepturi, sîta penală, prea largă pentru evaluarea răspunderii, se impune a fi îngustată prin aceleași criterii bioetice, iar un statut bioetic de ordin medical să constituie o garanție de moralitate, probitate și fidelitate oferită opiniei publice acolo unde legile tac. De aceea, incriminarea unor abuzuri medicale susține afirmația că juriștii și medicii trebuie să fie primii chemați în a promova drepturile omului.

Dar riscurile unor abuzuri privind cercetarea și experimentul medical persistă și azi, dacă nu ar fi să amintim decât acoperirea lor eventuală prin propunerea recentă de dirijare a problemelor etice ale AMM de către un fost medic nazist precum Hans Joachim Sewering. În același context, Societatea Internațională „Medicina pentru Drepturile Omului” propune chiar înființarea unui Tribunal Internațional permanent sub egida ONU pentru astfel de abuzuri, în scopul de a susține ideea că demnitatea omului constituie un drept, dar și o trăsătură a umanității, ce riscă a fi încălcat, de violența directă sau indirectă actuală.

În concluzie, neliniștilor umane privind posibilitatea schimbării omului prin știință, bioetica le aduce speranța respectului și a renașterii permanente a valorilor umane, a renașterii omului ca unicat ce obligă la un respect absolut, de la concepție până la moarte. Mentalității pur științifice a omului ca obiect în cercetare, bioetica îi opune concepția omului ca suveran pe corpul său, ca subiect al dragostei și compasiunii interumane și medicale. În acest sens, responsabilizarea activității de cercetare biomedicală și de îngrijire medicală trebuie să constituie un exemplu de ceea ce ar trebui să fie baza unei democrații reale. Așa cum spunea Rudolf von Ihering, fiecare există pentru omenire și omenirea există pentru toți. În fața progresului științific și tehnologic biomedical ce poate amenința viitorul drepturilor omului, respectul valorilor umane rămâne singura pavăză. De aici, caracterul universalist atât al științei, cât și al bioeticii. Cât timp știința este o provocare, bioetica trebuie să fie un răspuns.

Drepturile inalienabile asupra corpului și, consecutiv, bioetica, nu sunt numai universale, ci și sacre, ele având origine comună în dreptul natural. De aceea, orice pretinsă desacralizare a lor nu le poate înlătura caracterul transcendent.

Studiind implicațiile și semnificațiile etice ale descoperirilor și performanțelor biomedicale, bioetica încearcă să realizeze ceea ce Tucidide afirma :

„Voi, care prin hotărârile voastre veți fi creatorii evenimentelor viitoare, bune sau rele, aveți tot dreptul (dar și datoria, n.n.) de a vă gândi la consecințele lor posibile.”

Științele vieții și drepturile omului. Analize și perspective în plan global și regional european

Dintotdeauna, promovarea drepturilor omului a fost o barieră mai mult sau mai puțin eficientă împotriva violenței cu dimensiunile sale umane (ca individ) și ecologice (ca populație) complementare. Din acest motiv, drepturile naturale au fost considerate de origine sacră și, prin aceasta, imprescriptibile. Astăzi, respectul acestor drepturi a căpătat o dimensiune universală prin internaționalizarea lor și a devenit o normă minimă de comportament, indiferent de profesiune.

Formularea actuală a drepturilor omului derivă, așa cum am arătat, din aceea a drepturilor naturale, care a preocupat gândirea filosofilor timp îndelungat. Desigur, este practic imposibil să stabilim cu certitudine momentul exact în care ideea dreptului natural a devenit curentul cu același nume. Prioritățile filosofilor s-au schimbat în permanență, ele reflectând și influențând în același timp schimbarea mentalităților și a comportamentelor umane. De aceea, o abordare filosofică a drepturilor omului implică trecerea în revistă a ideilor legate de înțelegerea rolului și poziției omului în diferite etape istorice, de raporturile dintre individ și comunitate – și în special cu reprezentanții autorității –, de aspirațiile spre libertate și egalitate.

Încă din sec. al V-lea î.Hr., școala sofistă punea în centrul preocupărilor omul, ca „măsură” a tuturor lucrurilor (Protagoras) și opinia individuală, influențând gândirea ulterioară a filosofiei antice grecești, reprezentată de Socrate, Platon, Aristotel. Socrate se identifică cu deviza „cunoaște-te pe tine însuși”, devenită celebră, îndemnând la meditația asupra sensului destinului individual și a rolului individului în societate. Filosoful, relevat de dialogurile lui Platon, avea în vedere individual-cetățean, căruia îi recomanda – ca datorie de conștiință – respectarea legilor statului, chiar imperfecte, pentru a evita intervenția sancțiunii.

Platon, la rândul său, concepe omul tot ca cetățean, adică tot prin prisma legăturii de apartenență la stat, motiv pentru care este preocupat de aspectele necesare pregătirii sale pentru viața publică. El pornește însă de la ierarhizarea persoanelor în cadrul statului (înțelepți, luptători, meseriași și agricultori), înlăturând, prin urmare, de la început, ideea de egalitate. Aristotel vorbește despre omul destinat vieții politice și despre stat ca organism ce trebuie să domine prin legi. Binele individual este subordonat binelui statului, iar egalitatea este împărțită proporțional, după natură, pentru ca fiecare să-și găsească locul.

O breșă în comunitatea închisă a cetății este realizată de reprezentanții doctrinei stoice (Zenon din Cipru, Seneca, Epictet, Marc Aureliu), prin întoarcerea către idealul omului înțelept (deci liber), trăind numai conform naturii. Astfel, acești gânditori au exprimat doctrina drepturilor naturale, inerente naturii umane, de care toți oamenii trebuie să beneficieze în mod egal, pentru că sunt dotați cu rațiune.

Creștinismul a contribuit de asemenea la dezvoltarea concepțiilor umaniste. În cadrul doctrinei creștine, persoana dobândește o demnitate nouă, iar egalitatea cu semenii săi este evidentă, toți fiind creaturi ale lui Dumnezeu. Toate calitățile omului capătă expresii noi, iar preceptele biblice („să nu furi”, „să nu ucizi” etc.) constituie modele pentru declarațiile ulterioare ale drepturilor (consacrate sub forma respectului dreptului de proprietate sau al dreptului la viață.).

Doctrina contractualistă (inspirată din gândirea sofistilor) afirmă trecerea de la *status naturae* (stare anterioară apariției statului, caracterizată prin deplina libertate a oamenilor și nesupunerea în fața nici unei autorități) la *status societatis*. Se creează astfel statul, urmare a ideii de contract social, adică de acord prin care oamenii pun capăt stării naturale, primitive, și întemeiază o putere politică. Noi raporturi și noi perspective se creează o dată cu acest pas, fiind trecute și acestea prin filtre diferite ale gândirii. Este suficient să menționăm aici modul în care înțeleg contractul social John Locke (ca abandonare de către oameni a unei părți a libertății lor, în favoarea suveranului pe care l-au creat, dar păstrând decizia asupra drepturilor și libertăților pe care le păstrează), Jean-Jacques Rousseau (ca renunțare a oamenilor la întreaga libertate originară, în favoarea comunității) sau Thomas Hobbes (care vede în stat garanția ordinii, însă cere indivizilor subordonarea necondiționată).

Desigur, pentru o adevărată filosofie a drepturilor omului ar trebui să detaliem toate aceste etape și eventual să adăugăm alte și alte influențe specifice unor perioade istorice și unor gânditori (aceea a filosofiei Renașterii, a gândirii lui Immanuel Kant ș.a.), însă intenția noastră este aceea de a puncta doar câteva dintre sursele de inspirație ale viitoarelor documente privind drepturile omului. Aceasta, întrucât este imposibil să plasăm într-o anumită perioadă istorică sau într-o anumită regiune geografică originile drepturilor omului, câtă vreme ideile generoase și aspirațiile spre libertate au însoțit însăși evoluția societății umane.

Pe de altă parte, trebuie să subliniem faptul că idealurile umaniste au fost dublate de mișcarea juridică, grație căreia marile revendicări au fost transpuse în practică. De altfel, se poate spune că drepturile omului au reprezentat idealuri care s-au transformat în realități juridice.

Elaborarea de documente (carte de drepturi, *bill*-uri, declarații etc.) a căror forță a constituit-o recunoașterea și respectarea anumitor drepturi, având drept sursă de inspirație idei filosofice, a însemnat progresul drepturilor omului.

Primele documente care se pot menționa sunt pactele engleze : *Magna Charta Libertatum*, „Petiția drepturilor”, *Habeas Corpus Act* și *Bill*-ul drepturilor.

Magna Charta, elaborată de regele Ioan fără Țară (la 19 iunie 1215), a fost primul document în care se declara că nici un om liber nu poate fi arestat, deținut, urmărit, exilat în mod arbitrar și nu poate fi judecat decât de către egalii săi, în conformitate cu regulile dreptului cutumiar. „Petiția drepturilor” (semnată de Carol I al Angliei, la 7 iunie 1628), precum și *Habeas Corpus Act* (din 1679, în timpul domniei lui Carol al II-lea) declară ilegale arestările arbitrare și precizează anumite garanții individuale (aceea a verificării legalității reținerii, prin obținerea unei hotărâri – *writ* – în acest sens). În ceea ce privește *Bill*-ul drepturilor (din 13 februarie 1689), acesta marchează momentul instaurării monarhiei constituționale în Anglia și conține, pe lângă drepturile parlamentului, și dispoziții privitoare la drepturile cetățenilor de a-și alege propriii reprezentanți și la garantarea libertății de expresie.

În continentul american, sunt elaborate, de asemenea, primele documente, pe care le putem numi declarațiile americane : Declarația de independență, *Bills of Rights* și Amendamentele la Constituția federală. În Declarația de independență (semnată la 4 iulie 1776, la Philadelphia) se arată că oamenii sunt creați egali și au câteva drepturi inalienabile, printre care dreptul la viață și la libertate.

Bills of Rights constituie părți introductive ale viitoarelor constituții ale celor treisprezece state americane devenite independente și au fost semnate în 1777, iar Amendamentele la Constituția federală (adoptate în 1791), deși în număr de zece, formează practic o declarație a drepturilor, dintre care amintim : libertatea credinței și dreptul de a practica o religie, dreptul la viață privată – siguranța persoanei, a domiciliului, a corespondenței, care nu pot face obiectul perchezițiilor ori confiscărilor ilegale –, garanții procesuale pentru persoanele acuzate etc.

În aceeași categorie a declarațiilor de drepturi care au constituit repere ale drepturilor omului se înscrie Declarația Drepturilor Omului și Cetățeanului, din 27 august 1789, semnată de Adunarea Constituantă, care ulterior se va regăsi în preambulul Constituției Franței din 1791. Această declarație incendiară, emanație a Revoluției, subliniază, printre

altele, că fundamentul tuturor constituțiilor trebuie să-l constituie recunoașterea drepturilor naturale ale oamenilor, care „se nasc și rămân liberi și egali în drepturi”. Drepturile naturale, imprescriptibile, consacrate în declarație, sunt dreptul la libertate, la proprietate, la siguranța persoanei.

Toate aceste documente pe care le-am enumerat conțin idei și principii cu o valoare generală, universală, ce au depășit cadrul în care au fost adoptate, devenind, ulterior, modele, surse de inspirație pentru constituțiile viitoare ale statelor.

Consacrarea drepturilor omului pe plan internațional se realizează însă după cel de-al doilea război mondial, în contextul unei noi ordini internaționale. Incredibilele suferințe și pierderi de vieți omenești și uriașele distrugerii suferite de omenire au reclamat acțiuni concrete în direcția prevenirii conflictelor, a respectării drepturilor și libertăților.

În 1945, se semnează Carta ONU, care, deși nu definește drepturile omului, face referiri la respectul „universal” datorat acestora, ca o condiție a atingerii scopurilor generoase pe care statele semnatare și le propun.

În anul 1948, este adoptat, la Paris, primul document referitor la drepturile omului, elaborat în comun de către state, Declarația Universală a Drepturilor Omului, care va fi invocat ulterior în toate celelalte pacte, carte, acorduri încheiate.

Drepturi civile și politice (sau drepturi din prima generație) se întâlnesc cu drepturi economice, sociale și culturale (din cea de-a doua generație), iar drepturile din cea de-a treia generație sunt conturate. Astfel, sunt prevăzute: dreptul la viață și libertate al oricărei ființe umane, interzicerea torturii, a pedepselor, tratamentelor, pedepselor crude, inumane sau degradante, egalitatea în fața legii și dreptul la protecție egală a legii, interzicerea oricăror imixțiuni în viața personală, de familie, dreptul de liberă circulație, libertatea de gândire, conștiință și religie, libertatea de opinie și de exprimare, dreptul de proprietate, dreptul de a lua parte la conducerea treburilor publice ale țării.

Pe de altă parte, sunt prevăzute dreptul la muncă și la libera alegere a muncii, dreptul la securitate socială, dreptul la condiții satisfăcătoare de muncă, dreptul la odihnă, la o durată rezonabilă a zilei de muncă, la concedii plătite, la un nivel de trai care să asigure sănătatea și bunăstarea, dreptul la asigurare – în caz de boală, șomaj, invaliditate, văduvie, bătrânețe – dreptul de a lua parte în mod liber la viața culturală a societății.

Fiind adoptată ca rezoluție a Adunării Generale a ONU, forța juridică a declarației a fost contestată inițial, dar ulterior recunoscută, printre altele, tocmai datorită reluării conținutului său în numeroase documente.

Pactul internațional referitor la drepturile civile și politice, adoptat de Adunarea Generală a ONU în 1966, este unul dintre aceste documente, având tot caracter de universalitate și care, pe lângă faptul că adaugă câteva drepturi ce nu fuseseră în declarație (dreptul oricărui copil la o cetățenie, la măsuri de ocrotire impuse de condiția sa de minor sau interzicerea întemnițării pentru neplata obligațiilor contractuale), detaliază drepturile din Declarație și prevede crearea unui organism special, însărcinat cu urmărirea aplicării acestora în practică – Comitetul Drepturilor Omului.

Nu în ultimul rând, trebuie subliniat faptul că pactul introduce categoria drepturilor „non-derogabile”, adică acele drepturi care sunt exceptate de la măsurile derogatorii pe care statele le pot lua de la dispozițiile pactului, în cazul apariției unui pericol public excepțional, de natură a amenința însăși existența națiunii. Aceste drepturi sunt expres prevăzute în document: dreptul la viață, dreptul de a nu fi supus la tortură, tratamente crude, inumane ori degradante, dreptul de a nu fi ținut în sclavie, dreptul de a nu fi întemnițat pentru neexecutarea obligațiilor contractuale, dreptul de a nu fi condamnat pentru acțiuni (omisiuni) ce nu constituie acte delictuoase, dreptul la personalitate juridică, libertatea gândirii, conștiinței, religiei.

Pactul internațional referitor la drepturile economice, sociale și culturale, adoptat de asemenea în 1966, se referă la drepturile din cea de-a doua generație, care urmau să fie recunoscute progresiv, în fiecare stat, în funcție de posibilitățile existente și prin măsuri specifice.

În același an, 1966, este adoptat și *Protocolul facultativ la Pactul internațional privind drepturile civile și politice*, prin care se inițiază un sistem de plângeri individuale, ce conferă posibilitatea persoanelor care sunt victime ale încălcărilor drepturilor prevăzute în pact de a se adresa Comitetului Drepturilor Omului.

În 1989, a fost adoptat *Protocolul facultativ la Pactul internațional privind drepturile civile și politice, referitor la abolirea pedepsei capitale*, care recomandă statelor membre să ia toate măsurile necesare în vederea realizării acestui deziderat și, implicit, a asigurării respectării dreptului la viață al omului.

Documentele menționate, Declarația Universală, cele două pacte internaționale și, respectiv, protocoalele facultative la pactul referitor la drepturile civile și politice – au fost reunite sub denumirea de Carta Internațională a Drepturilor Omului, tocmai datorită importanței pe care o reprezintă și caracterului general, de universalitate pe care îl au.

Cartei internaționale i s-au alăturat, în timp, numeroase *convenții internaționale* referitoare la drepturile omului. O prezentare exhaustivă a acestora fiind practic imposibilă, ne vom mărgini, în acest cadru, să prezentăm câteva dintre cele mai importante, urmând clasificarea acceptată de specialiștii în domeniu.

Grupa convențiilor cu caracter specific, adică cele ce au drept obiect anumite drepturi, include :

- Convenția pentru prevenirea și reprimarea crimei de genocid, adoptată de Adunarea Generală a ONU, la 9 decembrie 1948, și intrată în vigoare la 12 ianuarie 1951 ;
- Convenția asupra imprescriptibilității crimelor de război și a crimelor împotriva umanității, din 26 noiembrie 1968 (intrată în vigoare la 11 noiembrie 1970) ;
- Convenția asupra torturii și a altor tratamente ori pedepse crude, inumane sau degradante, adoptată de Adunarea Generală a ONU la 10 decembrie 1984 (intrată în vigoare la 26 iunie 1987) ;
- Convenția suplimentară referitoare la abolirea sclaviei, comerțului cu sclavi și practicilor analoage sclaviei, adoptată la 30 aprilie 1956 și intrată în vigoare la 30 aprilie 1957 ;

O altă grupă de convenții internaționale se referă la protecția anumitor categorii de persoane. Exemplele sunt edificatoare :

- Convenția asupra drepturilor politice ale femeii, adoptată la 20 decembrie 1952 și intrată în vigoare la 7 iulie 1954 ;
- Convenția asupra cetățeniei femeii căsătorite, din 29 ianuarie 1957 (intrată în vigoare la 11 august 1958) ;
- Convenția cu privire la drepturile copilului, adoptată la 20 noiembrie 1989 ;

În sfârșit, categoria convențiilor care au ca obiect interzicerea discriminării bazate pe sex, rasă, origine etnică, religie etc., cuprinde, printre altele :

- Convenția internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială, adoptată la 21 decembrie 1965 (în vigoare din 4 ianuarie 1969) ;
- Convenția internațională asupra eliminării și reprimării crimei de apartheid, din 30 noiembrie 1973 (în vigoare din 18 iulie 1976) ;
- Convenția asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei, adoptată la 18 decembrie 1979 (în vigoare din 3 septembrie 1981).

După cum am menționat, comunitatea internațională a statelor a fost și este preocupată nu numai de elaborarea documentelor referitoare la drepturile omului, ci și de asigurarea respectului acestora de către state, de aplicarea în practică a dispozițiilor lor. În acest sens, au fost create organisme internaționale care sunt însărcinate tocmai cu observarea modului în care sunt respectate obligațiile asumate de către state. Astfel, dacă pe baza dispozițiilor Pactului internațional referitor la drepturile civile și politice a fost înființat Comitetul pentru drepturile omului, pentru Pactul internațional referitor la drepturile economice, sociale și culturale a fost creat, după modelul celui dintâi, Comitetul pentru drepturi economice, sociale și culturale. Pentru implementarea unor convenții internaționale, de asemenea, au fost create mecanisme specifice: Comitetul pentru eliminarea discriminării rasiale (înființat în 1970) în vederea observării îndeplinirii obligațiilor asumate prin convenția cu același nume; Comitetul împotriva torturii (în 1987); Comitetul pentru drepturile copilului; Comitetul pentru eliminarea discriminării față de femei (creat în 1993).

În cadrul sistemului de protecție al drepturilor omului fundamentat de ONU, trebuie subliniată activitatea Comisiei Drepturilor Omului, înființată în 1946, de către ECOSOC, care este abilitată să facă recomandări, să inițieze proiecte în vederea elaborării de documente, să monitorizeze drepturile omului și, în general, să rezolve orice probleme legate de acest domeniu. Comisia, la rândul său, a creat Subcomisia pentru prevenirea discriminărilor și protecția minorităților. Toate organele organizației au, de altfel, atribuții în direcția observării respectării drepturilor fundamentale și a elaborării de proiecte în vederea îmbunătățirii acestei activități: Adunarea Generală, Consiliul Economic și Social, Consiliul de Securitate.

Pe lângă sistemul global de protecție a drepturilor omului, creat, așa cum am văzut, pe baza activității ONU și a convențiilor internaționale ulterioare, se poate vorbi despre *sisteme de protecție regionale*: american, african și european.

Sistemul american este fundamentat pe Carta Organizației Statelor Americane (OSA), adoptată la 30 aprilie 1948 (în vigoare din 13 decembrie 1951) și pe Declarația Americană a Drepturilor și Îndatoririlor Omului, (adoptată la 2 mai 1948, în cadrul Conferinței Internaționale a statelor americane). În anul 1969, este adoptată Convenția Americană a Drepturilor Omului, document ce conține dispoziții referitoare la drepturile civile și politice.

Mecanismul concret de protecție a drepturilor omului în sistemul american este constituit din organisme înființate pentru aplicarea prevederilor convenției: Comisia Interamericană a Drepturilor Omului și Curtea Interamericană a Drepturilor Omului. Acestea, ca de altfel și organisme similare din sistemul european, aplică anumite reguli de procedură pentru soluționarea plângerilor provenind de la statele părți (plângeri inter-state) și de la persoane fizice, victime ale încălcărilor drepturilor prevăzute de convenție. De menționat că, în acest sistem, plângerile individuale sunt supuse unei proceduri obligatorii și cele interstate, uneia opționale.

Sistemul african de protecție a drepturilor omului este fundamentat pe prevederile Cartei Organizației Unității Africane (OUA – organizație regională interguvernamentală creată în 1963), care își propune ca obiective protecția drepturilor, și ale Cartei Africane a Drepturilor Omului și Popoarelor (sau Carta Banjul, adoptată la 26 iunie 1981, intrată în vigoare la 21 octombrie 1986).

Particularitățile acestui sistem sunt date de o serie de aspecte tradiționale, care influențează percepția asupra drepturilor omului, astfel că mecanismul african, la rândul său, este diferit de celelalte mecanisme regionale, în sensul că, pe baza dispozițiilor Cartei Africane, a fost înființat ca unic organism Comisia pentru Drepturile Omului și Popoarelor. Aceasta este secundată de Adunarea Șefilor de Stat și de Guvern (ca organ al OUA) în anumite faze ale procedurii de soluționare a sesizărilor (asupra cărora nu vom insista), așa cum, de altfel, și în sistemul american, Adunarea Generală a OSA are atribuții specifice, sau, cum vom vedea, în sistemul european intervine Comitetul Miniștrilor (ca organ al Consiliului Europei).

Sistemul european de protecție a drepturilor omului a luat ființă sub auspiciile Consiliului Europei (ca organizație regională interguvernamentală, creată în 1949) și este fundamentat pe două documente internaționale: Convenția Europeană a Drepturilor Omului (CEDO – adoptată la 4 noiembrie 1950 și intrată în vigoare la data de 3 septembrie 1953) și Carta Socială Europeană (adoptată la 18 octombrie 1961 și intrată în vigoare la 26 februarie 1965). În cele ce urmează, ne vom referi doar la primul document, respectiv Convenția Europeană, care cuprinde catalogul drepturilor civile și politice – și care ne interesează în mod deosebit în demersul nostru – și nu la Carta Socială Europeană, care cuprinde dispoziții legate de drepturile economice, sociale și culturale.

Convenția Europeană conține în catalogul drepturilor: dreptul la viață, dreptul de a nu fi supus torturii, pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante, dreptul de a nu fi ținut în sclavie sau șerbie, dreptul la libertate și siguranță, dreptul la un proces datorat, dreptul la respectul vieții private și de familie, al domiciliului, corespondenței, libertatea de gândire, de conștiință și a religiei, libertatea de expresie, libertatea de a se căsători și de a întemeia o familie, drepturi care sunt completate prin câteva protocoale adiționale (Primul protocol din 1952, Protocolul nr. 4 din 1963, Protocolul nr. 6 din 1983, Protocolul nr. 7 din 1984).

Convenția Europeană este primul document internațional care a prevăzut instrumente concrete și a stabilit proceduri clare în vederea urmării aplicării de către state a obligațiilor asumate. Organismele principale înființate sunt Comisia Europeană a Drepturilor Omului și Curtea Europeană a Drepturilor Omului. Alături de acestea, după cum am menționat, funcțiuni importante dețin și Consiliul Miniștrilor – ca organ al Consiliului Europei, și Secretarul general al consiliului.

Începând cu 1 noiembrie 1998, ca urmare a intrării în vigoare a Protocolului nr. 11 la CEDO, funcționează o instanță europeană unică, cu caracter permanent – Curtea europeană a drepturilor omului.

Nu vom insista în acest cadru asupra procedurilor de soluționare a comunicărilor inter-state sau individuale de către Curtea drepturilor omului, acestea fiind aspectele „tehnice” ale activității acestui organism. Vom menționa doar faptul că, spre deosebire de sistemul american, mecanismul european prevede o procedură obligatorie pentru plângerile inter-state și una opțională (condiționată de existența unei declarații separate, exprese) pentru cele individuale. De asemenea, vom aminti că plângerile individuale în cadrul acestui mecanism pot proveni numai de la persoane, grupuri de persoane, ONG-uri, care sunt victime ale încălcărilor drepturilor lor fundamentale, față de sistemul american, unde se constată o mai mare libertate de acțiune, asemenea plângeri putând proveni de la orice asemenea categorii de persoane, indiferent dacă au fost sau nu direct afectate de încălcările pe care le sesizează.

Desigur, această sumară privire comparativă nu se dorește a fi o pledoarie pentru unul sau altul dintre mecanismele regionale, ele neputând fi ierarhizate, câtă vreme reprezintă răspunsul la cerințele unor zone, țări, culturi diferite.

Atribuții ale organelor Consiliului Europei în legătură cu bioetica

Pentru că ne-am referit la Consiliul Europei ca organizație regională interguvernamentală sub auspiciile căreia a fost adoptată Convenția Europeană a Drepturilor Omului, este absolut necesar să facem câteva precizări cu privire la activitatea desfășurată de organele acestei organizații în direcția cercetării bioetice.

Așa cum rezultă din statutul Consiliului, respectarea statului de drept, a valorilor democratice, a drepturilor omului, constituie principiile activității sale, pe care toate statele membre se angajează să le respecte.

Programele Consiliului sunt structurate pe mai multe nivele, care se interconstruiesc: protecția drepturilor omului, informarea în masă, programe privind aspecte ale sănătății, culturii, educației etc.

Organele principale prin care Consiliul Europei își desfășoară activitatea sunt Comitetul Miniștrilor și Adunarea Parlamentară. Consiliul Miniștrilor este organul de conducere, constituit din miniștrii de externe ai statelor membre, care printre atribuții le numără și pe acelea de analizare și elaborare a deciziilor cu privire la recomandările supuse atenției sale de către Adunarea Parlamentară ori de către comitete de experți guvernamentali. Cel de-al doilea organ, Adunarea Parlamentară, format din reprezentanți ai parlamentelor naționale ale statelor membre, are rol consultativ, acoperind diferite domenii, de la cel politic, juridic, al drepturilor omului, la cel al sănătății, culturii și educației, științei și tehnologiei etc.

Cercetarea medicală și unele aspecte ale bioeticii au constituit preocupări ale Consiliului Europei. Acestea s-au concretizat, în primul rând, în adoptarea Convenției de bioetică, în noiembrie 1993, ale cărei prevederi se referă la consimțământ ca element necesar în efectuarea cercetărilor pe om, la respectul datorat ființei umane, la problemele ridicate de intervențiile pe genomul uman, la statutul embrionului etc.

Convenția reprezintă practic corolarul activității anterioare a organelor organizației. Momente semnificative în acest sens sunt adoptarea Recomandării Adunării Parlamentare nr. 934 din 1982, în legătură cu ingineria genetică, dreptul la demnitate umană și dreptul la ereditate, a Recomandării nr. 1046 din 1986 cu privire la utilizarea embrionilor și feților umani în scopuri diagnostice, terapeutice, științifice, industriale și comerciale, a Recomandării nr. 1100 a Adunării Parlamentare, din 1989, referitoare la utilizarea embrionilor și feților umani în cercetarea științifică, a Rezoluției nr. 83 a Comitetului Miniștrilor privitoare la păstrarea secretului asupra dosarelor bolnavilor psihici etc.

Dreptul comunitar, drepturile omului și bioetica

Dreptul comunitar european reprezintă ansamblul normelor juridice cuprinse în tratate, elaborate de instituții comunitare, care urmăresc instituirea și funcționarea optimă a Comunităților Europene (astăzi Uniunea Europeană, în urma intrării în vigoare a Tratatului de la Maastricht).

Având în vedere faptul că România a dobândit (prin Legea nr. 20 din aprilie 1993) statutul de asociat al Comunității Europene, iar scopul său este acela de a deveni membru cu drepturi depline, este deosebit de importantă cunoașterea, din această perspectivă, a modului de abordare a problematicii drepturilor omului, după cum este extrem de necesară focalizarea atenției asupra actelor juridice adoptate de instituțiile comunitare referitoare la bioetică.

De la început trebuie precizat faptul că nici unul dintre tratatele comunitare, nici cele originare – pentru înființarea Comunității Europene a Cărbunelui și Oțelului – CECA, prin Tratatul de la Paris din 18 aprilie 1951, sau cele două tratate de la Roma din 25 martie 1957 pentru înființarea Comunității Economice Europene (CEE) și Comunității Europene a Energiei Atomice (EURATOM) și nici cele modificatoare nu conțin dispoziții privitoare la drepturile omului. Un singur articol din Tratatul de la Maastricht – art. F, punctul 2 – se referă la faptul că Uniunea respectă drepturile omului, așa cum sunt ele garantate de Convenția Europeană a Drepturilor Omului semnată la Roma la 4 noiembrie 1950 și cum rezultă din tradițiile constituționale comune ale statelor membre, ca principii generale ale dreptului comunitar. Cu alte cuvinte, protecția drepturilor omului constituie unul dintre principiile generale ale dreptului, enumerate ca izvoare ale dreptului comunitar. Respectarea acestor drepturi formează o parte integrantă a principiilor protejate de Curtea de Justiție europeană. Curtea de Justiție este, ca și Parlamentul European, Consiliul, Comisia și Curtea de Conturi, o instituție comunitară, a cărei principală atribuție este aceea de a garanta că interpretarea și aplicarea Tratatelor comunitare este respectată. Pronunțându-se asupra dreptului la viață privată (prevăzut de art. 8 al Convenției Europene a Drepturilor Omului), Curtea de Justiție a statuat într-o decizie că acesta presupune dreptul persoanei de a păstra discreția asupra stării sale de sănătate (O. Manolache).

Cât privește însă soluționarea propriu-zisă a petițiilor vizând încălcarea drepturilor prevăzute de Convenția Europeană, se aplică mecanismul european de protecție creat pe baza dispozițiilor convenției, pe care l-am descris succint mai sus. Toate statele membre ale Uniunii

Europene (Belgia, Danemarca, Franța, Germania, Grecia, Italia, Irlanda, Luxemburg, Olanda, Portugalia, Spania, Regatul Unit al Marii Britanii, Austria, Finlanda și Suedia) sunt părți și la Convenția Europeană și în această calitate trebuie să îndeplinească întocmai obligațiile pe care și le-au asumat.

În ceea ce privește bioetica, în cadrul Uniunii Europene, Parlamentul European este instituția abilitată să adopte acte comunitare. Se pot aminti aici doar câteva dintre recomandările emise în acest domeniu, la care vom face referire pe larg în cele ce urmează: Recomandarea nr. 479/1986, Rezoluția nr. 613 din 1976 privitoare la drepturile bolnavilor și muribunzilor, Recomandarea nr. 818 din 1977, referitoare la situația bolnavilor mintali, Recomandarea nr. 1160/1991, privind adoptarea unei convenții de bioetică etc.

Parlamentul European poate, de asemenea, să elaboreze avize conforme și să dea avize consultative, potrivit sferei atribuțiilor conferite prin Tratatul de la Maastricht. El poate cere, dacă este cazul, Comisiei Europene să prezinte propuneri asupra problemelor care reclamă adoptarea de acte comunitare, după cum poate ca, împreună cu cealaltă instituție comunitară – Consiliul –, să adopte acte legislative în domenii de interes.

Acele acte comunitare adoptate recomandă statelor membre luarea de măsuri și adaptarea legislațiilor lor interne la cerințele comunitare. Cum în domeniul de care ne ocupăm există în general comitete de bioetică sau consilii ale statelor, sarcina principală revine acestora. România însă este singura țară din estul Europei care nu are un comitet național de bioetică, ceea ce generează probleme, pe de o parte pentru că sunt ignorate drepturile bolnavilor – privind consimțământul lor asupra tehnicilor medicale, a medicației, a cercetării biomedicale –, iar pe de alta, pentru că lipsește o protecție reală a medicilor. Mai mult, în perspectiva aderării la Uniunea Europeană și a acomodării legislative la exigențele acesteia, acest lucru poate constitui un real handicap, ce ar putea fi depășit numai printr-o acțiune concertată în această direcție.

Un alt aspect extrem de important al relației drepturilor omului cu bioetica ar putea viza extinderea competenței Curții unice create de Convenția Europeană, după intrarea în vigoare a Protocolului nr. 11, și asupra raporturilor de bioetică. Acestea, în definitiv, vizează în mare măsură drepturile fundamentale ale persoanei (dreptul la viață, la respectul vieții private, care poate include și dreptul la demnitate, la ereditate etc.).

Recomandarea Parlamentului European nr. 1160/1991 se referă la necesitatea elaborării unei convenții de bioetică, urmare a impactului

dezvoltării științei asupra drepturilor omului. Dar, considerăm noi, crearea unor organe noi, separate de cele existente deja, care să fie abilitate să decidă în aceste cauze ar fi de natură a produce anumite complicații.

Bioetica, nou palier de integrare a cercetării științifice medicale

Știința este călăuzită de utilitate și eficacitate, dar poate naște conflicte de conștiință pe care istoria și evoluția actuală a științei ni le relevă: conflictul dintre riscurile la care supunem o persoană și beneficiile sale, dintre cercetător și opinia publică etc., încât, în mod inevitabil, cercetările pe om trebuie să respecte dimensiunea sacră a demnității sale. În acest mod, știința devine soțul bioeticii, progresul în cunoașterea naturii umane trebuind să facă, așa cum spunea Novalis, de două ori mai multe reflecții etice asupra faptului științific. Dacă nu ar fi să amintim decât riscul încălcării acestor drepturi când medicii naziști, după ce triau deținuții pentru gazare, le recomandau să-și ridice gulerul pentru a nu răci, ca să avem confirmarea că, orice morală profesională bazată pe interdicții, dacă nu este subiectivată adecvat, devine imorală. Libertatea de conștiință (Kant) trebuie să fie postulatul moralei, ori această libertate nu se poate realiza fără respectul absolut al drepturilor și libertăților umane. Accesul general, național și universal la condiția de sănătate, mișcarea universală pentru responsabilitatea științei (MURS) etc. sunt organisme care pledează pentru un nou articol la Declarația Drepturilor Omului, și anume: „Cunoașterea științifică nu trebuie utilizată decât pentru a servi demnitatea, integritatea și devenirea omului”.

Este veridic faptul că tehnologiile moderne au crescut acuratețea explorărilor științifice, dau rezultate mult mai obiective, conferă omului o imagine de maximă securitate și permit chiar un control public, iar în domeniul dreptului se impun cu mai multă eficacitate în combaterea criminalității în creștere și permit chiar și un control al riscului comportamental deviant. Dar, pentru a nu încălca drepturile omului, ele nu vor transforma omul într-un obiect, nu vor estompa dreptul la viață privată, vor avea avizul opiniei publice fără a crea false credințe despre puterea lor, cu imaginea unui savant capabil de creații antiumane, nu se vor dezvolta necontrolat, după criterii de profit (de exemplu piața organelor de azi), iar pentru evoluția dreptului nu vor estompa și favoriza declinul fazei judiciare a unui proces. De aceea, nu știința și tehnologiile moderne trebuie respinse, ci aplicarea lor incorectă și vizând permanent prejudiciile

lor posibile. Știința trebuie să fie eficace, dar fără a fi opresivă, fapt ce aduce actualitatea criteriilor etice și juridice, vigilența etică și responsabilitatea omului de știință privind aplicarea lor.

Fățã de cele de mai sus, bioetica se impune ca o știință a valorilor umane și nu atât ca o știință a datoriei ce ar promova conformismul și mediocritatea. Știința îl pune astăzi pe medic în fața unor multiple dileme și conflicte de conștiință, încât, în itinerarul biologic al persoanei de la naștere la moarte, și în acest itinerar al relației medicului cu omul bolnav sau sănătos, conduita sa trebuie să decurgă după valoarea respectului absolut al ființei umane, printr-un permanent echilibru între antiteze, între știința și semnificația sa, între practica medicală și valorile umane.

Bioetica face deci legătura între știință și drepturile omului și include astfel două aspecte, al respectului omului ca întreg (astăzi știința fragmentează acest întreg în gameți, embrioni, organe pentru transplant etc.) și al evitării oricăror extreme sau abuzuri asupra libertății omului, cu rezilierea unor conflicte de valori dintre știință și drepturile omului, prin soluții de conștiință etică, din care trebuie să decurgă și legitimitatea lor. Numai prin atari soluții de conștiință, legitimate prin declarații și convenții, s-a putut lichida sterilizarea involuntară aplicabilă în Anglia sau în 30 de state ale SUA, până în anul 1989. Respectul demnității persoanei în procreație, afectat de reproducerea medicală asistată, al bazelor genetice ale speciei umane amenințate de ingineria genetică, al protecției vieții private prin reglementări ale cadrului de aplicare a testelor de depistare privind predispoziția la riscuri sau boli, inclusiv profilul personalității și predispoziția la crimă, al limitelor identificării genetice, ce poate merge până la dreptul asupra corpului ce nu poate face probă împotriva lui însuși, al informării și implicit al consimțământului liber, clar, expres și specific etc. se impun a fi riguros respectate, cât timp ele nu lezează drepturile și libertățile altora. Imperativul pune în discuție caracterul absolut al acestor drepturi, cât timp legitima apărare, privarea de libertate etc. exprimă, pe de altă parte, obligativitatea statului de a apăra și asigura aceste drepturi.

Din caracterul universal al drepturilor omului decurge caracterul universal al bioeticii și implicit al eticii medicale al căror element principal, elementar, îl constituie valorile privind viața și sănătatea. Din bioetică decurg imperativele eticii medicale ca bariere în fața incompetenței, profitului și relei credințe, mai vârtos ca oricând, halatul alb trebuind să simbolizeze curățenia și puritatea de conștiință morală a medicului preocupat permanent de ridicarea personalității sale profesionale deasupra uneltelor sale științifice și tehnice.

Acest caracter universal al drepturilor omului a fost și la noi puternic afirmat de Nicolae Bălcescu („Dreptatea ne poruncește să respectăm pe om, semenul nostru și libertatea și tot ce este al lui”) sau Simion Bărnuțiu („Legea drepturilor omului este mai înaltă decât politica”). Un hrisov al lui Leon Tomșa, din 1631, are, după V. Georgescu, aceeași importanță, prin prevederile sale, pe care o au actele emise în alte țări : „Nimeni nu poate fi pedepsit fără a fi judecat și vinovăția trebuie dovedită”.

Proclamația revoluționarilor de la 1848 afirma de asemenea : „Adevărul, ideile, cunoștințele vin de la Dumnezeu în folosul general al oamenilor ca soarele, apa, aerul, și sunt proprietate universală. Cum proprietatea particulară este sacră, cu atât mai mult este sacră și de neatins proprietatea universală”. În același sens scria și Gh. Lazăr : „Legea naturală și scrisă ordonă să faci altuia ce ai dori să ți se facă ție însuși și să nu faci altuia ceea ce nu ai voi să ți se facă ție”. Vedem în toate acestea o pledoarie pentru umanism, ca mod de viață realizat prin respect și toleranță reciprocă, prin afirmarea valorilor umane.

O societate pluralistă, ca cea de astăzi, are nevoie de o etică evolutivă și deschisă, cât timp curiozitatea, inclusiv cea științifică, cum spunea Lorenz, a fost și este elementul esențial al evoluției omului și implicit al demnității sale, cât timp omul are un drept la autodeterminare prin liber consimțământ asupra persoanei sale genetice și biologice din care decurge dreptul de a fi el însuși. În asemenea condiții, morala științifică (bioetica) devansează dreptul și devine preeminența, baza convențiilor și declarațiilor în domeniu. Dar relațiile dintre convențiile și declarațiile drepturilor omului și știință ridică două mari probleme : integritatea omului nu poate fi afectată de către știință, iar respectul libertății impune ca doar omul să dispună în folosul și cu consimțământul său. Convenția Europeană a Drepturilor Omului declară respectul vieții încă de la concepție, atribut propriu fiecărui om. Aceste drepturi consacră principii universale ale dreptului natural formulate încă de Aristotel, care afirma că omul este purtător al unor valori universale, individuale și, astfel, că a fi om nu este altceva decât a actualiza divinul din el. Într-o lume ca cea de astăzi, tulburată de atâta democrație și știință, triplul apel socratic al lui Kierkegaard, al nemuririi spiritului prin fapte bune, constituie o mare necesitate a societății actuale. Se consacră astfel ceea ce Mircea Florian accentua prin caracterul dominant al individului și recesiv al societății, care doar folosind omului pot deveni codominante, sau în concepția de logică binară a lui St. Lupasco, ce exprima prin natură doar forma înstrăinată a spiritului, iar *mutatis mutandis*, dreptul asupra corpului,

doar forma înstrăinată a consimțământului și libertății persoanei. Respectul ființei umane se materializează în respectul vieții omului, indiferent de consecințele naturale asupra vieții și sănătății sale. „*The last will*” devine astfel consecința caracterului de ființă rațională și de autodeterminare a omului (Kant), iar ca drept natural ele devin piatra de încercare a dreptului pozitiv, a legilor. Dreptul pozitiv consacră doar dreptul natural al persoanei la inviolabilitatea corpului său (care este protejat de orice atingere, cu excepția unor necesități de drept public), la indisponibilitate, prin care corpul se plasează în afara comerțului și când orice convenție în acest sens devine ilicită. Aceasta deoarece corpul uman nu poate fi un obiect de drept patrimonial, protecția patrimoniului său ereditar, inclusiv a responsabilității privind transmiterea sa la descendenți impunându-se cu necesitate.

Substratul natural, etic, științific și legal al drepturilor omului și riscul încălcării lor

O prezentare privind substratul natural, etic, științific și legal al drepturilor omului și riscurile legate de încălcarea lor ar putea avea drept motto (actual încă) comprehensiv ceea ce Eminescu a constatat la vremea sa :

„Statul de drept este un echilibru între Statul natural și Statul democratic. Din concepția statului ca produs rațional, s-au născut utopiile de a schimba lumea. Inegalitatea naturală a omului este izvorul dinamismului și complexității vieții sociale.”

Relația moralei și dreptului natural cu dreptul pozitiv și drepturile omului

Sunt cunoscute originile naturale ale moralei, rădăcinile sale etologice (controlul agresivității prin fugă, supunere, zâmbet sau milă), precum și originile sale raționale (inhibiția, amânarea, anticiparea și interiorizarea cutumelor) care au supleat insuficiența moralei naturale și l-au făcut pe Lorenz să afirme că „de la natură, omul nu este nici prea rău, dar nici suficient de bun pentru cerințele vieții moderne”. Afirmarea sa pare confirmată de mersul civilizației actuale care, cum spunea Monod, a disociat evoluția genetică de cea culturală, a îndepărtat omul de natură prin arme artificiale create, deoarece mijloacele arhaice de contraagresiune nu mai pot ține sub control aceste arme, au înlocuit relațiile interpersonale, ce fac cunoașterea interumană contraagresivă, cu altele impersonale, iar, în sfârșit, progresul tehnologic a maximizat beneficiile și a minimizat riscurile sale, toate generând o criză morală a unei societăți anonime și anonice în care apare riscul estompării drepturilor suverane și inalienabile ale persoanei.

Numai un drept pozitiv bazat pe drepturile naturale poate realiza coeziunea afectivă, solidaritatea de grup comunitar (drept „cea mai bună civilizație”) și poate fi corectiv al unei civilizații dispuse mai mult a critica, judeca și condamna, decât a înțelege, a avea încredere și a respecta.

Toate acestea impun constatarea că dreptul natural trebuie să fie fundamentul dreptului, criteriul ideal al elaborării dreptului pozitiv, ca două aspecte complementare ale aceleiași realități absolute și *erga omnes* omul, ființă universală și absolută, omul ca ultim fundament al dreptului. Prin unitatea dintre legile naturale și cele raționale, ființa umană trebuie plasată mai presus de condiția sa, altfel lipsa elementelor dreptului natural din legile raționale putând genera „monștri de legi”, atât de cunoscuți în istorie.

Redescoperirea actuală a drepturilor omului constituie o adevărată revoluție culturală și implicit judiciară, cât timp finalitatea lor exprimă o reunire de semnificații, o nouă credință în jurul unor mesaje superioare de a trăi în comuniune și înțelegere, de a constitui limbajul și garanția unei coexistențe pașnice. Dar drepturile omului înscrise în constituție și tratate trebuie înscrise și în spirit, și în obișnuințele comportamentale, cât timp ele se bazează pe drepturile naturale inalienabile ale persoanei umane. Întotdeauna, dar mai ales astăzi, drepturile omului trebuie invocate în mod peremptoriu în sprijinul ideilor egalitare și umanitare de drept.

Întotdeauna aceste drepturi trebuie să fie o barieră împotriva violenței și abuzurilor și, prin caracterul lor universal, o normă elementară de comportament statal și individual. În acest sens sunt și actele Consiliului și Parlamentului European, care includ prevederi vizând identificarea de noi amenințări la existența lor, sensibilizarea opiniei publice privind importanța ocrotirii lor, căutarea de soluții juridice și etice pentru evoluția științelor contemporane.

Relația drepturilor omului cu științele vieții

În fața riscului unor „monștri de legi” ca și a lipsei de semnificație umană ce caracterizează progresul științific, progres ce a dus la o „răsucire” a omului de la vocația sa adevărată (Heidegger), se accentuează nevoia de a privi omul ca valoare-scop și nu mijloc și de a face din drepturile sale matricea existențială a biologicului umanizat și socializat. Un atare mesaj este deplin valabil și pentru progresul științific medical, care nu trebuie să confere opiniei publice imaginea unor puteri necontrolate asupra omului. Astăzi se relevă faptul că este mai ușor a abuza de puterile științei decât de semnificația sa. În atari condiții, știința fără semnificație poate deveni o amenințare. Nietzsche anunța încă din 1880 debutul unui „secol de barbarie” pe care știința îl va servi, se va afla în slujba lui. Deasemeni, este cunoscut „geniul distructiv al omului actual” amplificat prin știință. Omul spiritual (reprezentat de Adam) se poate

afla față în față cu omul mecanic (reprezentat de Heinsenberg, cel ce a dezagregat atomul) și, în lupta dintre ei, știința îl poate „substitui pe Dumnezeu”. Într-o astfel de viziune, G. Ripert susținea că dreptul, în partea sa cea mai tehnică, trebuie să fie dominat de morală, atât ca natură, cât și ca scop, și că drepturile omului trebuie să devină un ideal pentru umanitate, motiv pentru care ele obligă la protecție statală și internațională.

Știința, călăuzită de utilitate și eficacitate, poate naște conflicte de conștiință între riscuri și beneficii, între cercetători și opinia publică, motiv pentru care cercetarea este obligată a respecta dimensiunile naturale, sacre, ale demnității umane. Știința devine astfel soclul unei etici în virtutea căreia libertatea și autonomia în cercetare nu se pot realiza fără respectul absolut al drepturilor și libertăților umane.

Evoluția relației dintre drepturile omului și bioetică a parcurs drumul de la fatalitatea riscului de la natură sau societate la indemnizarea actuală, drept expresie a solidarității umane. A evoluat apoi de la puterile sacerdotale ale medicului până la garanțiile de independență și libertate ale bolnavului; de la paradigma încrederii nelimitate a bolnavului în medic, la consimțământul său liber și clar, plasat între o discreție liniștită și o lămurire excesivă. Această evoluție s-a constituit ca un antidot al unor abuzuri, mai ales în cercetarea și experimentul medical. Prin aceasta, bioetica se plasează între individualismul drepturilor omului și universalitatea lor, impunând a fi prezervate atât în conștiința individuală, cât și în consensul social.

Dar bioetica poate reduce și riscul unei responsabilități obiective profesionale de tipul *ubi emolumentum ibi onus*, când promovează valori și criterii etico-juridice precum autodeterminarea persoanei, beneficiul individual și social al actului medical (minimalizarea riscurilor și maximalizarea beneficiilor), iar în cazurile dificile chiar avizul justiției.

Riscurile unor abuzuri privind cercetarea și experimentul medical persistă și astăzi. Vrea Asociația Medicală Mondială să le dea o acoperire eventuală prin propunerea recentă de dirijare a problemelor sale etice de către Hans Joachim Sewring, fost medic nazist și membru SS ce a trimis la gazare 280 de copii epileptici? Într-un același context, Societatea Internațională „Medicina pentru Drepturile Omului” propune pentru astfel de abuzuri chiar înființarea unui Tribunal Internațional permanent, sub egida ONU, în scopul de a susține acest adevăr: demnitatea omului constituie o trăsătură a umanității și un drept ce riscă a fi încălcat de violența directă sau indirectă actuală.

Neliniștilor umane privind posibilitatea schimbării omului prin știință, bioetica le opune speranța respectului și renașterii permanente a valorilor umane, a renașterii omului ca unicat ce obligă la un respect absolut, de la concepție până la moarte.

Bioetica oferă astfel criterii de judecată bazate pe înțelepciune și sensibilitate morală, ca expresie permanentă a protestului spiritului împotriva împotmolirii într-o rutină pur tehnică. Altfel, orice antinomie dintre conștiința individuală și cea comună poate crea goluri normative ce riscă a fi umplute anomic. Bioetica ajută omul a fi reprezentantul integral al ființei sale, prin transgresarea oricărei opoziții dintre materie și spirit, dintre știință și morală, dintre drepturile naturale și lege.

Riscuri ale încalcării drepturilor omului

Drepturile omului, bazate pe drepturile naturale și amplificate prin dreptul pozitiv, obligă ca puterile omului asupra semenilor săi să se bazeze pe egalitate și pe respectul absolut asupra persoanei și nicidecum pe împărțirea lor în clase, etnii, conducători și conduși. Constituie, acestea din urmă, aspecte ale iraționalismului social ce poate duce la violență, forță și nelegiuire, ca ultime aspecte ale oricărei dispute.

Înăbușirea rațiunii, consensului și adevărului a dus întotdeauna la închiziție, poliție secretă și anomie, situații care au atestat că libertatea deplină nu este posibilă decât într-o societate deschisă, bazată pe credință în rațiune. Încercările iraționale de a construi raiul pe pământ au creat invariabil iadul (K. Popper), au dus la intoleranță, războaie religioase și violență. De aceea, sensul istoriei trebuie să fie lupta pentru o societate deschisă, pentru domnia rațiunii, pentru drepturi naturale și legale. Căci, deși inegalitatea biologică a oamenilor este naturală și dezirabilă, omul are dreptul de a lupta pentru drepturi egale, pentru instituții raționale, pentru respectul celuilalt, care exclude până și constrângerea de a fi fericit. Numai prin rațiune umanismul poate deveni un crez cu amplitudinea de a înlătura orice forme primitive de violență.

Cultura, morala, știința pot și trebuie să contribuie la reducerea violenței în lume, chiar dacă unele afirmații ale marilor înaintași au putut constitui motto-uri la *Mein Kampf*, iar Auschwitz-ul a mai putut fi posibil după secole de efort pentru umanizare prin cultură. Idei precum: statul este drept când cârmuitorul cârmuiește, lucrătorul lucrează, iar sclavul acceptă situația sa de sclav, tratamentul egal aplicat unor oameni inegali naște inechitate, legea înseamnă și atunci când dai ascultare unui singur

om, criteriul moralității legii este numai interesul statului și, mai mult, medicina, ca formă a politicii statului – în care interesul statului domină viața omului – îl obligă pe medic a nu acorda îngrijiri unui om ce nu este folositor nici lui și nici statului și este o povară pentru stat, ar mai fi recent, idei ca acelea conform cărora nu există nici o putere care să decidă asupra statului, și idealul social nu este o comunitate de oameni liberi, ci un război victorios în care statul își manifestă adevărata sa natură, relevă că de la atari idei până la cultul puterii unui despot pretins democrat, plasat deasupra comunității și recrutat dintre uzurpatori și devianți, iar de aici până la rasism, nu este decât un singur pas (i-am citat pe Platon, Hegel).

Cultura, morala și știința trebuie, în consecință, să susțină progresul social prin consolidarea instituțiilor democratice de care depind libertatea și egalitatea, consensul și acordul, cât timp ele ascund cu adevărat viitorul omenirii și sunt singurele care îi pot călăuzi destinul.

Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane cu privire la aplicarea biologiei și medicinei, adoptată la Oviedo în aprilie 1997 și ratificată de România în aprilie 1997 și care face parte din seria Tratatelor europene nr. 164, relevă :

Scopul Convenției este de a proteja demnitatea și identitatea tuturor ființelor umane, garantând, fără discriminare, respectul integrității lor și al altor drepturi și libertăți fundamentale față de medicină și biologie.

Prioritatea ființei umane prevalează asupra intereselor singulare ale societății sau ale științei.

Fiecărei persoane trebuie să i se asigure accesul echitabil la îngrijirea sănătății, în conformitate cu obligațiile profesionale și standardele profesionale relevante.

Consimțământul liber și în cunoștință de cauză e necesar în orice intervenție medicală, după informarea privind scopul, consecințele și riscurile intervenției.

Seria Tratatelor europene nr. 164**Convenția pentru protecția drepturilor omului
și a demnității ființei umane cu privire la aplicarea
biologiei și medicinei****Convenția privind drepturile omului și biomedicina****Preambul*

Statele membre ale Consiliului Europei, celelalte state și Comunitatea Europeană, semnatare ale prezentei,

Având în vedere Declarația Universală a Drepturilor Omului proclamată de Adunarea Generală a Națiunilor Unite la 10 decembrie 1948 ;

Având în vedere Convenția pentru protecția drepturilor și libertăților fundamentale ale omului din 4 noiembrie 1950 ;

Având în vedere Carta Socială Europeană din 18 octombrie 1961 ;

Având în vedere Pactul internațional privind drepturile civile și politice și Pactul internațional privind drepturile economice, sociale și culturale din 16 decembrie 1966 ;

Având în vedere Convenția pentru protecția persoanelor față de procesarea automată a datelor personale din 28 ianuarie 1981 ;

Având în vedere și Convenția drepturilor copilului din 20 noiembrie 1989 ;

Considerând că scopul Consiliului Europei este realizarea unei mari unități între membrii ei și a unor metode prin care acest scop să fie urmărit în menținerea și realizarea ulterioară a drepturilor și libertăților fundamentale ale omului ;

Conștiente de accelerarea progreselor biologiei și medicinei ;

Având convingerea necesității respectării ființei umane atât ca persoană individuală, cât și ca membră a speciei umane și recunoscând importanța asigurării demnității ființei umane ;

Conștiente de faptul că utilizarea abuzivă a biologiei și medicinei poate conduce la acte care să pericliteze demnitatea umană ;

Afirmând că progresul biologiei și medicinei trebuie utilizat în beneficiul generațiilor prezente și viitoare ;

Subliniind necesitatea cooperării internaționale, astfel încât întreaga umanitate să se poată bucura de avantajele biologiei și medicinei ;

* Adoptată la Oviedo în 4 aprilie 1997. Va intra în vigoare după ratificarea de către 5 state părți incluzând 4 state membre. România a semnat convenția la 4 aprilie 1997.

Recunoscând importanța promovării unei dezbateri publice în problemele ridicate de aplicarea biologiei și medicinei și răspunsurilor de dat în acest sens;

Dorind să reamintească tuturor membrilor societății drepturile și îndatoririle lor;

Luând în considerare activitatea Adunării Parlamentare în acest domeniu, inclusiv Recomandarea 1160 (1991) referitoare la pregătirea unei Convenții privind bioetica;

Hotărând luarea unor măsuri care sunt necesare pentru apărarea demnității umane și a drepturilor și libertăților fundamentale ale persoanelor cu privire la aplicarea biologiei și medicinei;

Am convenit următoarele:

Capitolul I

Prevederi generale

Articolul 1

Scop și obiect

Părțile la Convenție vor proteja demnitatea și identitatea tuturor ființelor umane și vor garanta tuturor, fără discriminare, respectarea integrității lor și a altor drepturi și libertăți fundamentale referitoare la aplicarea biologiei și medicinei.

Fiecare parte va lua în cadrul legislației interne măsurile necesare pentru a pune în practică prevederile acestei Convenții.

Articolul 2

Prioritatea ființei umane

Interesele și bunăstarea ființei umane vor prevala asupra intereselor singulare ale societății sau ale științei.

Articolul 3

Accesul echitabil la îngrijirea sănătății

Luând în considerare cerințele de sănătate și resursele disponibile, părțile vor lua măsuri corespunzătoare în vederea asigurării în cadrul jurisdicției lor a accesului echitabil la îngrijirea sănătății de calitate corespunzătoare.

Articolul 4

Standarde profesionale

Orice intervenție în domeniul sănătății, inclusiv cercetarea, trebuie făcută în conformitate cu obligațiile profesionale și standardele relevante.

Capitolul II

Consimțământul

Articolul 5

Regulă generală

O intervenție în domeniul sănătății poate fi făcută numai după ce persoana respectivă și-a dat consimțământul în mod liber și în cunoștință de cauză.

Acestei persoane trebuie mai întâi să i se furnizeze informația corespunzătoare referitoare la scopul și natura intervenției, cât și la consecințele și riscurile acesteia.

Persoana în cauză își poate retrage în mod liber consimțământul, oricând.

Articolul 6

Protecția persoanelor incapabile de a consimți

1. Conform articolelor 17 și 20 de mai jos, poate fi făcută o intervenție asupra unei persoane care nu are capacitatea de a consimți, numai în beneficiul direct al acesteia.
2. Dacă, potrivit legii, un minor nu are capacitatea de a consimți la o intervenție, aceasta poate fi făcută numai dacă este autorizată de cei care îl reprezintă sau de către o persoană sau un organ prevăzute de lege.

Opinia minorului va fi luată în considerare ca un factor determinant, proporțional cu vârsta sau gradul de maturitate.

3. Dacă, potrivit legii, un adult nu are capacitatea de a consimți la o intervenție din cauza debilității sale mentale, a unei boli sau datorită unui motiv similar, intervenția poate fi făcută numai dacă este autorizată de reprezentanții săi sau de către o persoană sau un organ prevăzute de lege.

În măsura în care este posibil, persoana în cauză va lua parte la procedura de autorizare.

4. Reprezentantul, autoritatea, persoana sau organul menționate la paragrafele 2 și 3 de mai sus vor primi, în aceleași condiții, informația prevăzută la art. 5.
5. Autorizarea prevăzută la paragrafele 2 și 3 de mai sus poate fi retrasă oricând, în interesul persoanei în cauză.

Articolul 7

Protecția persoanelor cu tulburări mentale

Subiect al condițiilor de protecție prevăzute de lege, incluzând supravegherea, controlul și procedurile de recurs, o persoană cu tulburări mentale grave poate fi supusă, fără consimțământul ei, unei intervenții

destinate să trateze tulburările ei mentale numai dacă, fără un asemenea tratament, ar putea rezulta consecințe grave pentru sănătatea ei.

Articolul 8

Situația de urgență

Dacă din cauza situației de urgență consimțământul corespunzător nu poate fi obținut, poate fi făcută imediat orice intervenție medicală necesară în beneficiul sănătății individului respectiv.

Articolul 9

Dorințe exprimate anterior

Dorințele referitoare la o intervenție medicală exprimate anterior de către un pacient care, în momentul intervenției, nu este într-o stare care să-i permită să-și exprime dorințele, vor fi luate în considerare.

Capitolul III

Viața privată și dreptul la informare

Articolul 10

Viața privată și dreptul la informare

1. Orice persoană are dreptul la respectarea vieții private în ce privește informațiile referitoare la sănătatea sa.
2. Orice persoană are dreptul să cunoască orice informație obținută cu privire la sănătatea sa. Cu toate acestea, vor fi respectate dorințele persoanelor de a nu fi informate în legătură cu aceasta.
3. În cazuri excepționale, pot fi stabilite prin lege restricții pri-vind exercitarea drepturilor prevăzute la paragraful 2, în interesul pacientului.

Capitolul IV

Geonomul uman

Articolul 11

Nediscriminarea

Este interzisă orice formă de discriminare împotriva persoanei din motive de moștenire genetică a acesteia.

Articolul 12

Teste genetice predictive

Testele relevante pentru tulburări genetice sau care slujesc fie pentru depistarea unui subiect purtător al unei gene care provoacă tulburarea, fie pentru a detecta o predispoziție genetică sau o susceptibilitate pentru o anumită tulburare pot fi realizate numai din motive

de sănătate sau de cercetare științifică în legătură cu scopuri privind sănătatea, fiind subiect al unor sfaturi genetice corespunzătoare.

Articolul 13

Intervențiile asupra genomului uman

O intervenție care caută să modifice genomul uman poate fi întreprinsă numai în scopuri preventive, de diagnosticare sau terapeutice, și numai dacă ea nu urmărește să introducă nici o modificare în genomul nici unui descendent.

Articolul 14

Interdicția selecției sexului

Utilizarea tehnicilor de procesare medicală asistată nu va fi permisă în scopul selecției sexului viitorului copil, cu excepția situațiilor în care trebuie evitate tulburări ereditare grave legate de sex.

Capitolul V

Cercetarea științifică

Articolul 15

Regulă generală

Cercetarea științifică în domeniul biologiei și medicinei va fi desfășurată în mod liber, potrivit prevederilor prezentei Convenții și celorlalte prevederi legale care asigură protecția ființei umane.

Articolul 16

Protecția persoanelor care sunt obiect al cercetării

Poate fi întreprinsă cercetarea asupra unei persoane numai dacă sunt întrunite următoarele condiții :

- i. nu există o alternativă comparabilă eficientă cercetării pe oameni ;
- ii. riscurile care pot apărea la adresa persoanei nu sunt disproporționate în raport cu posibilele avantaje ale cercetării ;
- iii. proiectul cercetării a fost aprobat de către un organ competent după o examinare independentă a meritelor științifice ale acesteia, inclusiv a evaluării importanței scopului cercetării și analizei multidisciplinare a acceptabilității sale etice ;
- iv. persoanele care sunt obiect al cercetării au fost informate cu privire la drepturile și garanțiile prevăzute de lege pentru protecția lor ;
- v. a fost obținut consimțământul necesar – prevăzut la art. 5 – în mod expres, precis și documentat. Un asemenea consimțământ poate fi retras în mod liber, oricând.

Articolul 17

Protecția persoanelor care nu sunt capabile să consimtă la cercetare

1. Asupra unei persoane lipsite de capacitatea de a consimți conform celor prevăzute la art. 5, cercetarea poate fi întreprinsă numai dacă sunt întrunite următoarele condiții:
 - i. să fie îndeplinite condițiile prevăzute la art. 16, pct. (i)-(iv);
 - ii. rezultatele cercetării trebuie să aibă potențialul să producă avantaje reale și directe pentru sănătatea persoanei;
 - iii. cercetări cu o eficiență comparabilă nu pot fi efectuate asupra unor indivizi capabili să-și dea consimțământul;
 - iv. autorizarea necesară, prevăzută la art. 6, a fost dată în mod explicit și în scris și
 - v. persoana respectivă nu obiectează.
2. În mod excepțional și în condiții de protecție stabilite prin lege, dacă cercetarea nu are potențialul de a produce rezultate direct avantajoase asupra sănătății persoanei respective, o asemenea cercetare poate fi autorizată numai în conformitate cu condițiile prevăzute la paragraful 1, pct. (i), (iii), (iv) și (v) de mai sus, precum și cu următoarele condiții suplimentare:
 - i. cercetarea are scopul de a contribui, prin îmbunătățiri semnificative, la înțelegerea științifică a condiției, tulburărilor sau bolilor persoanelor, la îmbunătățirea rezultatelor capabile să confere avantaje persoanei respective sau altor persoane din aceeași categorie de vârstă sau afectate de aceeași tulburare sau maladie sau care se află în aceeași situație;
 - ii. cercetarea atrage după sine pentru persoana respectivă numai riscuri și obligații minime.

Articolul 18

Cercetări in vitro asupra embrionilor

1. Acolo unde legea permite cercetări *in vitro* asupra embrionului, ea va trebui să asigure acestuia protecția adecvată.
2. Este interzisă crearea de embrioni umani în scopul cercetării.

Capitolul VI

Prelevarea de organe și țesuturi de la donatori în viață în scopul transplantului

Articolul 19

Regulă generală

1. Prelevarea de organe și țesuturi de la o persoană în viață în scop de transplant poate fi făcută numai în beneficiul terapeutic al primi-

torului și numai dacă nu sunt disponibile organe sau țesuturi corespunzătoare de la o persoană decedată și numai în eventualitatea în care nu există altă metodă terapeutică alternativă cu eficiență comparabilă.

2. Consimțământul necesar – prevăzut la art. 5 – trebuie să fie dat în mod expres și anume fie într-o formă scrisă, fie în fața unui organism oficial.

Articolul 20

Protecția persoanelor care nu sunt capabile să consimtă la prelevarea de organe

1. De la o persoană care nu are capacitatea să consimtă conform prevederilor art. 5 nu poate fi prelevat nici un organ sau țesut.
2. În mod excepțional și în condiții de protecție stabilite de lege, prelevarea țesutului regenerativ de la o persoană care nu are capacitatea de a consimți poate fi autorizată numai dacă sunt întrunite următoarele condiții:
 - i. nu există donator disponibil compatibil care are capacitatea de a consimți;
 - ii. primatorul este frate sau soră cu donatorul;
 - iii. donarea trebuie să aibă posibilitatea de a salva viața primatorului;
 - iv. autorizarea prevăzută la paragrafele 2 și 3 ale art. 6 a fost dată în mod expres și în scris, în conformitate cu legea și cu aprobarea unui organ competent;
 - v. donatorul potențial nu obiectează.

Capitolul VII

Interzicerea câștigurilor financiare și utilizarea unei părți a corpului omenesc

Articolul 21

Interzicerea câștigurilor financiare

Corpul omenesc și părțile sale nu vor genera, ca atare, câștiguri financiare.

Articolul 22

Utilizarea unei părți prelevate a corpului omenesc

Dacă în cursul unei intervenții se prelevează orice parte a corpului omenesc, aceasta poate fi stocată și utilizată în alt scop decât cel pentru care a fost prelevată numai dacă acest lucru este făcut în conformitate cu o informare corespunzătoare și cu procedurile de consimțire.

Capitolul VIII

Încălcarea prevederilor Convenției

Articolul 23

Încălcarea drepturilor sau principiilor

Părțile vor asigura protecția juridică corespunzătoare pentru a preveni sau a stopa încălcarea ilegală a drepturilor și principiilor stabilite în această Convenție, fără un anunț prealabil.

Articolul 24

Compensații pentru vătămări exagerate

Persoana care a suferit vătămări exagerate rezultate dintr-o intervenție are dreptul la o compensație echitabilă, potrivit condițiilor și procedurilor prevăzute de lege.

Articolul 25

Sanțiuni

În eventualitatea încălcării prevederilor conținute de Convenție, părțile vor asigura aplicarea unor sancțiuni corespunzătoare.

Capitolul IX

Relația între Convenție și alte prevederi

Articolul 26

Restricții privind exercitarea drepturilor

1. Nu vor exista nici un fel de restricții privind exercitarea drepturilor și prevederilor de protecție conținute de această Convenție, altele decât cele prevăzute de lege și care sunt necesare într-o societate democratică în interesul siguranței publice, pentru prevenirea crimei, protejarea sănătății publice sau pentru protecția drepturilor și libertăților celorlalți.
2. Restricțiile menționate la paragraful anterior nu vor avea ca obiect art. 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 și 21.

Articolul 27

Protecție extinsă

Nici una dintre prevederile acestei Convenții nu va fi interpretată ca limitând sau afectând în alt fel posibilitatea unei părți de a asigura măsuri mai extinse de protecție privind aplicarea biologiei și medicinei, așa cum sunt stipulate în această Convenție.

Capitolul X

Dezbaterea publică

Articolul 28

Dezbaterea publică

Părțile la Convenție se vor preocupa ca problemele fundamentale apărute din dezvoltarea biologiei și medicinei să fie subiect al unei discuții publice, în special în lumina implicațiilor relevante din punct de vedere medical, social, economic, etic și legal și ca posibila lor aplicare să constituie subiect al unor consultări corespunzătoare.

Capitolul XI

Interpretarea și aplicarea Convenției

Articolul 29

Interpretarea Convenției

Curtea Europeană a Drepturilor Omului poate formula, fără referire directă la nici una din spețele prezentate în fața unui tribunal, opinii consultative privind probleme juridice referitoare la interpretarea prezentei Convenții, la cererea :

- Guvernului uneia dintre părți, după informarea celorlalte părți ;
- Comitetului înființat potrivit art. 32, ai cărui membri pot fi numai reprezentanți ai părților la Convenție, printr-o hotărâre adoptată cu o majoritate de două treimi a voturilor exprimate.

Articolul 30

Rapoarte privind aplicarea Convenției

La primirea solicitării din partea Secretarului general al Consiliului Europei, orice parte va furniza o explicație a modului în care legile interne asigură implementarea efectivă a oricăreia dintre prevederile Convenției.

Capitolul XII

Protocoale

Articolul 31

Protocoale

Protocoalele pot fi încheiate în conformitate cu art. 32, în vederea dezvoltării, în domeniile specifice, a principiilor cuprinse în această Convenție.

Capitolul XIII

Amendamente la Convenție

Articolul 32

Amendamente la Convenție

1. Atribuțiile care revin Comitetului din prezentul articol și din articolul 29 vor fi îndeplinite de către Comitetul Director pentru Bioetică (CDBI) sau de către orice alt comitet desemnat în acest scop de către Comitetul Miniștrilor.
2. Fără a prejudicia prevederile specifice ale art. 29, fiecare stat membru al Consiliului Europei, ca și fiecare parte la prezenta Convenție care nu este membră a Consiliului Europei, poate fi reprezentat și să aibă un vot în Comitet, atunci când acesta își îndeplinește atribuțiile prevăzute prin prezenta Convenție.
3. Fiecare stat prevăzut la art. 33 sau invitat să adere la Convenție în conformitate cu prevederile art. 34, stat care nu este parte la această Convenție, poate fi reprezentat în cadrul Comitetului de către un observator. În cazul în care Comunitatea Europeană nu este parte, aceasta poate fi reprezentată în Comitet de către un observator.
4. În vederea monitorizării progreselor științifice, prezenta Convenție va fi examinată în cadrul Comitetului nu mai târziu de cinci ani de la data intrării ei în vigoare și după aceea, la intervale stabilite de Comitet.
5. Orice propunere de amendament la această Convenție și orice propunere de Protocol sau amendament la Protocol prezentată de către o parte, Comitet sau Comitetul Miniștrilor va fi comunicată Secretarului general al Consiliului Europei și înaintată de el statelor membre ale Consiliului Europei, Comunității Europene, oricărui semnatar, oricărei părți, oricărui stat invitat să semneze această Convenție în conformitate cu prevederile art. 33 și oricărui stat invitat să adere la ea potrivit prevederilor art. 34.
6. Comitetul va examina propunerea numai după două luni după ce a fost înaintată Secretarului general, conform paragrafului 5. Comitetul va supune spre aprobare Comitetului Miniștrilor textul adoptat cu o majoritate de două treimi a voturilor exprimate. După aprobare textul va fi înaintat părților pentru ratificare, adoptare sau aprobare.
7. Orice amendament va intra în vigoare pentru părțile care l-au acceptat, în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de o lună de la data la care cinci părți, incluzând cel puțin patru state membre ale Consiliului Europei, au informat Secretarul general că l-au acceptat.

Pentru oricare dintre părțile care-l vor 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 partea a informat Secretarul general referitor la acceptarea sa.

Capitolul XIV

Clauze finale

Articolul 33

Semnare, ratificare și intrare în vigoare

1. Această Convenție va fi deschisă spre semnare statelor membre ale Consiliului Europei, statelor care nu sunt membre dar care au participat la elaborarea ei și Comunității Europene.
2. Această Convenție constituie subiect al ratificării, acceptării sau aprobării. Instrumentele de ratificare, acceptare sau aprobare vor fi depuse la Secretarul general al Consiliului Europei.
3. Această Convenție va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de trei luni de la data la care cinci state, incluzând cel puțin patru state membre ale Consiliului Europei, și-au exprimat consimțământul de a fi ținute de obligația Convenției în conformitate cu prevederile paragrafului 2 al prezentului articol.
4. În ce privește obligația oricărui semnatar care și-a exprimat consimțământul ulterior, Convenția va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de trei luni de la data depunerii instrumentelor sale de ratificare, acceptare sau aprobare.

Articolul 34

Statele care nu sunt membre

1. După intrarea în vigoare a acestei Convenții, Comitetul Miniștrilor al Consiliului Europei poate invita, după consultarea părților, state care nu sunt membre ale Consiliului Europei să adere la această Convenție, printr-o hotărâre luată de majoritatea prevăzută la art. 20, pct. d al Statutului Consiliului Europei și prin votul în unanimitate al reprezentanților statelor contractante care au dreptul să ocupe un loc în Comitetul Miniștrilor.
2. Pentru orice stat care aderă la ea, Convenția va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de trei luni de la data depunerii instrumentului de aderare la Secretarul general al Consiliului Europei.

Articolul 35

Teritorii

1. Orice semnatar poate preciza, în momentul semnării sau la depunerea instrumentelor sale de ratificare, acceptare sau aprobare, teritoriul sau teritoriile în care se va aplica această Convenție. Orice alte state pot formula aceeași declarație la depunerea instrumentelor de aderare.
2. La orice dată ulterioară, orice parte poate extinde, printr-o declarație adresată Secretarului general al Consiliului Europei, aplicarea acestei Convenții la orice alt teritoriu precizat în declarație și, totodată, la baza căror relații internaționale se regăsește sau în numele cui este autorizată a fi întreprinsă. În ce privește asemenea teritorii, Convenția va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de trei luni de la data primirii acestei notificări de către Secretarul general.
3. Orice declarație făcută potrivit prevederilor celor două paragrafe anterioare privind teritoriile precizate în ea poate fi respinsă printr-o notificare adresată Secretarului general. Respingerea devine efectivă în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de trei luni de la data primirii acestei notificări de către Secretarul general.

Articolul 36

Rezerve

1. Orice stat și Comunitatea Europeană pot formula, în momentul semnării acestei Convenții sau la depunerea instrumentului de ratificare, o rezervă privind orice prevedere specială a Convenției, în măsura în care orice lege în vigoare în acel moment în teritoriul lor nu este în conformitate cu acea prevedere. Acest articol nu permite și formularea unor rezerve cu caracter general. Orice rezervă formulată în conformitate cu acest articol va cuprinde și o scurtă expunere privind legea respectivă.
2. Orice parte care extinde aplicarea acestei Convenții la un teritoriu menționat în declarația prevăzută la art. 35, paragraful 2, poate să formuleze cu referire la teritoriul respectiv o rezervă în conformitate cu prevederile paragrafului anterior.
3. Orice parte care a formulat rezerva menționată la acest articol o poate respinge prin intermediul unei notificări adresate Secretarului general al Consiliului Europei. Respingerea va deveni efectivă în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de o lună de la data primirii acesteia de către Secretarul general.

Articolul 37

Denunțarea

1. Orice parte poate denunța în orice moment această Convenție prin intermediul unei notificări adresate Secretarului general al Consiliului Europei.
2. O asemenea denunțare va deveni efectivă în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de trei luni de la data primirii notificării de către Secretarul general.

Articolul 38

Notificări

Secretarul general al Consiliului Europei va notifica statele membre ale Consiliului, Comunitatea Europeană, orice semnatar, orice parte și toate statele invitate să adere la convenție referitor la :

- a. orice semnare ;
- b. depunerea oricărui instrument de ratificare, acceptare sau aderare ;
- c. orice dată a intrării în vigoare a acestei Convenții în conformitate cu art. 33 sau 34 ;
- d. orice amendament sau protocol adoptat în conformitate cu art. 32 și data la care acest amendament sau protocol intră în vigoare ;
- e. orice declarație conformă prevederilor art. 35 ;
- f. orice rezervă și respingere a rezervei făcute cu respectarea prevederilor art. 36 ;
- g. orice alt act, notificare sau comunicare referitoare la această Convenție.

Fapt pentru care, subsemnații, deplin autorizați în acest sens, au semnat această Convenție.

Încheiată la Oviedo, în data de 4.04.1997 în engleză și franceză, ambele texte fiind autentice, într-un singur exemplar care va fi depus în arhivele Consiliului Europei. Secretarul general al Consiliului Europei va transmite copii autentificate fiecărui stat membru al Consiliului Europei, Comunității Europene, statelor care nu sunt membre care au participat la elaborarea acestei Convenții și oricărui alt stat invitat să adere la această Convenție.

Unele aspecte de drept comparat (legea franceză) relativ la respectul corpului uman stipulează :

Legea asigură primordialitatea persoanei și interzice orice atingere adusă demnității sale, garantând respectul ființei umane de la începutul vieții sale.

Fiecare are dreptul la respectul corpului său. Corpul uman este inviolabil. Corpul uman, elementele sale și produsele sale nu pot face obiectul unui drept patrimonial. Judecătorul poate prescrie toate

măsurile proprii a împiedica sau a face să înceteze o atingere ilicită adusă corpului, elementelor sau produselor corpului uman.

Consimțământul interesatului trebuie să fie primit în prealabil afară de cazul când starea sa face necesară o intervenție terapeutică pentru care nu este timp a lua consimțământul sau de a consimți.

Nimeni nu poate aduce atingere speciei umane. Practica eugenică de selecție a persoanelor este interzisă. Nici o transformare nu poate fi adusă caracterelor genetice în scop de modificare a descendenței persoanei.

Convențiile ce au drept scop a conferi o valoare primordială corpului uman, elementelor sau produselor sale sunt nule.

Nici o remunerare nu se poate aloca celui ce se pretează la un experiment pe persoana, elementele sau produsele corpului său.

Nici o informație privind identificarea celui ce a donat din corpul sau produsele lui nu poate fi divulgată. Donatorul nu poate cunoaște identitatea receptorului și nici invers. Numai în caz de necesitate poate avea acces la informațiile privind identitatea.

Dispozițiile de mai sus sunt de ordin public.

În ceea ce privește faptele comise cu titlu habitual sau în scop lucrativ, pedepsele se dublează.

În urgențe, dacă consimțământul nu poate fi obținut, intervenția se va face numai în beneficiul persoanei.

Orice persoană are dreptul la respectarea vieții private și să cunoască sau să nu cunoască informațiile cu privire la sănătatea sa.

Din motive de moștenire genetică, este interzisă orice discriminare a persoanei, iar testele genetice de depistare a unei boli pot fi utilizate numai din motive de sănătate sau de cercetare științifică în legătură cu scopuri privind sănătatea. Intervențiile pe genomul uman pot fi admise numai în scopuri preventive de diagnostic sau tratament și dacă nu modifică genomul descendenților. Selecția sexului e interzisă cu excepția evitării tulburărilor ereditare grave legate de sex.

Cercetarea științifică în biologie și medicină se face numai cu protecția persoanelor ce sunt obiect al cercetării și anume dacă nu există altă alternativă comparabilă ca eficiență, riscurile nu sunt disproporționate față de avantajele cercetării, proiectul cercetării a fost aprobat de un organ competent, persoanele au fost informate cu privire la drepturile și garanțiile legale și și-au dat consimțământul expres, precis și documentat.

Cei incapabili a consimți la cercetare, pe lângă condițiile anterioare, în cazul beneficiilor indirecte, acestea să privească aceeași categorie de persoane și să fie cu riscuri și obligații minime pentru persoană.

Se interzice crearea de embrioni umani în scop de cercetare.

Prelevarea de țesuturi de la persoane, pe lângă beneficiul terapeutic pentru primitor și dacă nu sunt disponibile țesuturi și organe de la decedați, iar consimțământul dat în fața unui organism oficial este licit.

Prelevarea de la cei incapabili de a consimți e permisă doar dacă nu este donator cu capacitatea de a consimți, primitorul e frate sau soră cu donatorul, donarea poate salva viața primitorului, autorizația e dată de reprezentanții legali, iar donatorul potențial nu obiectează.

Corpul omenesc și părți din el nu vor genera câștiguri financiare. Nici o restricție privind drepturile și prevederile din această convenție nu sunt admise decât în interesul siguranței publice, prevenirii crimei, protejării sănătății publice sau protecției drepturilor și libertăților celorlalți, cu excepția nediscriminării, intervențiilor pe genomul uman, selecției sexului, protecției în cercetarea științifică, prelevării de țesuturi și organe.

Pentru respectarea acestor prevederi s-a creat un Comitet Director cu membri din fiecare țară a Comunității europene.

Bioetica și cercetarea biomedicală

În lucrarea lui Gros și Roger, *Life Sciences and Society*, se afirmă : „Contrar a ceea ce am putea crede, ideea de om nu poate fi formată plecând de la un punct de vedere biologic. Dimpotrivă, ea poate fi formată numai plecând de la punctul de vedere al ideii de om, după care, biologia poate fi utilizată numai pentru a-l servi”.

Constituie bioetica o preocupare *ex novo*?

Hipocrate accentua principiul lui *primum non nocere* și pretindea elevilor săi să slujească sănătatea atât cât îi vor ajuta puterile și mintea. Maimonide, în rugăciunea-jurământ, cerea a se îndepărta de la dânsul gândul că poate totul. Când Jenner sau Pasteur au făcut descoperirile epocale cunoscute, deși nu au avut reguli bioetice, s-au condus după principiul major al interesului comunitar ce a justificat interesul științific.

De aceea, în momentul de față, bioetica încearcă a da răspuns la tot ceea ce știința și tehnologia biomedicală o provoacă, cu alte cuvinte a da răspuns primelor supoziții și ultimelor consecințe ale cunoașterii științifice biomedicale.

Trebuie să adăugăm aici că medicina liberală, care a dat garanții accentuate de libertate și informare bolnavului, a creat însă și riscul comercializării actului medical, bolnavul fiind perceput mai mult ca un client decât ca un deținător al unui drept de sănătate. În sfârșit, bioetica este în măsură să dea răspuns și unor curente antimedicale la modă, care pretend demedicalizarea vieții și demercantilizarea medicinei.

Declarația de la Helsinki din 1964 introduce mai multe tipuri de cercetare, cum ar fi autoexperimentele, cercetările de laborator, cercetările clinice și terapeutice sau cercetările 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 riscurilor eventuale. 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.

Declarația de la Tokio din 1975 privind cercetarea medicală recomandă aprobarea protocolului de cercetare științifică de către un comitet de etică, iar apoi alte declarații, ca aceea de la Manila din 1981, ce recomandă racordarea principiilor cercetării la codurile etice specifice fiecărei țări, sau cea din Hawaii din 1983, ce stipulează că medicul trebuie să fie garantul drepturilor omului și interzice cercetările pe minori, bolnavi psihici, deținuți, condamnați la moarte, toate acestea în deplin acord cu declarația ONU din 1972, a Consiliului Europei din 1983, cu declarația de la Veneția din același an și cu declarația Consiliului de Cercetare Științifică Medicală din Europa (CIOMS) din 1984. Mai recent, declarația din Hong Kong prevede necesitatea unificării normative a principiilor bioetice în cercetare, recomandare consecutiv căreia s-au înființat multiple grupe de studii, printre care grupul Milazzo privind etica și legea în fața tehnologiei biomedicale și grupul GRMCQ de reflectare asupra eticii biomedicale cotidiene. Concomitent, în multe țări, s-au organizat institute de cercetare și de informare în domeniul bioeticii.

Multiple justificări doctrinare se află la baza amplorii intervenției bioeticii în cercetarea științifică medicală actuală.

Justificările de ordin etic privesc nevoia respectului drepturilor și libertăților persoanei, a principiului *primum non nocere* în condițiile tehnologiei actuale, în esență a evitării prejudiciilor aduse unei persoane „de dragul științei și progresului științific”. Exprimă aceasta ceea ce anticii afirmă prin principiul *primum humanitas asterum scientiae*. Numai respectând caracterul absolut al acestor drepturi și principii se poate evita orice pretinsă imagine de abuz medical.

Justificările epistemologice privesc nevoia respectului absolut pentru adevărul științific, atât prin aplicarea unor metode de cercetare pe măsura scopului propus, cât și prin argumentarea științifică adecvată, în care, totdeauna, instituția sau flerul trebuie să cedeze cercetării și argumentării științifice riguroase.

Justificările organizatorice privesc libertatea cercetării ca fiind echivalentă libertății cuvântului, dar în condiții de informare a opiniei publice și de avizare a cercetării de către un comitet de etică ce are sarcina de a recomanda, informa, aviza și ghida cercetarea și de a devansa normarea legislativă în domenii privind viața și sănătatea omului prin respectul lor absolut și *erga omnes*.

În sfârșit, justificările pedagogice privesc nevoia formării sensibilității pentru adevăr prin onestitate și spirit autocritic, a competenței pentru adevăr prin îndoială carteziană, ca și a cultului pentru adevăr prin vocație

a cercetării. În acest context se înscriu cunoașterea și recunoașterea obstacolelor unei cercetări (așa-numitul muzeu de erori al cunoașterii, dovedit și de multitudinea eponimelor din medicină, dacă ne-am referi numai la multitudinea corectărilor anatomice aduse de Vesalius lui Galen), prin ceea ce Bacon a numit idolii cunoașterii și anume: a intui și a deduce înainte de a cerceta și experimenta sau a iubi mai ușor ceea ce se confirmă decât ceea ce se contrazice. Apoi Bachelard a clasificat obstacolele cercetării în infraepistemice (după care adevărul ce naște din prima observație riscă a fi conform pasiunilor și ar duce astfel la prejudecăți), epistemice (ale metodelor, dacă nu sunt specifice, sensibile, cifrabile și verificabile) și supraepistemice (așa cum ar fi lipsa argumentației logice și a concordanței concluziilor cu realitatea). În multe țări, în vederea evitării acestor obstacole și chiar a cercetării frauduloase, s-au inițiat adevărate tribunale științifice pe care contracercetarea, ca probă expertală, tinde a le depista.

La ora actuală, câteva paradigme de bioetică comparată privesc:

- respectul persoanei supuse cercetării, indiferent de statutul său;
- acordul opiniei publice privind cercetarea;
- efectuarea sa în institute specializate;
- confidențialitatea rezultatelor;
- minimalizarea riscurilor și maximalizarea beneficiilor;
- contenția față de rezultate-succese și
- valorificarea euristică a eventualelor erori, ca și profesiunea de credință față de ele, cu asumarea riscurilor, după posologia lor prealabilă.

În scopul de a înscrie legile naturii în legile moralei, atari paradigme au un caracter imperativ și nu alternativ.

Unele domenii de cercetare științifică medicală controversată în care bioetica trebuie să contribuie privesc:

- Cercetările pe embrioni sunt considerate, de multe comitete de bioetică, drept posibile, cât timp fătul nu este o persoană și prin aceasta nu are un drept la protecție. În alte țări, documente precum Convenția Americană a Drepturilor Omului consideră atari cercetări posibile numai în anumite condiții, fătul fiind considerat persoană încă din momentul concepției, dar multe țări, mai ales din Europa, prin moratorii la obiect, le-au interzis.
- În domeniul cercetărilor privind sterilizarea voluntară sau chiar nevoluntară, eugenică, Comitetul de Experti în bioetică a determinat Consiliul European să-și însușească teza potrivit căreia dreptul la ereditate și diversitate nu poate fi schimbat în mod artificial.

- În ceea ce privește reproducerea medical-asistată, care a bulversat filiația naturală și pe care religia o contestă atât timp cât viața, creată de Dumnezeu, nu poate fi creată și *in vitro*, Consiliul Europei o admite în următoarele condiții : se recunoaște libertatea alegerii între adopție și inseminare artificială, cu garantarea tehnicii efectuate ca o obligație de rezultat, după un consimțământ luminat privind consecințele posibile ale tehnicii efectuate, consimțământul obligatoriu al cuplului, procedură efectuată numai în centre naționale aprobate, cu indicație numai pentru cuplurile heterosexuale stabile și sterile, cu precizarea prealabilă a statutului copilului și a protejării relațiilor de filiație, utilizând tehnici uniforme, aprobate și verificate, cu prohibiția inseminării postmortem și a comercializării cercetării. Dar și în aceste condiții bioetice rămân probleme nerezolvate, așa cum ar fi indemnizarea donatorilor, accesul copilului la informații despre donator, ca și a numărului de copii oferit de donator.
 - Cercetările privind sindromul XYY care au creat imaginea unui blestem genetic comportamental după cercetările lui Mednik (care pe 4000 de subiecți a găsit doar 5 sociopați) a dus la moratorii privind continuarea acestor cercetări în toate țările.
 - În ceea ce privește transsexualismul, Asociația Internațională a Disforiilor de Gen nu admite atari cercetări nici chiar în scop terapeutic decât după un timp de reflectare de un an, cu evitarea cazurilor de transsexualism secundar (ca simptom de boală psihică) și numai după schimbarea juridică a sexului. În general, cercetările privind comportamentul aberant au determinat Parlamentul European, după audierea raportului Rothle, și Comitetul European pentru probleme criminale, să interzică orice cercetări privind profilul de personalitate anomică și riscurile sale sociopatice.
- Plecând de la riscul erorilor pe materiale degradate, cât și de la finețea tehnicilor privind cercetările asupra amprenteii genetice, geneticianului McKuzic i-a revenit sarcina stabilirii principiilor bioetice de control al laboratoarelor specializate, prin specialiști externi, precum și a codificării tehnicilor, a publicității rezultatelor ori a sumării cercetărilor pe circa 20 de grupe etnice, ca bază de date a profilului genetic într-o populație. La aceste cerințe, trebuie adăugat și protestul amprentării genetice a populației de către grupuri tatuete de ADN.
- Principiile bioeticii privesc limitele resuscitării, de exemplu, a condițiilor în care moartea vegetativă permite menținerea în viață pentru nașterea unui copil la termen, așa-numitul „copil al unui cadavru”,

cât și aspecte bioetice legate de SIDA, prin care s-au introdus, de asemenea, multiple moratorii privind cercetarea purtătorilor în populațiile cu risc sau în vederea căsătoriei, a asigurării, a angajării sau imigrării.

Jurisprudența actuală ne evocă și unele riscuri legate de neglijarea contextului bioetic al cercetării științifice. Dacă progresele în ceea ce s-au numit științele vieții sunt considerate ca cele mai semnificative progrese ale revoluției științifice din secolul XX, cum spunea C. Byk, expert pe lângă Consiliul European, atunci se naște o întrebare legitimă : totul este posibil ? Răspunsul îl dă tot bioetica, ce susține că, în cercetarea științifică, limitele nu se pun decât în termeni etici, motiv pentru care științele vieții devin și o problemă socială.

Curtea Europeană de Justiție a trebuit să se pronunțe astfel în unele cazuri bioetice, printre care cele privind cercetarea unui nou procedeu de sterilizare, urmat de eșec asupra a 72 de persoane (din Danemarca), cele privind utilizarea unor neuroleptice în predicția comportamentului disocial numai cu avizul unui director de spital (în RFG) sau cele privind cercetarea frecvenței unor grupe sanguine și serice în populație, de fapt în scopul depistării unor ilegalități (în Austria), hotărâri ce au statuat că aceste experimente au reprezentat cercetări degradante, iar prin lipsa consimțământului subiectului, au fost echivalente cu tortura psihologică, din declarația de la Hawaii. Mai mult, că ele au creat imaginea unei puteri necontrolate a medicinei și au fost efectuate după criteriile de profit.

De lege ferenda, orice cercetare științifică medico-biologică trebuie să ia în considerație următoarele paradigme :

- 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 ;
- în caz de apariție a unor riscuri, aceste stări să fie reziliate prin ceea ce s-a numit clauza de conștiință a medicului, clauză după care nu trebuie să se piardă din uman ceea ce se câștigă în tehnic. Mai mult, știința trebuie să aducă nevoia de mai multă conștiință ;
- bioetica trebuie să mute știința în uman și să lege astfel subiectivitatea de obiectivitate, să lege judecățile despre valoare de judecățile despre fapte, adevărurile științifice de semnificația lor umană, numai astfel știința valorizându-se integral sub aspect uman.

Este o realitate faptul că știința are efecte care nu se prevăd și care l-au făcut pe Lucian Blaga să afirme că nu trebuie strivită „corola de minuni a lumii”. Pentru a reda încrederea societății în știință, este nevoie ca

opinia publică să fie informată, știința să aibă acordul societății, iar oamenii de știință să-și aducă contribuția la înlăturarea efectelor sale nedorite. Cum și știința medicală evoluează mai repede decât omul, faptul aduce implicit necesitatea promovării bioeticii, cu sarcina de a umple orice vid normativ și a devansa normările judiciare în domeniul cercetării. În același timp, bioetica poate contribui din plin la formarea modelului de competență științifică biomedicală, cât timp, cum spunea Anton Dimitriu, scopul științei nu este atât de a da cunoștințe definitive, cât de a organiza căutarea și a găsi limitele necunoașterii noastre. S-ar putea încheia această pledoarie pentru bioetică cu afirmația unui bioetician: „În condițiile moderne, a fi medic și cercetător înseamnă a te bate pentru viață, a te expune aventurii și riscului, furtunii și înfrângerii. Înseamnă uneori a accepta nesigurul, abisul și durerea, pentru care trebuie curaj. Înseamnă a accepta nenorocirea și, în nenorocire, singură conștiința este cea care contează”.

Declarația AMM de la Helsinki – 1960 cu recomandări privind cercetarea biomedicală pe subiecte umane (modificată în 1975, 1980 și 1989)

Introducere

Misiunea medicului este de a apăra sănătatea ființei umane. El exercită această misiune în plenitudinea științei și conștiinței sale.

Jurământul de la Geneva obligă medicul în termenii următori: „sănătatea pacientului meu va fi prima mea grijă” și Codul Internațional de Etică Medicală stipulează că medicul trebuie să acționeze numai în interesul pacientului său, atunci când îngrijirile acordate pot fi urmate de slăbirea condiției sale fizice sau mentale.

Obiectele cercetării biomedicale asupra subiecților umani trebuie să fie ameliorarea metodelor de diagnostic, tratament și profilaxie și înțelegerea etiologiei și patologiei.

În practica medicală curentă orice metodă diagnostică, terapeutică sau profilactică comportă riscuri; aceasta se aplică îndeosebi în cercetarea biomedicală.

Progresul medicinei este bazat pe cercetare, care, în definitiv, trebuie să se sprijine pe experimentul făcut pe om.

Este cazul ca în domeniul cercetării biomedicale să se stabilească o distincție fundamentală între o cercetare cu scop diagnostic sau terapeutic privind pacientul și o cercetare al cărei obiectiv esențial este pur științific și lipsit de finalitate diagnostică sau terapeutică directă privind pacientul.

Precauții speciale trebuie să fie luate în conducerea cercetărilor care pot afecta mediul ambiant. Animalele folosite în cursul cercetărilor trebuie să fie protejate.

Dat fiind că este indispensabil pentru progresul științei și binele umanității în suferință să se aplice rezultatele experiențelor de la laborator la om, AMM a redactat recomandările ce urmează, cu scopul de a servi drept ghid medicilor angajați în cercetări biomedicale. Aceste recomandări trebuie revăzute periodic și se subliniază că aceste reguli au fost redactate numai pentru lămurirea conștiinței medicilor din întreaga lume. Aceștia nu sunt scutiți de răspundere penală, civilă și deontologică față de legile și reglementările interne ale fiecărei țări.

I. Principii de bază

1. Cercetarea biomedicală efectuată pe om trebuie să se conformeze principiilor științifice general recunoscute și trebuie să se bazeze pe o experimentare realizată în laborator și pe animal, executată de o manieră adecvată, cunoscându-se aprofundat literatura științifică.
2. Proiectul și efectuarea fiecărei faze a experimentării pe om trebuie să fie clar definite într-un protocol experimental ce trebuie supus spre examinare, comentariu și sfaturi unui comitet desemnat special pentru aceasta, independent de cercetător și de sponsor, acest comitet trebuind să se conformeze legilor și reglementărilor în țara în care se efectuează cercetările experimentale.
3. Experimentul pe om trebuie făcut de persoane calificate din punct de vedere științific și sub supravegherea unui clinician competent. Răspunderea față de subiectul experimentului trebuie totdeauna să incumbe unei persoane calificate din punct de vedere medical și nu trebuie niciodată să incumbe subiectului însuși, chiar dacă acesta și-a dat consimțământul.
4. Experimentul nu poate fi încercat în mod legitim decât dacă importanța scopului vizat este corelată cu riscul asumat de subiect.
5. Înainte de a întreprinde un experiment, trebuie să se evalueze cu grijă riscurile și avantajele previzibile pentru subiect și pentru alții. Interesele subiectului trebuie totdeauna să primeze față de cele ale științei sau ale societății.
6. Dreptul subiectului de a-și salvarda integritatea și viața sa trebuie întotdeauna să fie respectat. Trebuie luate toate măsurile pentru reducerea repercusiunilor studiului asupra integrității fizice și mentale a subiectului sau asupra personalității sale.
7. Un medic nu trebuie să întreprindă un proiect de cercetare decât dacă apreciază că este în măsură să prevadă riscurile potențiale ale

- acestui. Un medic trebuie să oprească experimentul dacă riscurile par a depăși beneficiile scontate.
8. Publicarea rezultatelor cercetării va respecta cu strictețe exactitatea acestora. Dacă nu se conformează principiilor enunțate în această declarație, rezultatele nu trebuie publicate.
 9. În cazul cercetării pe om, subiectul va fi informat într-o manieră adecvată asupra obiectivelor, metodelor, beneficiilor scontate, ca și asupra riscurilor potențiale ale studiului și a neplăcerilor care ar putea rezulta pentru el. Subiectul trebuie informat că poate refuza participarea la experiment și că este liber în orice moment să-și retragă consimțământul dat. Medicul trebuie să obțină consimțământul liber și lămurit al subiectului, de preferat consimțământul scris.
 10. Când solicită consimțământul, medicul va trebui să ia măsuri deosebite de precauție dacă subiectul se află față de medic într-o situație de dependență sau de constrângere. În acest caz, ar fi de preferat ca consimțământul să fie solicitat de un medic neangajat în experimentul respectiv și care este complet străin de relația medic-subiect.
 11. În cazul de incapacitate legală și mai ales când este vorba de un minor, consimțământul trebuie solicitat reprezentantului legal, ținând cont de legislația națională. În cazul în care incapacitatea fizică sau mentală face imposibilă obținerea unui consimțământ în cunoștință de cauză, autorizația rudelor apropiate responsabile înlocuiește consimțământul subiectului cu aceleași observații. Atunci când un copil, chiar minor, este capabil să-și dea consimțământul, acesta trebuie dat alături de consimțământul aparținătorilor legali.
 12. Protocolul cercetării trebuie întotdeauna să conțină o declarație asupra considerentelor etice implicate în această cercetare și trebuie să arate că principiile enunțate în prezența declarației sunt respectate.

II. Cercetarea medicală asociată cu îngrijirea medicală (cercetarea clinică)

1. În cursul tratamentului unui bolnav, medicul trebuie să fie liber în a recurge la o nouă metodă de diagnostic sau de tratament sau dacă el consideră că aceasta oferă bolnavului speranța salvării vieții, restabilirii sănătății sau alinării suferințelor sale.
2. Medicul trebuie să cântărească avantajele, riscurile și inconveniente potențiale ale unei noi metode, comparativ cu cele mai bune metode de diagnostic și tratament cunoscute.

3. În cursul unui studiu – cu sau fără grup martor – bolnavul trebuie să beneficieze de cele mai bune metode de diagnostic și tratament.
4. Refuzul bolnavului de a participa la un studiu nu trebuie în nici un caz să afecteze relațiile existente între medic și acest pacient.
5. Dacă medicul apreciază că este esențial să nu ceară consimțământul avizat al subiectului, rațiunile specifice ale acestei propuneri trebuie să fie conținute în protocolul de experiment transmis prealabil comitetului, după procedura prevăzută anterior (1-2).
6. Medicul nu poate asocia o cercetare biomedicală îngrijirii medicale în vederea dobândirii de cunoștințe medicale noi decât în măsura în care această cercetare biomedicală este justificată printr-o utilitate diagnostică sau terapeutică potențială pentru pacient.

III. Cercetarea medicală non terapeutică implicând subiecți umani (cercetarea biomedicală neclinică)

1. În aplicarea experiențelor pur științifice la om, datoria medicului este de a rămâne protectorul vieții și sănătății subiectului supus experimentului.
2. Subiecții trebuie să fie voluntari sănătoși sau bolnavi de o afecțiune străină studiului.
3. Experimentatorul sau echipa de cercetare trebuie să oprească experimentul dacă, după părerea lor, continuarea ar putea fi periculoasă pentru subiect.

În cercetarea medicală, interesele științifice și medicale ale societății nu trebuie niciodată să prevaleze asupra bunăstării subiectului.

Recomandarea nr. 3/990 a Comitetului de Miniștri a Consiliului Europei privind cercetarea medicală relevă că această cercetare pe om nu trebuie să atingă demnitatea persoanei și că această protecție a persoanei este primordială, și că e necesar ca orice cercetare să respecte principiile etice și regulile juridice ce se proclamă :

Orice cercetare medicală se face în baza unui plan și a regulilor după care interesul persoanei ce acceptă o cercetare trebuie să prevaleze asupra intereselor științei și societății, în care scop riscurile cercetării trebuie limitate la maximum și acestea nu trebuie să fie disproporționate față de beneficiile pentru persoană.

Nici o cercetare nu poate fi efectuată fără consimțământul clar, liber, expres și specific al persoanei și el poate fi liber retras, indiferent de faza cercetării. Înainte de a consimți, persoana trebuie să fie avertizată asupra acestui drept de retragere. Persoana trebuie apoi informată asupra obiectivelor și metodologiei cercetării, asupra riscurilor previzibile, informație ce va fi suficient de clară pentru a-i permite a-și da consimțământul în cunoștință de cauză.

Incapabilii juridici nu pot face obiectul cercetării medicale decât dacă cercetarea aduce un beneficiu direct și semnificativ pentru sănătatea lor. Pentru beneficii indirecte e necesar ca legea națională să se asigure că rezultate analoage nu pot fi obținute altfel. De asemenea, în timpul sarcinii sau alăptării, femeia nu poate fi supusă cercetării decât dacă aceasta are un beneficiu direct pentru ea sau copil sau, pentru beneficii indirecte, că această cercetare nu se poate face altfel. Tot astfel, persoanele private de libertate nu pot face obiectul cercetării decât dacă beneficiul lor este direct și semnificativ pentru sănătatea lor.

În caz de urgență și când consimțământul nu se poate obține, cercetarea trebuie întreprinsă numai pentru beneficiul direct al bolnavului.

Cercetarea are caracter confidențial, ca și persoana supusă cercetării.

Cercetarea se face sub responsabilitatea unui cercetător competent și calificat și el poate și trebuie să oprească cercetarea în caz de risc pentru persoană. Persoanele supuse cercetării nu pot avea beneficii financiare, dar în caz de prejudicii au dreptul de a fi indemnizate și Statul trebuie să dea garanții în acest sens.

Protocole de cercetare vor fi avizate de un comitet de etică independent.

Un exemplu tipic de reglare a cercetării este Tratatul privind interzicerea clonării, adoptat de cele 30 de țări membre ale Consiliului Europei, ce prevede :

- interzicerea replicării oricărei persoane, vii sau moarte ;
- indiferent de tehnica folosită ;
- nici pentru motive de securitate națională ;
- nici pentru prevenirea de fapte penale ;
- nici pentru protecția sănătății publice sau a drepturilor omului.

Pedepse :

- închisoarea ;
- ridicarea licenței ;
- distrugerea laboratoarelor.

Argument :

- aduce beneficii rasei umane (prelungirea vieții și eradicarea bolilor). Clonele pot deveni bănci de organe pentru organismul original ;
- este un act natural pentru că cel ce o face este parte a naturii ;
- este fiabilă ;
- este etică și asigură libertatea persoanei, permițând cuplului a avea un copil și evitând adopția la cupluri homosexuale ;
- nu încalcă religia : dacă Dumnezeu a permis omului a o descoperi, înseamnă că o vrea ;
- nu e periculoasă, deși are efecte ca cele ale energiei atomice.

Contraargument :

- nu e fiabilă (s-au pierdut mii de embrioni);
- nu e morală, pentru că pot apărea făpturi non-umane (imperfecte prin clonare) sau supraumane (armate de clone);
- e periculoasă;
- nu e naturală – fiind o rupere a ființei umane cu natura ce a creat-o;
- e contrară religiei: omul se substituie lui Dumnezeu.

Punct de vedere teozofic privind cercetarea pe om

Biserica ortodoxă, în fața progreselor cercetării din științele vieții, se întreabă dacă aceste tehnologii sunt date de Dumnezeu pentru a ameliora viața umană, sau, dimpotrivă, sunt manifestări demonice de remodelare a propriei imagini a omului.

Antropologia teologică creștină arată că Dumnezeu a creat lumea după chipul său și că acest act creator include în sine libertatea și responsabilitatea de a desăvârși această realizare de sine și de asemănare cu Creatorul. În acest sens, cercetările privind obținerea de noi medicamente, terapia genică de detectare și corectare a deficiențelor genetice, de corectare a malformațiilor genetice cu respectarea demnității și integrității subiectului uman sunt admise de biserică. Dar tentativele eugenice de modificare a fondului genetic uman ce se pot transmite la descendenți și au drept scop ameliorarea sau crearea de rase superioare constituie violări ale suveranității divine și ale drepturilor persoanei și sunt prohibite de biserică.

În acest context, se impun moratorii privind experiențele pe celule germinale, neacordarea de brevete în acest sens, interzicerea experimentelor genetice ce violează libertatea, demnitatea și integritatea persoanei (clonarea, alegerea sexului, comercializarea embrionilor), inclusiv manipularea materialului genetic uman în scopuri neterapeutice, în scopul de a dezice ceea ce *Biblia* prevedea: „cei ce zic că sunt înțelepți au ajuns nebuni”. Biserica atrage atenția asupra acestei pante glisante, alunecoase, pe care o poate antrena cercetarea medicală, mai ales în genetică, prin exploatarea iresponsabilă a operei create de Dumnezeu.

Codul de deontologie al medicilor din România, în secțiunea D, art. 114-119, se ocupă de problemele cercetării științifice (experimentelor) pe om. Codul interzice provocarea de îmbolnăviri artificiale unor oameni sănătoși, din rațiuni de cercetare experimentală. Art. 115 atestă că impunerea cu forța sau inducerea în eroare pentru aceste cercetări sunt încălcări grave, iar cercetarea clinică (de verificare a eficacității unor metode de

diagnostic sau tratament) obligă la respectarea riguroasă a consimțământului liber și deliberat al subiectului. Experimentul clinic fără scop terapeutic e admis numai dacă nu comportă riscuri previzibile, iar cercetătorul este obligat a-l întrerupe în caz de risc de vătămare a sănătății sau dacă subiectul o cere. Încercările terapeutice, aplicate pentru prima dată la om, se vor face exclusiv în scop curativ (art. 117). În acest caz, trebuie să existe o justă proporționalitate între riscurile încercării și gravitatea cazului, iar pericolele sale eventuale să nu întrecă în gravitate evoluția probabilă a bolii sau a terapiilor deja cunoscute. În continuare, art. 119 enumerează regulile experimentului uman: a fi precedat de o serioasă experimentare pe animal, a fi acceptat voluntar, de o persoană majoră, în stare de libertate și perfect informată asupra riscurilor, iar în situația unor maladii incurabile și în stadiu terminal, încercarea să nu provoace suferințe suplimentare și să existe șanse de a fi utilă. Codul interzice, în final, experimentarea de remedii ce ar altera psihicul sau conștiința morală a subiectului.

Problemele drepturilor omului în genetica umană

Cu evidența unui truism, se știe că dacă prima celulă s-ar fi divizat infailibil și dacă exemplul ei ar fi fost urmat de toate celelalte celule, Pământul ar fi fost stăpânit de nesfârșite valuri de forme anonime și uniforme, viața înghețând în tipare stereotipe. Dar prima celulă a învățat să greșească și greșeala a pătruns definitiv în istoria vieții, eroarea perturbatoare găsindu-și locul în universul genetic al speciei. Eroarea este întâmplătoare, dar destinul ei nu mai este întâmplător, putând fi supus constrângerilor. Hazardul este însă inevitabil și ireparabil, eroarea putând reapare în alt context, cu alte semnificații.

Aceasta a impus în prim plan cercetarea universului ereditar, având drept scop primordial prevenirea și combaterea bolilor ereditare, dar și visul de a perfecționa specia ori speciile.

De-a lungul întregii istorii, profesia medicală a fost percepută și prin mesajele sale umaniste, printr-o etică particulară având drept scop protejarea intereselor legitime ale bolnavului.

De la jurământul lui Hippocrates și morala creștină, până la Declarația Universală a Drepturilor Omului, un patrimoniu moral condensa principiile esențiale ale eticii medicale, condamnând homicidul, subliniind necesitatea secretului, stabilind reguli stricte ce împiedicau medicii în a-și utiliza în mod imoral și ilegal cunoștințele și puterile.

Progresele geneticii în dezvoltarea unor tehnici aplicate ce caracterizează revoluția biologică în ultimii 20 de ani amenință a bulversa aceste reguli morale ce puteau fi considerate imuabile. Pentru prima oară, genetica și biotehnologiile tind să confere omului – ființă dihotomizată (creată și ontocreată în evoluția sa ontogenetică) – puterea imediată și necontrolată în materia gestionării și manipulării individualității sale biologice. Omul demiurg se poate transforma oricând în sclavul operei sale. Există astăzi condițiile nu numai ale modificării radicale a mediului ecologic într-un timp extrem de scurt (ce face imposibilă adaptarea), dar și ale fabricării omului, când atât corpul uman, cât și personalitatea individului pot deveni opera „procreării, concepției asistate de calculator”.

Dintotdeauna mamele au conceput și au așteptat cu emoție nașterea copilului. Astăzi, mamele doresc să aibă certitudinea unui copil sănătos. Detecția prenatală și întreruperea sarcinii sunt un drept al mamei sau un abuz de drept cu încălcarea drepturilor embrionilor? În prezent, noi nu tolerăm anormalitatea, dar ce este anormalitatea? Deschid cercetarea și practica geneticii drumul practicării eugeniei? Pentru individ, dorința de a avea copii frumoși și sănătoși este un obiectiv legitim. Dar, la nivelul grupului social, proclamarea unor teorii privind ameliorarea patrimoniului genetic uman și, din păcate, aplicarea acestor teorii au dat cuvântului eugenie un sens peiorativ, aproape sinonim cu rasismul și genocidul, stigmatizându-l sub toate formele sale. Detecția prenatală a unor boli și/sau trăsături având capacitatea de a se transmite ereditar, screeningul neonatal precoce pentru bolile metabolice prin metode invazive sau noninvazive sunt atuurile genetice în practica medicală cu impact atât asupra individului (diagnostic, tratament), cât și asupra familiei și societății (consult și sfat genetic). Toate acestea au crescut complexitatea abordării deciziilor etice în genetica medicală. În prezent, părerea genetiicienilor este că progresul științific și impunerea tehnicilor genetice în practica medicală sunt strâns legate (dependente) de abordarea clară a problemelor etice și de rezolvarea acestora.

Studiul sistematic întreprins de Fletcher și Wertz, în 1988, urmărește gradul de consens și variație în abordarea a 18 probleme de alegere morală cu care se confruntă practica medicală genetică. Au răspuns 1013 genetiicieni din 124 centre de genetică medicală din 17 țări. Chestionarele au cuprins reguli etice acceptate pentru 14 cazuri propuse de autori, patru întrebări despre screeningul genetic și întrebări privind scopul și metodele sfatului genetic. S-a considerat consens important pentru identitatea a 75% din răspunsuri din 75% dintre țări și consens moderat la 66,6% din răspunsuri din 66,6% dintre țări.

Doar în patru probleme s-a realizat un consens important (screeningul voluntar, scopul sfatului genetic, maniera de abordare a sfatului genetic, secretul pentru afecțiuni ereditare simple). În rest, există diferențe majore de abordare între statele industrializate și celelalte, între cele anglofone și cele francofone, între Europa, America și Asia și chiar în cadrul acestor grupe. Confruntarea acestor puncte de vedere a determinat în final adoptarea unor propuneri majoritar acceptate.

Declarația de la Inuyama (1990) afirmă că este de responsabilitatea cercetătorilor și terapeuților genetiicieni de a se asigura că tehnicile sunt utilizate conform eticii. Trebuie dezvoltate numai programe ce au acordul

pacienților și sunt concepute în beneficiul lor direct ; nu se vor crea sub nici un motiv programe eugenice sau altele ce ar permite abuzul tehnic din partea guvernelor sau organizațiilor private, deși se susține că astăzi clonarea reprezintă viitorul eugeniei pozitive ca sursă de eliberare de sub fatalitatea genetică și de echilibru între reproducerea nelimitată și resursele sociale. Se va combina dialogul multidisciplinar și trans-cultural pentru a delimita și a asigura cadrul și respectarea criteriilor etice.

Disocierea sexualității de procreere a deschis în biologia umană o adevărată cutie a Pandorei. Jacques Monod scria :

„Pentru a face un copil trebuie să existe trei elemente : o femeie, sperma și mediul”. Realitatea le-a depășit.

Se poate ajunge la 5 părinți (dacă există și mama purtătoare), ceea ce pune dreptul civil în situații imposibile, fără a mai discuta de malformațiile congenitale induse prin manipulările oului. Dar problema cea mai controversată o ridică soarta embrionilor excidentari produși prin fecundare *in vitro* și reimplantați. Trebuie ei distruși, trebuie conservați și în ce scop ? Pot fi ei utilizați în industria cosmetică, sau acest lucru constituie o gravă încălcare a regulilor dreptului natural ? Pot dispune de ei genitorii naturali sau au drepturile unei ființe umane ?

Două tipuri de cunoștințe concură în a „lumina această problemă crucială” : cunoștințe de ordin biologic și cunoștințe de ordin filozofic. Strict biologic, fecundarea unui ovul de către un spermatozoid constituie originea unui nou individ. Fuziunea gameților (care sunt deja purtătorii unei remanieri a patrimoniului genetic al părinților datorită meiozei) produce o individualitate diferită de a genitorilor. Prin codul său genetic, oul și embrionul reprezintă o nouă existență umană și această individualitate se realizează în toate cazurile anterior nidației ; embrionul trebuie deci să aibă drepturile unei ființe umane.

Speculațiile medievale ce separau momentul „însuflețirii” (animației) de momentul concepției apar astăzi drept ipoteze gratuite. Nu există în prezent nici o rațiune după care „sufletul”, spiritul să fie exclus, rupt de momentul conceperii. Morala elementară cere a se recunoaște un subiect de drept din primul moment al existenței, de la debutul evoluției sale ontogenetice, deci din momentul fecundării.

Acesta este spiritul în care, sintetizând cercetările și concluziile comitetelor de bioetică, Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei a emis actele ce protejează drepturile embrionilor și anume : Recomandarea 1046 (1996) privind utilizarea embrionilor și feților umani în scop diagnostic, terapeutic, științific, industrial și comercial și Reco-

mandarea 1100 (1989) asupra utilizării embrionilor și feților umani în cercetarea științifică.

În esență, se recomandă guvernelor statelor membre să limiteze utilizarea industrială a embrionilor și fetoșilor umani, numai în scopuri strict terapeutice, care nu pot fi realizate prin alte mijloace, și să adopte legi care să precizeze condiții restrictive în domeniu.

Se interzice crearea de embrioni umani prin fecundație *in vitro* în scopul cercetării acestora în cursul vieții sau după moartea lor.

Se interzic clonarea, producerea de himere, ectogeneza, alegerea restului prin manipulare genetică, cercetările și experimentele asupra embrionilor umani vii, indiferent dacă sunt viabili sau nu, crearea de gemeni monoziagoți, implantarea unui embrion uman în uterul altei specii sau invers, fuziunea gameților umani cu gameții altor specii, menținerea embrionilor *in vitro* după a 14-a zi de la fertilizare.

Este interzisă menținerea în viață a embrionilor și fetoșilor umani în mod artificial, în scopul obținerii de material utilizabil.

Cercetările asupra embrionului sunt interzise dacă embrionul este viabil, dacă există posibilitatea unui model animal și dacă nu au drept scop obținerea unei terapii pentru o afecțiune incurabilă. Utilizarea embrionilor, feților sau țesuturilor acestora nu trebuie făcută în scop lucrativ (pentru profit) sau pentru o remunerație. În virtutea acestor argumente, trebuie să recunoaștem fără echivoc că embrionii au toate drepturile unei ființe umane, utilizarea lor fără respectarea strictă a regulilor experimentului pe om constituie grave încălcări ale drepturilor omului, ce trebuie aspru sancționate.

Cercetările asupra genomului uman nu sunt nici ele lipsite de riscuri. Programul (SUA) ambițios de reeventualizare a genomului uman a mobilizat 300 de cercetători, timp de 20 de ani, pentru a identifica cele 3,5 miliarde de perechi de baze conținute de cromozomii umani. Costul proiectului a fost estimat la 5 miliarde de dolari. Deja 4 cromozomi au fost cartografiati. Proiectul vizează identificarea fracțiunii active a genomului (5% din materialul genetic total), a ARN mesager corespondent și chiar studiul comparat al genoamelor organismelor „model” (microbiene, animale și vegetale).

Încercarea de a reduce ființa umană la perechi de baze ale ADN-ului a trezit neliniștea publicului și a obligat la discutarea largă a problemelor etice. Declarația de la Inuyama (1990) este urmarea directă a acestor neliniști și ea demonstrează preocupările cercetării genetice asupra eticii și valorii ființei umane. Ea impune confidențialitatea rezultatelor testelor,

consimțământul valid, consilierea. Utilizarea în practica medicală a rezultatelor cercetării genetice trebuie făcută cu maximum de prudență. Proiectul genomului va furniza cunoștințe utile pentru terapia genică la om, care vor putea fi rapid aplicabile la om pentru câteva maladii recesive dar grave. Modificările celulelor somatice care nu afectează ADN-ul individului tratat trebuie evaluate după criteriile aplicate altor tratamente novatoare. Este însă necesară supravegherea de către Comitetele de Etică a tratamentelor genice, mai ales cele ce se adresează copiilor. Intervențiile trebuie să se limiteze la afecțiuni ce provoacă o invaliditate semnificativă și nu vor putea fi utilizate pentru a corija o caracteristică cosmetică, comportamentală sau cognitivă sau o afecțiune cunoscută și tratabilă (Declarația de la Inuyama). De asemenea, nevoile țărilor în curs de dezvoltare trebuie luate în considerare și metodele și tehnicile accesibile trebuie dezvoltate și distribuite acestora în măsura maximă posibilă.

Comitetul de Miniștri al Consiliului Europei preia aceste idei și în Recomandarea nr. 3/90 emite 11 principii etice obligatorii a fi însușite și integrate într-o legislație ce reglementează cercetarea asupra ființei umane în spiritul respectării drepturilor omului.

Cele de mai sus confirmă preocuparea pentru o etică a cercetării genetice. Promisiunile tehnologiilor genetice sunt, fără îndoială, încurajatoare dacă ne referim numai la posibilitatea depistării și corectării malformațiilor, diminuării anumitor handicapuri, tratării unor maladii grave. Dar merită ele dezvoltate acum? Merită a prelua omul, fără o pregătire etică suficientă, o astfel de forță capabilă a modifica fundamental specia căreia îi aparține? Nu există oare riscul descătușării unor forțe necontrolabile și deschiderea erei totalitarismului prin biologie? Nu ar fi cazul să renunțăm, măcar temporar, la a dispune discreționar de mijloace pe care nu suntem pregătiți etic și psihologic să le utilizăm? Ființa umană, fiind limitată biologic în timp între două puncte (procreerea și moartea), acceptând limitele sale, imperfecțiunile, poate să-și recapete din demnitatea sa reală, libertatea, să caute și să afle adevărul despre sine. Altfel, vrând să fie cât mai perfect uman prin intermediul biotehnologiilor, s-ar putea să riște să devină perfect inuman.

Ingineria genetică și drepturile omului

Din punct de vedere genetic, ființele umane sunt de o extraordinară diversitate; cu excepția gemenilor homozigoți, nu există două ființe identice în ceea ce privește patrimoniul genetic. Această diversitate a

permis speciei să se adapteze la medii diferite, dar a și făcut vulnerabili anumiți indivizi la acțiunea mediilor ostile. În țările dezvoltate, ca și în țările în curs de dezvoltare, ansamblul bolilor genetice reprezintă o proporție importantă a factorilor patologici care alterează calitatea vieții pentru că 3-5% din populație este atinsă.

Încorporarea unei componente genetice în politica sanitară devine astfel un obiectiv valabil care poate avea o influență deosebită asupra colectivității și a căror implicații etice și juridice nu trebuie minimalizate. Prevenirea mutațiilor, modificarea naturii (a mediului ecologic), profilaxia prin manipularea genetică a altor specii, diagnosticul pre și post natal, terapia genetică etc. sunt doar câteva din modalitățile de acțiune, devenite deja operative. În toate aceste cazuri, criteriile recunoscute până în prezent sunt mai mult de ordin tehnic, metodologic, de securitate științifică, ele nu rezolvă aspectele etice și de aceea neliniștea publicului larg este de înțeles.

Pentru opinia publică, cea mai mare îngrijorare o trezesc noile tehnici de recombinare artificială a materialului genetic provenind de la organisme vii desemnate sub termenul de „inginerie genetică”.

La întâlnirea istorică de la Asilomar (Pacific Grove, California 1975), pentru prima oară în fața presei, oamenii de știință au abordat acest subiect din punctul de vedere al consecințelor etice ale progresului genetic. Atunci s-au fundamentat criteriile etice și s-a subliniat că totdeauna, dincolo de beneficiile pentru societate, cercetarea și utilizarea ADN recombinat trebuie să aibă în vedere și implicațiile pentru individ.

În cele două decenii, situația a evoluat. În agricultură, inserția de gene tinde să înlocuiască tehnicile clasice de selecție și hibridare, conducând la probleme nu numai de securitate a manipulării, dar și de ordin etic (impactul asupra modelelor alimentare, antagonismul dintre grupurile sociale beneficiare etc.).

În medicină, noi metode de diagnostic s-au impus ca rezultat al cercetării. Prin dezvoltarea rapidă a *homme tests* bazate pe utilizarea anticorpilor monoclonali sau pe sonde moleculare, s-a constatat un progres evident în depistarea precoce a unor boli (diabet, cancer, SIDA etc.); în același timp, s-au ridicat și probleme etice. Executarea unui astfel de test impune nu numai o stăpânire a tehnicii de lucru, dar și colaborarea pacientului printr-o educație sanitară adecvată și printr-un comportament adecvat față de boală. Erorile pot avea consecințe grave pe plan emoțional și existențial. Chiar în absența erorilor, dată fiind gravitatea unor afecțiuni

(incurabile), nu ar constitui diagnosticul un secret absolut, opozabil și pacientului? Bolnavul nu ar avea un „drept la ignoranță”?

Terapia genică impune o distincție între terapia germinală și cea somatică.

Terapia germinală nu este o masă de probleme etice, ea fiind unanim respinsă ca absurdă și inacceptabilă. Respingerea s-a făcut pe considerente morale (patrimoniul genetic uman transmisibil este inalienabil), științifice (este impracticabilă o reușită la 100 ovocite injectate), cât și pragmatice (nu oferă garanție terapeutică și există o altă metodă cu reușite reale – diagnosticul prenatal).

Genoterapia somatică are însă un alt statut. Grefa genetică nu mai este un mit. După lucrările lui Palmiter, Joseph Goldstein și Michael Brown s-au obținut rezultate practice prin tehnica transgenică: o genă hibridă (șoarece – om) a fost inserată în ovulul fecundat de șoarece și a funcționat. Aceasta deschide epoca grefelor genetice și a criteriilor ce trebuie respectate pentru a se evita abuzul.

Deja s-a inveterat opinia conform căreia o grefă umană, normală și activă, reimplantată la un individ bolnav, într-o celulă somatică, nu ar trebui să suscite mai multe rezerve etice decât de exemplu o simplă grefă de măduvă sau un transplant de organ. Regulile deontologice ale transplantului trebuie însă respectate. În schimb, grefa transgenică interspecie la om trebuie deocamdată respinsă; mai întâi ea trebuie limitată și delimitată sub toate aspectele (îndeosebi cel al consecințelor) înainte de a fi acceptată.

Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei s-a pronunțat deja asupra relației dintre ingineria genetică și drepturile omului (Recomandarea 934/1982). Se afirmă, pe de o parte, că drepturile la viață și la demnitate umană garantate prin articolele 2 și 3 ale Convenției Europene a Drepturilor Omului implică dreptul ca moștenirea caracteristicilor genetice să nu fie supusă nici unei manipulări, iar pe de altă parte că recunoașterea expresă a acestui drept nu trebuie să se opună aplicării terapeutice a ingineriei genetice, plină de promisiuni pentru prevenirea și eliminarea anumitor maladii genetice. De aceea, terapia genică nu poate fi aplicată decât cu liberul consimțământ și în deplină cunoștință de cauză (corect informat) a celui interesat. Limitele aplicării terapeutice, legitime, și a tehnicilor de inginerie genetică trebuie stabilite de comisii specializate independente, înainte ca ele să fie efectiv operative și ele trebuie să facă obiectul revizuirii practice. Alături de invitația adresată statelor membre de a elabora legislații în domeniu cu respectarea criteriilor etice stabilite,

se recomandă Comitetului Miniștrilor să elaboreze un Acord European asupra a ceea ce constituie o aplicație legitimă a ingineriei genetice asupra ființei umane (incluzând și generațiile viitoare), având ca idee principală protecția drepturilor omului. Mai mult, acest acord trebuie să cuprindă și măsurile în domeniul ingineriei genetice, încât să nu fie posibilă, nici măcar accidental, influențarea (directă sau indirectă) a ființei umane.

Declarația Universală asupra genomului uman îl definește ca un patrimoniu al umanității prin Declarația UNESCO din 1997 la care au participat 186 de state. Declarația aceasta a fixat limitele intervențiilor pe patrimoniul genetic al unei persoane, a introdus obligativitatea comunității internaționale de a-l proteja, obligativitatea de a apăra demnitatea individului, indiferent de caracterele sale genetice, și respingerea oricărui determinism genetic.

Art. 1 al Declarației Universale privind genomul uman consacră unitatea fundamentală a membrilor familiei umane în recunoașterea demnității și diversității lor, declarând genomul uman drept patrimoniu al umanității, din care decurge faptul că cercetarea pe genomul uman angajează răspunderea întregii umanități. Această demnitate (art. 2) impune a nu reduce individul la caracteristicile sale genetice, ci a respecta caracterul unic al diversității sale. Se respinge astfel determinismul genetic, iar cunoștințele despre genomul uman nu vor fi interpretate contrar demnității individului ca ființă liberă și responsabilă, indiferent de condițiile de viață și mediu privind dezvoltarea potențialului genetic al individului. Art. 4 interzice ca cercetarea genomului uman să dea naștere la câștiguri pecuniare, orice cercetare în acest domeniu trebuind să se bazeze pe Declarația Universală a Drepturilor Omului și anume, dreptul la libertate individuală (din care decurge consimțământul liber), dreptul la protecția vieții private (din care decurge obligația de confidențialitate), principiul solidarității interumane și interstatale (din care decurge dreptul tuturor de a beneficia de progresul științific în domeniu). Astfel, cercetările pe genomul uman sunt admise numai dacă aduc un beneficiu direct pentru sănătatea individului, respectarea drepturilor omului (individului) prevalând asupra nevoilor de cercetare. Declarația reafirmă, în acest sens, că practicile contrare demnității umane, cum ar fi clonarea, nu sunt permise. În aceste condiții, libertatea de cercetare, deși exprimă libertatea gândirii, se va face doar pentru ameliorarea sănătății individului și, implicit, a umanității. Un comitet pluridisciplinar statal de etică va încuraja cercetarea de identificare, tratare și prevenire a maladiilor genetice și va favoriza difuziunea cunoștințelor drept element al culturii general-umane.

Implicațiile cercetărilor asupra genomului uman interesează societatea umană, care are datoria de a favoriza aplicarea acestei declarații. În același sens, Comitetul internațional de bioetică UNESCO va contribui la difuzarea acestor principii, această declarație de principii etice putând fi baza unui tratat de principii juridice imperative în domeniu.

Cele expuse succint sunt doar câteva argumente care dovedesc că, fără nici o îndoială, între drepturile omului și ingineria genetică există o relație directă ce trebuie totdeauna subliniată și studiată.

Știință, genetică și lege

Este un truism acela că știința, expresie a cunoașterii umane, este necesară, infinită și independentă de mesaje etice. Prin atari realități, știința a multiplicat puterile creatoare ale omului și progresul social, dar a creat și riscuri distructive pentru om și mediu, pentru diversitatea genetică a naturii, chiar pentru supraviețuirea speciei. Se afirmă astfel îndeobște că știința are datoria de a explica viața dar nu și de a o justifica, valoarea vieții devenind o problemă consecutivă de natură etică. Prin urmare :

- dacă știința se bazează pe adevăr și eficacitate, bioetica are sarcina de a le da semnificație umană, de a realiza consensul dintre științific și etic ;
- dacă știința este ambivalentă ca posibilități de aplicare, deci putând fie a proteja viața, fie a o distruge, numai bioetica o poate ajuta a transcende natura sa tehnic-intrinsecă pentru a o proiecta în uman ;
- dacă știința pune mereu în fața omului probleme de descifrat, ea aduce totodată și dileme morale, tocmai prin ambivalența sa, motiv pentru care etica devine o problemă de consens universal față de orice tip de descoperire tehnică.

Expresia cea mai autentică a revoluției tehnico-științifice contemporane sunt descoperirile genetice, descoperiri ce au pus bioetica în situația paroxistică a semnificațiilor lor umane, căci cercetările genetice transcend sfera individuală și pot fi surse de angoasă publică atât pentru efectele orizontale (în familie), cât și verticale (în descendență), atât pentru viața privată, cât și pentru cea publică, atât pentru individ, cât și pentru comunitate. Cercetările făcute pe genomul uman privind riscul bolilor ereditare pot genera astfel conflicte între nevoile sănătății publice privind reducerea riscului de boli ereditare și libertatea de reproducere umană cât și între libertatea omului și drepturile sale la un patrimoniu genetic nealterat, în interesul comunității și chiar al speciei umane.

Atari conflicte potențiale învederează faptul că cercetările genetice depășesc limitele individuale, afectând comunitatea, motiv pentru care o viziune umanistă asupra rezultatelor acestor cercetări trebuie să vizeze :

- integritatea genomului uman ca un drept absolut, inalienabil, netranzaționabil și imprescriptibil ;
- protecția absolută a individualității fizice a corpului uman din care decurge demnitatea persoanei ;
- respectul eului uman de la concepție la moartea reală ;
- neafectarea alterității de drepturi prin cercetările genetice ;
- evitarea riscurilor eugenice (rasiste) a acestor cercetări, prin neîncălcarea egalității oamenilor în fața legii, prin discriminarea dintre oameni, sănătoși sau bolnavi, prin protecția și respingerea oricărei ostilități fizice sau moral-psihologice față de handicapurile genetice, prin precizarea scopurilor urmărite de orice cercetare genetică (adaugă Vaticanul).

Altfel spus, în fața cercetărilor și descoperirilor genetice, etica reacționează cel mai adecvat în virtutea drepturilor naturale ale omului. De aceea, deși scopul unei cercetări genetice poate fi combaterea unor boli, el nu va putea fi ameliorarea speciei umane, pentru că normalitatea vieții sociale este de „domeniul legilor social-juridice și de domeniul științei biologice”. A încerca reglementarea normativă a dreptului sau interdicția de a aduce pe lume un handicapat, în condițiile în care părinții sunt conștienți de handicapul lor genetic, ar echivala cu eugenia. Rolul științei și normelor se oprește la informarea obiectivă, decizia finală fiind un aspect al drepturilor omului, în speță a cuplului, căci drepturile omului sunt de natură individuală și defensivă și au drept scop de a asigura libertatea și integritatea persoanelor contra oricăror excese normative, colective sau etatice. Mai mult, aceste drepturi sunt și pozitive, și active, deci afirmative, și nu pot fi restrânse sub justificarea unei legitimități generale decât dacă aceste legitimități sunt minime, așa cum ar fi necesitatea protecției publice a sănătății (principiul subsidiarității). Chiar în atari situații, principiul subsidiarității se aplică doar dacă nu există alte mijloace de limitare a unor drepturi fundamentale.

În virtutea unei bioetici minimale în domeniu, este necesar a avea în vedere că :

- legea supremă a vieții umane este interdependența și cooperarea, și nu competiția și selecția ;
- că orice problemă umană implică o etică centrată pe eul uman, pe identitatea sa genetică și pe originalitatea sa cultural-istorică ;

- că orice problemă umană implică un consens interdisciplinar, etic și științific, moral și juridic etc. ;
- că un astfel de consens trebuie acceptat de opinia publică, codificat de etica publică. Novalis spunea că atunci când facem un pas nou pentru a ajuta natura umană prin tehnică, să facem în prealabil două reflecții etice.

Libertatea de cercetare, ce decurge din libertatea de gândire și expresie și din dreptul fundamental al vieții sociale la progres, nu va afecta deci binele uman ce trebuie să prevaleze asupra intereselor științifice și sociale. Autodeterminarea individuală devine principiul suprem al rezilierii unui atare conflict ivit între interesele individuale și cele sociale.

Drepturile omului devin astfel o valoare în sine, *per se*, trebuie respectate indiferent de avantajele cercetării științifice pentru om și societate.

Din acest motiv, cercetările genetice, depășind limitele individului, afectează în primul rând confidențialitatea ca o protecție individuală, dar nu ca un obstacol în calea intereselor descendenței sau comunității. Dreptul la viață privată nu se poate opune transmiterii informației celui alt partener cu care se partajează patrimoniul genetic sau unei echipe ce cooperează la asigurarea sănătății bolnavului. Dar genele fiind o proprietate a individului și cuplului, atari informații nu se pot da terților, iar instituțiile consumatoare de date privind sănătatea trebuie să le protejeze.

În sensul celor de mai sus, recoltarea forțată de probe, sterilizarea nonvoluntară, tratamentul forțat etc. încalcă drepturile omului și nu pot fi admise decât dacă sunt în interesul legitim al apărării persoanei, în interes public ca stare de necesitate sau în interes legal, fiind expres prevăzute de lege. De exemplu, constrângerea din interes public-judiciar la cercetarea amprente genetice va respecta de asemenea principiul proporționalității dintre riscurile, dezavantajele și beneficiile pentru individ și ordinea publică.

În rest, în orice situație, suverană este obținerea consimțământului pentru a da viață principiului *volenti non fit injuria*. În oricare din aceste situații, consimțământul, ca drept al autonomiei persoanei, va fi liber și clar informat și conștient, luminat și loial, persoana neputând să renunțe la exprimarea consimțământului său cât timp el are o valoare intrinsecă ce decurge din inviolabilitatea persoanei și cât timp demnitatea persoanei este superioară voinței celui ce poartă această demnitate. În acest sens este și art. 7 al Declarației ONU din 1966 ce interzice a supune o persoană la o cercetare științifică sau medicală fără liberul său consimțământ.

Rezultatele cercetărilor genetice actuale au readus în discuție, sub aspect bioetic, problemele eugeniei. Istoria eugeniei relevă abuzurile de a

furniza recombinarea genelor bune și a le stopa pe cele patologice. Eugenia a generat astfel abuzurile rasiste cunoscute și riscurile sale actuale de a încuraja, prin diagnostic prenatal, nașterea de băieți și avortarea embrionilor feminini. Este tot atât de pregnant și faptul că antinomia dintre condițiile social-economice și excesul de natalitate sau îmbătrânirea populației au generat intervenția statului în reproducere sub justificarea faptului că populația, ca și rasele, este o problemă sociologică și nu biologică. Or, structura umanității este de natură populațională (cât timp toți oamenii au același patrimoniu cromozomial) și nu de natură rasială. Omul este, ca orice specie, o comunitate de gene și schimbul de gene, combinarea lor, sunt favorabile progresului speciei umane, fapt ce face ca asemănările dintre oameni să depășească deosebirile dintre ei. Tot așa cum, fără amestecul dintre bine și rău din om, acesta ar fi o specie utopică, tot astfel fără amestecul de gene, omul ar dispărea. Deci, pentru genetică și biologie nu există rase, cât timp o rasă omogenă și homozigotă este contra naturii. Bogăția unei comunități rezidă în heterogenitatea sa și în nevoia de a prezerva variabilitatea sa. Atunci, originea raselor trebuie căutată în politică, în social, așa cum azi s-ar tinde a fi găsită în superioritatea tehnologică. Mai mult, atari tehnologii au justificat dominația teritorială, culturală sau religioasă.

În cazul nazismului, joncțiunea dintre domeniul științific și cel politic a condus la atrocitățile comise în numele ameliorării. Și dacă, inițial, apropierea puterii părea favorabilă domeniului științific (sub aspectul resurselor), ulterior aceasta duce la negarea științei: psihiatrii nu se mai ocupă de vindecarea bolnavilor psihici, ci de sterilizarea, de suprimarea lor.

Superioritatea unei rase este deci antiumană și irațională biologic, contribuția la progresul vieții umane aducându-l complementaritatea populațiilor și nu dominarea lor. Dar dreptul fiecărei populații la diferență nativă devine un drept la progres uman. Condițiile sociale creează posibilități umane de ordin superior sau inferior. Un astfel de concept biologic se corelează fidel cu conceptul de societate deschisă tuturor influențelor pozitive ale umanității. Rasismul a fost precursorul eugeniei naziste ce a exterminat peste 70 000 de bolnavi psihici prin macabra lege a eutanasiei, a legii din 1933 de sterilizare a celor cu anomalii ereditare, din 1937 de sterilizare a bastarșilor sau din 1939 de condamnare la moarte a căsătoriilor interetnice. Din păcate, justificarea acestor legi s-a făcut și din considerentele științifice ale lui Broca, Galton, Lorenz, Fisher, Gobineau, Darwin, Hirtl sau Lapoge sau ale unor sociologi sau filosofi ca Wilson, Nietzsche sau Hegel.

Încă din 1973, Declarația Drepturilor Omului releva că oamenii se nasc și devin egali în fața legii, iar Declarația Universală a Drepturilor Omului a ONU, din 1948, cerea eliminarea tuturor formelor de discriminare socială și interzicea organizațiile rasiale. „Egalitatea funciară a ființei umane reflectă idealurile spre care merg știința și etica, toate popoarele având aceleași capacități ce le permit atingerea plenitudinii dezvoltării lor intelectuale”, se spunea într-o altă declarație a ONU, din 1963. Prin urmare, dreptul la diferență individuală și comunitară devine un factor de progres social, cu condiția ca aceste diferențe să nu fie datorate unor condiții sociale diferite, accesului inegal la instruire etc. A da celor inegali drepturi egale nu înseamnă a îngădi libertatea și drepturile altora, civilizația superioară europeană fiind pusă pe seama conceptului grec de individualitate, a celui roman de justiție și a celui de creștinism.

Dar eugenia rămâne o indicație medicală etică, un sfat genetic, la rezoluția exclusivă a persoanei și cuplului. Sub forma sa negativă, ea implică informația privind recombinația unor gene patologice prin căsătorie, a diagnosticului prenatal și latitudinii întreruperii unei sarcini sau a acceptării unei sterilizări, iar sub formă pozitivă, eugenia prin selecția genelor, care se face fraudulos în reproducerea medical asistată, deși rezoluțiile incriminează anonimul unui donator de celule germinale.

În aceste condiții, cea mai fiabilă metodă eugenică medicală se impune a fi educația medicală preventivă a populației, sfatul genetic nondirectiv, și deci neabuziv, recursul voluntar la atari metode.

Corelat cu principiile democrațiilor liberale, progresul genetic transpus în progresul social trebuie să fie o traducere a poliformismului genetic uman, cât timp o organizare socială halotipă se impune ca rigidă, amputând speciei umane variabilitatea, suplețea și originalitatea sa. Cuceririle genetice populaționale susțin ideea unor democrații deschise, planetare, mai fertile în progresul social decât cele interne, închise.

Altfel, orice eugenie pozitivă cu spectru populațional frizează genocidul, definit de Convenția pentru prevenirea crimei de genocid (Adunarea Generală a ONU, sept. 1948) ca o crimă contra umanității efectuată prin exterminare, persecuții rasiale, religioase a unor populații civile, iar în 1948, ca o crimă prin acțiuni comise cu intenția de a extermina total sau parțial un grup național, etnic, rasial ori religios sau ca o vătămare gravă a integrității fizice sau mintale a unor atari grupuri prin supunerea lor la condiții de existență de natură a atrage distrugerea fizică și mintală totală sau parțială, prin măsuri de a împiedica nașterile sau de transfer forțat al copiilor.

Realitatea faptului că specia umană are un fond genetic comun (o comunitate de gene) s-a materializat într-o multitudine de declarații privind rasele și rasismul, așa cum ar fi Declarația de la Paris, din 1950, ce afirmă că diferențele dintre grupurile umane se datorează factorilor de mediu, că grupele umane au un caracter dinamic și nu static, că posibilitățile mintale ale oamenilor sunt aceleași, confirmând astfel ceea ce însuși Confucius spunea, și anume că natura oamenilor este identică și ceea ce-i deosebește sunt doar obiceiurile. De aici nevoia de a lupta pentru o etică a fraternității universale caracteristică omului.

Într-o altă Declarație de la Paris, din 1952, se afirma în plus că oamenii se deosebesc doar după caracteristici culturale, deoarece aparțin aceleiași specii și au aceleași origini, iar la Moscova, în 1964, se accentua faptul că diferențele dintre oameni și civilizații sunt de natură culturală și nu biologică.

În 1967, la Paris, se reanalizează prejudeciile rasiale aduse omului și se reiterează faptul că inegalitățile dintre grupurile umane sunt de ordin politic, social și cultural, diviziunea speciei umane în rase fiind convențională și deci neimplicând vreo ierarhie. Se accentuează realitatea faptului că originile rasismului au fost politice și istorice și că dreptul devine elementul esențial în asigurarea egalității native dintre oameni, un instrument eficace de luptă contra rasismului, alături de știință.

Cele 10 articole ale Declarației asupra rasei și prejudecăților rasiale de la Paris, din 1970, bazate pe Declarația Universală a Drepturilor Omului, pe Carta Națiunilor Unite și pe Convențiile internaționale ale ONU privind eliminarea formelor de discriminare rasială, de reprimare a genocidului, de luptă contra discriminărilor din domeniul învățământului și de imprescriptibilitate a unor crime rasiale proclamă apartenența tuturor ființelor umane la aceeași specie, proveniența lor din aceeași matrice genetică, toți indivizii având dreptul de a fi diferiți, dar aceasta nu poate servi ca pretext pentru discriminări rasiale. Toate popoarele fiind înzestrate cu aceleași capacități fizice și mentale, teoriile privind superioritatea rasială, fără a avea o bază științifică, trebuie lichidate pe toate căile, în scopul de a da viață nevoii de comunicare între toate grupurile sociale ca factor esențial de progres socio-uman.

Consiliul Europei, printre cele 30 de declarații și rezoluții de bioetică ale Comitetului Director pentru bioetică, în 1993 a elaborat Convenția de bioetică ale cărei principii și reguli generale au fost împărțite în patru categorii :

- subiecte de consens (printre care interesul ființei umane ca fiind superior interesului științific, necesitatea consimțământului liber și

clar, efectuarea oricărei cercetări sub rezerva respectului ființei umane etc.);

- subiecte de compromis (intervenițiile pe genomul uman);
- subiecte controversate (statutul embrionului);
- subiecte de reflecție (competența Curții drepturilor omului în probleme de bioetică). În acest sens sunt :

Recomandarea 479 din 1976 și Rezoluția 613 din 1976 a Parlamentului European privesc drepturile bolnavilor și muribunzilor (dreptul de a muri în pace și demnitate) și nevoia de a se crea comisii naționale de anchetă formate din medici, juriști, teologi și psihologi, pentru a elabora reguli morale de tratament al muribunzilor. Recomandarea 818 din 1977 privind situația bolnavilor mintali, în care se constată că anomaliile de comportament de natură morală și legală nu pot fi asimilate cu boala mintală, recomandă :

- a se revizui legislația privind bolnavii mintali ;
- a se redefini conceptul de pericolozitate mintală ;
- a se reduce la minimum internarea forțată ;
- a se crea comisii independente de sănătate mintală, cu sarcina de a proteja bolnavii mintali contra abuzurilor ;
- a nu lua decizii judiciare privind bolnavii mintali exclusiv pe baza rapoartelor medicale ;
- spitalizarea să nu excludă automat incapacitatea juridică a bolnavului psihic ;
- un grup de lucru al Consiliului Europei va redefini criteriile alienației mintale și va preciza consecințele civile privind bolnavii mintali ;
- să se umanizeze îngrijirile acordate bolnavilor mintali ;
- să se accentueze condițiile de readaptare socioprofesională a bolnavilor psihici și să se elaboreze programe de plasament selectiv, inclusiv informarea privind modificarea atitudinii publicului față de acești bolnavi ;
- în sfârșit, instituțiile psihiatrice să păstreze secretul dosarelor bolnavilor psihici, în scopul de a nu fi utilizate pentru a prejudicia interesele lor.

De asemenea, Rezoluția 83 din 1990 a Comitetului de Miniștri al Consiliului Europei recomandă :

- hotărârea de plasare a bolnavilor mintali (excluzându-i pe cei cu dificultăți de adaptare la valorile morale, sociale sau politice, care

- nu trebuie considerate prin ele însele boli mintale) trebuie să se ia printr-o decizie judiciară sau a altei autorități legale, iar dacă urgența o impune, medicul va informa imediat aceste autorități ;
- pacientul va fi informat despre drepturile sale, precum și despre dreptul de a introduce recurs în fața unui tribunal contra deciziei luate. Procedura unui astfel de recurs va fi simplă și rapidă ;
 - în timpul internării, bolnavul păstrează dreptul de a cere un tratament și bolnavul va fi informat și va consimți la tratament, iar dacă bolnavul nu este capabil de a înțelege necesitatea tratamentului, faptul se va supune unei autorități independente, desemnate de lege, care va antrena și reprezentantul legal al bolnavului ;
 - se interzic încercările de tratament fără scop curativ pe bolnavi psihici. Restricțiile impuse libertății individuale a bolnavului trebuie limitate în funcție de starea de sănătate a acestuia și de eficacitatea tratamentului ;
 - plasamentul bolnavului se face pe o perioadă limitată, ce va fi reexaminată periodic de autoritatea judiciară ;
 - plasamentul bolnavului nu poate constitui o cauză de restricție a capacității juridice a bolnavului ;
 - în orice circumstanțe, demnitatea bolnavului trebuie respectată și toate măsurile luate vor viza numai protejarea sănătății sale.

Popper accentua faptul că originalitatea genetică a omului manifestată în caracterul său de unicat, naturală și dezirabilă, nu justifică ierarhizarea geografică a oamenilor și face ca puterile omului asupra semenului său să fie egale. Bioetica are aptitudinea și sarcina de a face ca știința să ducă la o justiție ideală, egalitară, transcendența oricărei autorități trebuind să fie libertatea umană. A nu avea o scară de valori umane și sociale înseamnă a fi dușmanul unor atari valori, dușmanul omului. Din acest motiv, destinul omului se confundă cu destinul ei moral și legal, căci umanismul este o realitate axiologică prin valoarea sa supremă ca scop în sine. Caracterul original de la natură (omul ca unicat genetic) trebuie să convingă despre echitatea pe verticală, după cum egalitatea în fața legii trebuie să realizeze echitatea lumii pe orizontală. Tratamentul egal al unor oameni inegali genetic a fost un imperativ promovat încă de Aristotel și confirmat de evoluția dreptului și de știința contemporană. Inegalitatea genetică a omului este factorul de progres uman prin polimorfismul și variabilitatea sa naturală și aceasta nu se confundă cu rasele. Numai știința, raționalitatea și etica pot astfel aduce la unison rațiunea de a fi a

omenirii, responsabilitatea funciară față de om, spunea Popper, idee care, reflectată în drept, l-a făcut pe R. von Ihering să afirme că în lume fiecare există pentru alții și alții există pentru fiecare. Bioetica devine astfel o știință a supraviețuirii omenirii, alături de morală și drept, cât timp semnifică libertatea socială a omului *versus* necesitatea recunoașterii diversității sale genetice. Bioetica exercită astfel un efect de conexiune inversă asupra realităților științifice, cât timp sensul științei vine numai de la valoare, de la axiologie (E. Aftincă). Autonomia naturală și deci absolută a persoanei nu se poate realiza decât prin independența, libertatea și responsabilitatea omului ca individualitate și a oamenilor ca totalitate. Idealul umanității devine astfel responsabilitatea pentru om, unitatea tratării socio-umane a fiecăruia, în contextul diversității sale genetice, ce reprezintă condiția elementară și factorul principal de progres social și uman. Abstractizările despre om și omenire nu trebuie să fie mai sărace decât concretul faptului uman, spunea A. Carrel. Dar a înțelege atari mesaje înainte de a judeca omul și omenirea constituie începutul salvării omului și umanității sale. Numai astfel umanitatea va exprima prietenia extinsă la întreaga specie umană, cum spunea Aristotel.

Recomandarea 934 (1982) în legătură cu ingineria genetică

1. Conștientă de incertitudinea pe care o suscită în public aplicarea noilor tehnici științifice de recombinare artificială a materialelor genetice provenind de la organisme vii, cunoscută sub numele de „inginerie genetică”;
2. Considerând că această incertitudine este de două ordine:
 - cea datorată incertitudinii care domnește în legătură cu efectele cercetării experimentale asupra sănătății, securității și mediului;
 - cea datorată problemelor juridice, sociale și etice pe termen lung ridicate de posibilitatea de cunoaștere și de manipulare a caracterelor genetice ereditare ale unui individ;
3. Ținând cont, în ceea ce privește incidențele cercetării experimentale asupra sănătății, securității și mediului, de considerațiile următoare:
 - I. tehnicile de inginerie genetică oferă un imens potențial industrial și agricol care, în cursul viitoarelor decenii, ar putea rezolva problemele mondiale de producție alimentară, energie și materii prime;
 - II. descoperirea și punerea la punct a acestor tehnici reprezintă o deschidere fundamentală în cunoașterea științifică și medicală (universalitatea codului genetic);

- III. libertatea cercetării științifice – valoare fundamentală a societăților noastre și condiția adaptabilității lor la transformările mediului mondial – antrenează sarcinile și responsabilitățile, în special în ceea ce privește sănătatea și securitatea marelui public și a altor cercetători științifici, ca și non-contaminarea cadrelor vieții;
- IV. în lumina cunoștințelor și experienței științifice ale epocii, incertitudinea ce domnea asupra incidentelor experienței ingineriei genetice asupra sănătății, securității și mediului era o cauză legitimă de îngrijorare la începutul anilor '70 – când s-a cerut abținerea de la anumite tipuri de experiențe;
- V. cunoștințele și experiența științifică au permis în acești ultimi ani de a clarifica pentru o lungă perioadă incertitudinile care înconjurau cercetarea experimentală;
- VI. marele public și muncitorii din laborator trebuie, în toate țările, să beneficieze de un nivel strict și comparabil de protecție împotriva riscurilor ce implică manipularea microorganismelor patogene în general, cerute sau nu de tehnicile de inginerie genetică;
4. În ceea ce privește problemele juridice, sociale și etice, s-au stabilit considerațiile următoare inspirate de a 7-a Audiție parlamentară publică a Consiliului Europei (Copenhaga, 25-26 mai 1981) asupra ingineriei genetice și drepturilor omului:
 - I. drepturile la viață și la demnitate umană garantate de articolele 2 și 3 ale Convenției Europene a Drepturilor Omului implică dreptul de a moșteni caracterele genetice fără a suferi nici o manipulare;
 - II. acest drept trebuie enunțat expres în cadrul Convenției Europene a Drepturilor Omului;
 - III. recunoașterea expresă a acestui drept nu trebuie să se opună punerii la punct a aplicării terapeutice a ingineriei genetice (terapii genelor), plină de promisiuni pentru tratamentul și eliminarea anumitor maladii transmise genetic;
 - IV. terapia genelor nu trebuie aplicată și experimentată decât cu consimțământul liber sau, în cazul experimentului pe embrioni, feți sau minori, cu consimțământul liber al părinților sau tutorilor;
 - V. limitele aplicării terapeutice legitime a tehnicilor de inginerie genetică trebuie să fie clar definite, aduse la cunoștința cercetătorilor și făcând obiectul revizuirilor periodice;
 - VI. se va conveni asupra elaborării în linii mari a unei reglementări care să protejeze individul împotriva aplicării acestor tehnici în scopuri non-terapeutice;
5. Formulând dorința ca Fundația Europeană a Științei să mențină în studiu :

- a. modalitățile și criteriile de autorizare a folosirii în medicină, agricultură și industrie, produse ale tehnicilor de recombinări genetice *in vitro* ;
 - b. incidențele comercializării tehnicilor de recombinare genetică *in vitro* asupra finanțării cercetării fundamentale în biologia moleculară ;
6. Invită guvernele statelor membre :
- a. să ia notă de reevaluările intervenite în acești ultimi ani în cadrul comunității științifice în ceea ce privește nivelul de risc al cercetării implicând recombinările genetice *in vitro* și să adapteze sistemele lor de supraveghere și de control în funcție de aceste reevaluări ;
 - b. să prevadă reevaluarea periodică a nivelurilor de risc ale cercetării implicând tehnicile de recombinări genetice *in vitro* în cadrul reglementar prevăzut pentru evaluarea riscurilor legate de cercetarea implicând manipularea microorganismelor în general ;
7. Recomandă Comitetului de Miniștri :
- a. să elaboreze un acord european asupra a ceea ce constituie o aplicare legitimă a tehnicilor de inginerie genetică asupra ființelor umane, să alinieze legislațiile naționale în consecință și să promoveze acordurile analoage la nivel mondial ;
 - b. să prevadă recunoașterea expresă, în Convenția Europeană a Drepturilor Omului, a dreptului la un patrimoniu genetic care să nu sufere nici o manipulare, cu excepția aplicării anumitor principii recunoscute ca perfect compatibile cu respectul drepturilor omului ;
 - c. să prevadă stabilirea unei liste de maladii grave susceptibile de a fi tratate de terapia genelor cu acceptul interesatului (cu toate că unele intervenții pot fi operate fără consimțământ, conform cu practica în vigoare pentru alte forme de tratament medical) ;
 - d. să definească principiile ce guvernează securitatea stocajului și exploatării informațiilor genetice asupra individului, asigurând în special protecția dreptului la viață privată al persoanelor ;
 - e. să examineze dacă nivelurile de protecție a sănătății și ale securității marelui public și ale angajaților laboratorului care se ocupă de experiențe sau de aplicarea industrială a microorganismelor, cuprinzând și microorganismele supuse tehnicilor de recombinare genetică *in vitro*, sunt suficiente și comparabile în toată Europa, și dacă legislația și mecanismele instituționale existente oferă un cadru suficient pentru asigurarea verificării lor periodice ;
 - f. să procedeze în așa fel încât, prin controalele periodice efectuate în legătură cu Fundația Europeană de Știință, măsurile naționale de limitare a cercetării asupra recombinărilor genetice *in vitro*, astfel ca măsurile luate pentru asigurarea securității în laboratoare să fie

- convergente pentru o armonizare în Europa, în lumina noilor date ale cercetării și noilor evaluări ale riscului;
- g. să examineze proiectul de recomandare al Consiliului Comunităților Europene asupra înregistrării experiențelor implicând recombinațiile genetice *in vitro*;
 - h. să examineze brevetabilitatea microorganismelor modificate genetic prin tehnicile de recombinare genetică *in vitro*.

Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei. A 38-a sesiune ordinară

Recomandarea 1046 (1986) în legătură cu utilizarea embrionilor și feților umani în scopuri diagnostice, terapeutice, științifice, industriale și comerciale

Adunarea,

1. Reamintindu-și Recomandarea 934 (1982) în legătură cu ingineria genetică, ce propune un evantai de măsuri, în special recunoașterea unui drept la un patrimoniu genetic care să nu fie manipulat artificial cu excepția scopurilor terapeutice;
2. Considerând că cele mai recente cuceriri ale științei, în mod particular ale embriologiei animale și umane, au deschis perspective științifice, diagnostice și terapeutice remarcabile;
3. Considerând că, prin fecundarea *in vitro*, s-au dat mijloacele de intervenție în viața umană în primele stadii;
4. A. Considerând că exploatarea posibilităților tehnologice duc la faptul că medicina trebuie să fie guvernată de principii etice și sociale clar definite;
B. Considerând că profiturile de tras din progresele științei trebuie evaluate cu grijă pentru a se determina când, cum și pentru care motive să se limiteze aceste posibilități tehnologice;
C. Felicitându-se pentru Comitetul ad-hoc de experți al Consiliului Europei asupra progresului științelor biomedicale și la cea a Consiliilor europene ale cercetării medicale, ce lucrează în cadrul Fundației Europene a Științei;
D. Notând comunicarea publicată de Consiliile de cercetare medicală a 9 țări ale Europei cu prilejul unei reuniuni ținute la Londra, 5-6 iunie 1986, sub auspiciile Fundației Europene a Științei;
5. Considerând că, din momentul fecundării ovulului, viața umană se dezvoltă, în așa fel încât nu se poate face distincție în cursul primelor faze (embrionare) ale dezvoltării sale, și că o definiție a statutului biologic al embrionului este necesară;

6. Conștientă că acest progres a făcut precară condiția juridică a embrionului și a fătului și că statutul lor juridic nu este actualmente determinat de lege;
7. Conștientă că nu există dispoziții adecvate ce reglementează utilizarea embrionului și fătului viu sau mort;
8. Conștientă că, în funcție de progresul științific care permite intervenția de la fecundație asupra vieții umane în dezvoltare, este urgent de determinat gradul protecției sale juridice;
9. Ținând cont de pluralismul opiniilor care se exprimă pe plan etic în legătură cu utilizarea embrionilor sau feților sau a țesuturilor lor, și de conflictul de valori pe care îl provoacă;
10. Considerând că embrionul și fătul uman trebuie să beneficieze în toate circumstanțele de respectul datorat demnității umane și că utilizarea produselor și țesuturilor lor trebuie limitată în materie strictă, numai în scopuri terapeutice;
11. Estimând că utilizarea embrionului sau a fătului și prelevarea țesuturilor lor în scopuri diagnostice și terapeutice nu sunt legitime decât dacă respectă anexa la prezenta recomandare;
12. Considerând că toate reglementările exclusiv naționale riscă să fie ineficace;
13. Subliniind necesitatea unei cooperări europene;
14. Recomandă Comitetului de Miniștri :
 - A. să invite guvernele statelor membre :
 - i. să procedeze la anchete în legătură cu zvonurile circulante asupra unui comerț cu embrioni și feți morți și să publice rezultatele;
 - ii. să limiteze utilizarea industrială a embrionilor și feților umani, ca și a țesuturilor și produselor lor numai în scopuri exclusiv terapeutice, după principiile menționate în anexă;
 - iii. să interzică orice creație de embrioni umani prin fecundare *in vitro* în scopul cercetării lor;
 - iv. să interzică tot ceea ce am putea defini ca manipulări sau deviații non-dezirabile ale acestor tehnici, între altele :
 - crearea de ființe umane identice prin clonaj sau prin alte metode;
 - implantarea unui embrion uman în uterul altei specii sau operația inversă;
 - fuziunea gameților umani cu cei de altă specie (excepție : testul hamsterului pentru studiul fertilizării masculine);
 - crearea de embrioni cu sperma de la indivizi diferiți;
 - fuziunea embrionilor sau alte operațiuni susceptibile de a realiza himere;
 - ectogeneza sau producerea unei ființe umane, individualizată și autonomă, în afara uterului unei femei, adică în laborator;

- crearea de copii din persoane de același sex ;
 - alegerea sexului prin manipulare genetică în scopuri non-terapeutice ;
 - crearea de gemeni identici ;
 - cercetarea pe embrioni umani viabili ;
 - experimentarea pe embrioni vii, viabili sau nu ;
 - menținerea embrionilor *in vitro* peste a 14-a zi de la fecundație ;
- v. să prevadă sancțiuni pentru a asigura aplicarea regulilor adoptate în prezenta recomandare ;
- vi. să elaboreze un registru național al centrelor și serviciilor sanitare acreditate și autorizate să realizeze aceste tehnici și să le utilizeze științific ;
- vii. să faciliteze și să încurajeze crearea de comitete sau de comisii naționale multidisciplinare asupra tehnicilor artificiale de reproducere umană, activitățile științifice asupra materialului genetic, embrioni și fătul uman, pentru a orienta și a sfătui autoritățile sanitare și științifice și a autoriza proiectele specifice în absența legislației sau reglementării concrete ;
- B. să continue să studieze problemele legate de utilizarea țesuturilor embrionilor sau feților umani pentru scopuri științifice și să elaboreze o convenție europeană sau orice alt instrument juridic deschis și țărilor nemembre ale Consiliului Europei.
15. Însărcinează comisiile competente să pregătească un raport asupra utilizării embrionilor și feților umani în scopuri de cercetare științifică, ținând cont de necesitatea de a stabili un echilibru între principiul libertății cercetării științifice și respectului demnității umane, ca și asupra altor aspecte ale protecției drepturilor omului.

ANEXĂ

Reguli de respectat în utilizarea sau prelevarea țesuturilor embrionare sau ale feților umani în scopuri diagnostice sau terapeutice :

- I. Orice intervenție asupra embrionului vivanț *in utero* sau *in vitro* sau asupra fătului *in utero* sau în exteriorul uterului în scopuri diagnostice altele decât cele deja prevăzute prin legislația națională nu este legitimă decât dacă are ca scop binele copilului și de a favoriza dezvoltarea sa.
- II. Utilizarea embrionului și a fătului mort în scopuri diagnostice (cercetarea cauzei unei întreruperi spontane a sarcinii) este legitimă.
- III. Este interzis să se mențină în supraviețuire artificială embrionii sau feții în scopul obținerii de prelevări utilizabile.
- IV. Se va face o listă a bolilor pentru care terapia dispune de mijloace diagnostice fiabile și prezintă posibilități reale de succes.

- Această listă de boli va fi revăzută periodic în funcție de noile cunoștințe și de noul progres științific.
- V. Terapeutică realizată pe embrioni și feți nu trebuie să influențeze caracterelor lor ereditare non-patologice și nici să aibă ca scop selecția rasială. Terapeutică embrionilor *in vitro* sau *in utero* sau pe feții *in utero* nu va fi autorizată decât pentru bolile embrionilor prezentând un diagnostic foarte precis, pronostic grav și fără altă soluție de tratament și pentru care terapia oferă garanția soluțiilor rezonabile ale bolii.
- VI. Utilizarea embrionilor și a feților morți trebuie să aibă un caracter excepțional justificat, în stadiul actual al cunoștințelor, prin raritatea maladiilor tratate, absența unei alte terapii la fel de eficace și avantajul manifest și să respecte regulile următoare :
- a. decizia și condițiile (dată, tehnică) a întreruperii sarcinii nu trebuie să fie influențate în nici un fel de utilizarea ulterioară posibilă sau dorită a embrionului sau fătului ;
 - b. orice utilizare a embrionului sau a fătului trebuie să fie efectuată de o echipă înalt calificată în centre ospitaliere sau științifice agreate, controlate de autoritățile publice. În măsura în care legislația națională o prevede, aceste centre trebuie dotate cu un comitet etic de compoziție multidisciplinară ;
 - c. o totală independență între echipa medicală care procedează la întreruperea sarcinii și echipa susceptibilă să utilizeze embrionii și feții în scopuri terapeutice ;
 - d. utilizarea nu poate avea loc fără consimțământul părinților sau al donatorilor gameților, dacă identitatea ultimilor este cunoscută ;
 - e. utilizarea embrionilor, feților sau țesuturilor lor nu poate fi făcută în scop lucrativ sau să dea loc la remunerații.

Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei.

A 40-a sesiune ordinară

Recomandarea 1100 (1989) în legătură cu utilizarea embrionilor și a feților umani în cercetarea științifică

Adunarea,

1. Considerând că știința și tehnologia, și în special științele biomedicale și biotehnologia, expresii ale creativității umane, continuă să progreseze, și că libertatea lor de acțiune nu poate fi limitată arbitrar, ci doar pe principii deontologice, juridice, etice, culturale și sociale, care vizează să protejeze drepturile și libertățile omului, ființă individuală și socială ;

2. Referindu-se la Recomandarea 934 (1982) a Adunării parlamentare a Consiliului Europei, care cere ca aplicarea geneticii să se facă cu respectul patrimoniului genetic al umanității pe care nu se poate interveni la individ decât în scopuri preventive sau terapeutice, stabilite în mod clar și științific ;
3. Amintind oportunitatea de a pune la punct diferitele paragrafe ale Recomandării 1046 (1986) a Adunării parlamentare a Consiliului Europei în legătură cu utilizarea embrionilor și a feților umani în scopuri diagnostice, terapeutice, științifice, industriale și comerciale, în particular, paragrafele 2, 3, 4 A și 4 B și subliniind că : 1. embrionul și fătul uman trebuie să fie tratați cu respectul demnității umane și 2. produsele și țesuturile lor fie utilizate exclusiv în cadrul unei reglementări stricte în scopuri științifice, diagnostice și terapeutice limitate, definite în Recomandarea 1046 și amintind diversitatea de opinii de ordin etic emise asupra acestei chestiuni ;
4. Referindu-se la paragraful 15 al Recomandării 1046, care însărcinează comisiile competente ale Adunării să pregătească un raport asupra utilizării embrionilor și feților umani în scopuri de cercetare științifică, ținând cont de necesitatea stabilirii unui echilibru între principiul libertății cercetării și respectul demnității umane ca și pentru alte aspecte ale protecției drepturilor omului ;
5. Știind că, în interesul progresului, armoniei, libertății și justiției sociale, se tinde să se adapteze constant legislațiile și reglementările la valorile etice și sociale ale comunităților umane și la consecințele științifice și tehnologice ;
6. Considerând că este necesar să se definească protecția juridică de acordat embrionului uman din momentul fecundării ovulului, așa cum este prevăzută în Recomandarea 1046 ;
7. Considerând că embrionul uman, chiar dacă se dezvoltă în faze succesive indicate de diverse denumiri (zigot, morulă, blastulă, preembrion, embrion, făt), manifestă o diferențiere progresivă a organismului său și își menține identitatea biologică și genetică ;
8. Apelând la necesitatea unei cooperări europene și a unei reglementări cât mai largi pentru a permite depășirea contradicțiilor, riscurilor și ineficienței previzibile ale normelor exclusiv naționale în domeniile discutate ;
9. Recomandă Comitetului de Miniștri :
 - A. Să definească un cadru de principii de plecare ale legilor și reglementărilor naționale, în concordanță cu Recomandările 934 (1982) și 1046 (1986), ca și cu prezenta recomandare și cu anexa sa ;

- B. Să invite guvernele statelor membre :
- I. să creeze de urgență instanțele naționale sau regionale multidisciplinare menționate în Recomandările 934 (1982) și 1046 (1986), care vor fi însărcinate să informeze colectivitatea și organele publice de progresele științifice și tehnice realizate în embriologie și în cercetarea și experimentarea biologică, de a orienta și controla posibilitățile de aplicare, de a evalua rezultatele, avantajele și inconveniente, incluzând aici dimensiunea drepturilor omului, a demnității umane și a altor valori etice și să autorizeze, sub rezerva existenței unei reglementări sau a unui sistem de delegații de împuterniciri cu acest efect, proiectele științifice de cercetare sau de experimentare științifică în aceste domenii ;
 - II. să ia măsuri pentru a asigura informarea colectivității într-o manieră simplă, exactă și suficientă, despre activitățile interesante ale fecundării asistate și despre tehnicile folosite, și în mod special asupra fecundării *in vitro* și utilizarea embrionilor, gameților și feților umani în scopul cercetării științifice sau în alte scopuri ;
 - III. să pună la punct, pe scară națională, mecanismele necesare perfecționării cunoștințelor de epidemiologie și de incidență a sterilității umane și a bolilor genetice sau ereditare, în scopul prevenirii și/sau terapiei ;
 - IV. să favorizeze cercetările vizând :
 - a) tehnicile de fecundare asistată, dar exclusiv în cazurile unde este autorizată ;
 - b) să aprofundeze cunoașterea structurilor și funcțiilor celulei umane, în special ale celulelor reproducătoare, ca și a dezvoltării embrionare a reproducerii și a eredității ;
 - c) diagnosticul (în special prenatal) și/sau tratamentul pentru maladiile interesând cromozomii sau genele ;
 - d) mijloacele industriale și farmacologice pentru scopul de a produce în cantitate suficientă substanțe medicale utile care să nu prezinte nici inconveniente biologice, nici pericole, nici riscuri de infecții sau reacții imunologice legate de substanțele folosite în mod obișnuit ;
 - V. să stabilească anuare naționale sau regionale ale stabilimentelor autorizate să efectueze cercetări sau experiențe pe materialul reproducător, gameți, embrioni, feți umani sau celulele, țesuturile și organele lor, să reglementeze funcționarea lor, să controleze și să evalueze activitățile lor și să vegheze ca echipele lor biomedicale și științifice să fie înalt calificate, capabile de a interveni și dispunând de resursele necesare ;

- VI. să examineze recomandările în lumina considerațiilor conținute în anexa prezentei recomandări și să prevadă sancțiuni pentru nerespectarea lor;
- C. Să facă analiza și inventarul tuturor cunoștințelor legate de reproducerea umană și de biomedicină și să creeze condițiile unei acțiuni comune a tuturor statelor membre ale Consiliului Europei și a celor care nu fac parte, pentru ca, prin inițiative pur naționale, să contribuie la elaborarea unui instrument juridic comun, ca, de exemplu, o convenție europeană asupra biomedicinii și biotehnologiei umane care va fi deschisă în mod egal și țărilor nemembre ale Organizației – cum au propus deja Recomandările 934 (1982) și 1046 (1986);
- D. Să creeze de urgență, ca o condiție de garanție, o instanță internațională multidisciplinară având ca sarcină asigurarea convergenței demersurilor urmate de instanțele naționale care lucrează deja sau trebuie să fie create conform cu paragraful 9B de mai sus și evitând astfel crearea de „refugii genetice”.

ANEXĂ

Cercetarea științifică și/sau experimentarea pe gameți, embrioni și feți umani și donarea elementelor acestui material uman.

A. Pe gameți

1. Este permisă utilizarea gameților în scopul cercetării fundamentale sau experimentale sub rezerva dispozițiilor paragrafelor următoare;
2. Sunt autorizate cercetările asupra :
 - fecundării, sterilității și contracepției;
 - fenomenelor de histocompatibilitate sau imunitare legate de procreere;
 - procesului de gametogeneză și de dezvoltare a embrionului într-un scop preventiv sau terapeutic al maladiilor genetice;
3. Gameții umani utilizați în cercetare nu trebuie să fie folosiți pentru a crea zigoti sau embrioni *in vitro* sau pentru scopuri de procreere.

B. Pe embrioni preimplantatori în viață

4. Conform cu Recomandarea 934 (1982) și 1046 (1986), cercetările *in vitro* pe embrioni viabili nu trebuie să fie autorizate decât dacă :
 - este vorba de cercetări cu caracter diagnostic sau efectuate în scopuri preventive sau terapeutice;
 - ele nu intervin asupra patrimoniului genetic nonpatologic.
5. În lumina paragrafului 14. A. IV, al. II al Recomandării 1046, cercetările pe embrionii viabili trebuie interzise mai ales :
 - dacă embrionul este viabil;

- dacă există posibilitatea folosirii unui model animal ;
 - dacă nu este prevăzut în cadrul de proiecte prezentate și autorizate de autoritățile sanitare sau științifice competente sau de comisia națională multidisciplinară ;
 - dacă nu respectă detaliile prescrise de autoritățile mai sus amintite.
6. Mai mult decât atât, orice proiect de cercetare trebuie exclus :
- dacă proiectul nu îndeplinește toate condițiile asupra materialului embrionar utilizat, detaliile de execuție și obiectivele urmărite ;
 - dacă responsabilii nu se angajează să comunice rezultatele instanței care i-a autorizat, odată proiectul terminat.
7. Embrionii expulzați spontan din uter în stadiul de preimplantare nu trebuie în nici un caz retransferați.
- C. Pe embrioni în stadiul de preimplantare morți*
8. Cercetarea pe embrioni morți în scopuri științifice de diagnostic sau terapeutic trebuie autorizată în prealabil.
- D. Pe embrioni implantați și feți vii in utero*
9. Trebuie interzisă prelevarea de celule, țesuturi sau organe embrionare sau fetale, de placentă sau de membrane dacă sunt viabile, pentru orice cercetare care nu are un caracter diagnostic și un scop preventiv sau terapeutic.
10. Femeia gravidă și soțul său sau partenerul său trebuie informați despre : i. operațiile tehnice practicate pentru a preleva celule și/sau țesuturile embrionare sau fetale, membrane placentare, placenta și/sau lichidul amniotic și ii. despre scopul urmărit și iii. despre riscurile pe care le comportă.
11. Trebuie sancționate dur persoanele care au scos din uter un embrion, făt sau una din componentele lor fără justificare clinică sau juridică sau fără consimțământul prealabil al femeii gravide sau, dacă este cazul, al soțului sau partenerului său, sau persoanele care au utilizat acest material embrionar fără a respecta legislația.
- E. Pe embrioni după implantare sau pe feți viabili în afara uterului*
12. Feții expulzați prematur și spontan și considerați ca biologic viabili nu pot face obiectul intervențiilor clinice decât dacă favorizează dezvoltarea și autonomia lor vitală.
13. Nu trebuie să se intervină pe embrioni sau feți în afara uterului sau să se preleve celule, țesuturi sau organe, fără să se fi obținut, în prealabil, consimțământul genitorilor.
14. Experiențele pe embrioni sau feți care trăiesc, viabili sau nu, trebuie interzise. Dacă un stat autorizează anumite experiențe pe

feți sau embrioni exclusiv nonviabili, aceste experiențe se pot practica dacă sunt conforme cu dispozițiile prezentei recomandări și dacă au primit acordul prealabil al autorităților sanitare sau științifice.

F. Pe embrioni sau feți morți

15. Înaintea oricărei intervenții pe un embrion sau făt mort, centrele trebuie să determine dacă moartea este parțială (unele celule, organe și țesuturi pot rămâne în viață mai multe ore) sau totală (când la moartea clinică se adaugă moartea celulară).
16. Utilizarea de materiale biologice ce provin de la embrioni sau feți morți, în scopuri științifice, preventive, diagnostice, terapeutice, farmaceutice, clinice sau chirurgicale trebuie autorizată în cadrul regulilor ce guvernează cercetarea, experimentarea, diagnosticul și tratamentul, conform cu dispozițiile prezentei recomandări.

G. Cercetarea științifică aplicată pe om în domeniul sănătății și eredității

17. Tehnologia genetică nu trebuie utilizată în cercetările pe materialul genetic uman sau recombinat fără autorizație. Această autorizație depinde de bazele proiectului care trebuie să dea informații complete asupra locului unde se va desfășura, asupra obiectivelor, duratei lui și asupra materialului biologic utilizat; autorizația va fi dată de autoritățile competente sau prin delegație de comisia națională multidisciplinară.
18. Proiectele de cercetare științifică asupra ingineriei genetice utilizând materiale genetice sau recombinate trebuie acceptate, sub rezerva aprobării:
 - pentru scopuri diagnostice ca în cazul diagnosticului antenatal, *in vitro* sau *in utero*, al maladiilor genetice sau ereditare, în scopul studierii materialului biologic obținut pentru încercarea de tratare de afecțiuni particulare sau de a evita transmiterea lor, cu condiția ca tehnica utilizată să nu afecteze embrionul sau mama;
 - pentru scopuri industriale cu caracter preventiv, diagnostic sau terapeutic, ca, de exemplu, producerea farmaceutică (prin clonaj de molecule sau de gene), în cantități suficiente, de substanțe sau produse de uz sanitar sau clinic care nu pot fi obținute prin alte mijloace, naturale sau nu, ca de exemplu hormonii, proteinele sanguine care controlează răspunsul imunitar sau agenții antivirali, antibacterieni sau anticanceroși, sau fabricarea de vaccinuri ce nu comportă risc biologic imunitar sau infecțios suplimentar;

- pentru scopuri terapeutice, în special pentru alegerea sexului în cazul bolilor legate de cromozomii sexuali (mai ales de cromozomul X al subiecților de sex feminin), în scopul împiedicării transmisiei sau în scopul creării mozaicurilor genetice benefice prin chirurgie, transplant de celule, țesuturi sau organe sănătoase. Autorizația de utilizare a ADN-ului recombinat sănătos pentru substituirea ADN-ului patologic generator de maladie va depinde de gradul de securitate științifică și tehnică, care după opinia autorităților științifice poate fi atins în tipul de recombinare moleculară în cauză. Toată terapeutică pe linie germinală umană trebuie interzisă.
 - pentru scopuri de cercetare științifică, pentru studiul secvențelor de ADN în genomul uman, localizarea, funcțiile, dinamica, interrelațiile și patologia lor; pentru studiul ADN-ului recombinat în interiorul celulelor umane, pentru încercarea de a înțelege mai bine mecanismele de recombinare moleculară a expresiei mesajului genetic, a dezvoltării celulelor și a componentelor lor și a organizării lor funcționale; pentru studiul îmbătrânirii celulelor, țesuturilor și organelor; în sfârșit, pentru studiul mecanismelor generale și particulare ale evoluției maladiilor;
 - pentru orice scop util și benefic pentru individ și pentru umanitate, făcând obiectul unui proiect autorizat în prealabil.
19. Cercetările făcând apel la tehnologia genetică nu trebuie să se efectueze decât în centrele autorizate să efectueze lucrări de acest tip și dispunând de personal specializat și de mijloacele tehnice necesare.

H. Donarea de elemente de material embrionar uman

20. Donarea de elemente de material embrionar uman trebuie autorizat numai dacă are ca scop cercetarea științifică în scop diagnostic, preventiv sau terapeutic. Vinderea lor va fi interzisă.
21. Crearea și/sau menținerea în viață a embrionilor sau feților, *in vitro* sau *in utero*, în scop de cercetare științifică, de exemplu pentru prelevarea de material genetic, de celule, țesuturi sau organe trebuie interzise.
22. Donarea și utilizarea elementelor de material embrionar uman nu trebuie permise decât dacă genitorii au dat liber și în scris consimțământul lor prealabil.
23. Donarea de organe trebuie deposedată de orice caracter mercantil. Cumpărarea și vinderea embrionilor, feților sau componentelor lor de către genitorii sau de terți, la fel ca și importul și exportul lor trebuie interzise.

24. Donarea și utilizarea de materiale embrionare umane în fabricarea de arme biologice periculoase și exterminatoare trebuie interzisă.
25. Pentru ansamblul prezentei recomandări, prin „viabil” se înțelege embrionul care nu prezintă caracteristicile biologice susceptibile de a împiedica dezvoltarea sa; pe de altă parte, non-viabilitatea embrionilor sau feților umani trebuie să fie determinată exclusiv de criterii biologice obiective, bazate pe defectele intrinseci ale embrionului.

În sprijinul ideilor de mai sus vine și Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei (A 43-a sesiune ordinară) privind Recomandarea 159 (1991) în legătură cu armonizarea regulilor în materie de autopsie :

1. Adunarea consideră necesară practica autopsiei urmată de toate statele membre ale Consiliului Europei în scopul determinării cauzelor decesului pentru motive de ordin medico-legal sau pentru stabilirea identității defunctului.
2. Mobilitatea crescută a populației în Europa și în lumea întreagă impune adoptarea de directive uniforme asupra manierei în care trebuie practicate autopsiile ca și asupra stabilirii rapoartelor autopsiei.
3. Faptul precedent se face în special în marile catastrofe, naturale sau nu, care pot face mai multe sute de victime de naționalități diferite.
4. Mai mult decât atât, se estimează că autopsia trebuie practică în toate cazurile de decese suspecte sau a căror cauză este îndoielnică și că o practică sistematică în acest domeniu ar permite să se facă lumină în execuțiile ilegale și crimele comise de regimurile autoritare.
5. Regulile în materie de autopsie internațional recunoscute și aplicate vor aduce contribuția lor la lupta pentru protecția drepturilor omului, în special de interzicere a torturii și a tratamentului brutal. Din acest punct de vedere, Adunarea relevă cu satisfacție că 20 din cele 25 de state membre ale Consiliului Europei au ratificat Convenția europeană pentru prevenirea torturii sau a tratamentelor inumane sau degradante.
6. Adunarea recomandă deci Comitetului de Miniștri :
 - I. să promoveze adoptarea de reguli unificate și internațional recunoscute asupra manierei în care trebuie efectuate autopsiile, ca și adoptarea unui protocol tip în materie de autopsie ;
 - II. să susțină propunerea ca în întreaga lume statele să accepte formele și să respecte obligația de a practica autopsia în toate cazurile de decese suspecte ;
 - III. să invite statele membre să aplice directivele Interpolului asupra identificării victimelor catastrofelor ;

- IV. să invite statele membre ale Consiliului Europei care nu au făcut-o deja să ratifice Acordul Consiliului Europei asupra transferului corpurilor persoanelor decedate;
- V. să invite cele 5 state membre ale Consiliului Europei care nu au ratificat deja să adopte Convenția Europeană pentru prevenirea torturii sau tratamentelor inumane sau degradante;
- VI. să definească normele internaționale pentru a facilita formalitățile propuse la alineatele 6.i, ii, iii, iv, v din punct de vedere administrativ (transport, trecerea frontierelor, poliție etc.) sau juridic.

Rezoluția Comitetului de miniștri nr. 1 din 1992 privind utilizarea amprentei genetice în justiția penală

Eșantioanele prelevate pentru efectuarea analizei ADN și informațiile obținute pentru ancheta penală sunt confidențiale. Eșantioanele obținute de la persoane în viață și informațiile obținute nu pot fi utilizate pentru anchete și scopuri penale dacă nu sunt prevăzute de dreptul intern. Utilizarea informațiilor în scop statistic și de cercetare este admisă cu condiția ca identitatea individului să nu fie destăinuită.

Atari prelevări în scop de analiză nu pot fi efectuate decât dacă prelevările sunt prevăzute de dreptul intern și sunt subordonate autorizației exprese a unei autorități judiciare. Dacă dreptul intern prevede prelevarea fără consimțământul suspectului, o astfel de prelevare nu se va face decât dacă circumstanțele cazului impun o atare măsură.

Recurgerea la analiza ADN trebuie autorizată indiferent de gravitatea infracțiunii.

Analizele se vor face în laboratoare autorizate și care au competență profesională, fac un control al calității analizei, au condiții de securitate pentru materialul de examinat și pot lua măsuri pertinente de garantare a confidențialității absolute privind identitatea persoanei la care se referă analiza.

Protecția datelor se va face conform Recomandării nr. 15 din 1987 privind utilizarea datelor cu caracter personal în poliție.

Conservarea eşantioanelor nu se admite o dată ce decizia speței a fost dată, afară dacă această conservare nu e impusă de nevoi direct legate de persoana de la care s-au prelevat sau când persoana e culpabilă de infracțiuni împotriva vieții și sănătății.

Eșantioanele pot fi conservate pentru perioade mai lungi dacă persoana cercetată o cere și eşantionul nu poate fi atribuit unei persoane, ca de exemplu când a fost recoltată la locul faptei.

În interesul siguranței statului, proba poate fi conservată chiar dacă persoana nu a fost inculpată sau condamnată pentru o infracțiune.

Gestiunea fișierului ADN pentru nevoi judiciare trebuie reglementată prin lege.

Probele și rezultatele vor fi accesibile apărării fie printr-o decizie judiciară, fie prin intermediul unui expert independent.

Schimbul transfrontieră de informații e posibil cu condiția ca laboratorul ce face analiza să respecte condițiile de mai sus și statele să respecte recomandările de mai sus (art. 12 al Convenției pentru protecția datelor în schimbul de informații în materie penală).

Aspecte din legea franceză din 1994 privind amprenta genetică

Studiul genetic al caracteristicilor unei persoane nu poate fi întreprins decât în scop medical sau de cercetare științifică. Consimțământul persoanei trebuie obținut înaintea realizării studiului.

Identificarea unei persoane prin amprentele sale genetice nu se poate realiza decât în cadrul măsurilor de anchetă și de procedură judiciară; în materie civilă, printr-o măsură de instrucție ordonată de judecător în stabilirea sau contestarea filiației, consimțământul fiind în prealabil și expres obținut. Cercetarea se va face de către persoane înscrise în lista de experți judiciari conform procedurii judiciare.

Nu pot fi brevetabile publicațiile ori rezultatele contrare ordinii publice și bunelor moravuri. Astfel corpul uman, elementele și produsele sale, cum ar fi cunoașterea totală sau parțială a structurii unei gene umane nu pot face obiectul brevetării.

Se pedepsește cercetarea fără consimțământ, deturnarea finalității medicale sau de cercetare științifică a informațiilor primite, efectuarea amprentei genetice în afara unei măsuri de anchetă sau de instrucție prevăzute de procedura judiciară, divulgarea informațiilor, tentativa lor, iar persoanele morale pot fi declarate responsabile penal prin amendă, interdicție. Persoanele fizice vor fi radiate de pe listele de experți.

Legea inserează un capitol al „infracțiunilor în materie de etică biomedicală” privind:

- protecția speciei umane privind incriminarea practicilor eugenice tinzând la selecția persoanelor;
- protecția corpului uman prin interzicerea obținerii de organe contra plată sau de a ceda cu titlu oneros un astfel de organ, de a preleva organe fără consimțământ sau de la cei ce fac obiectul unei măsuri de protecție legală, de a face astfel de prelevări sau transplantări în afara instituțiilor autorizate, în afara regulilor de securitate sanitară, de a divulga informații privind donarea sau primirea de țesuturi, gameți etc., de a preleva gameți fără depistarea maladiilor transmisibile;
- protecția embrionilor umani, inclusiv obținerea lor *in vitro* în scop de cercetare etc.

Genetică și de lege ferenda

Anomaliile și bolile genetice au drept caracteristică faptul că pot afecta mai multe generații și se pune problema în ce măsură necunoașterea acestui risc vine în contradicție cu respectul dreptului la viață privată. Apoi, a comunica un astfel de risc unui viitor partener cu care subiectul va împărtăși genele sale devine o încălcare a secretului impus de lege, a confidenței? Încălcarea unor drepturi privind patrimoniul genetic propriu nu reprezintă o discriminare a unor persoane supuse unor riscuri genetice (ereditare) față de celelalte persoane?

În stadiul actual al cercetărilor și discuțiilor relativ la întrebările de mai sus, se pot emite următoarele considerații:

Confidențialitatea genetică, așa cum rezultă din întrebare, ridică probleme etice și legale aparte, cât timp patrimoniul genetic al unui individ are consecințe directe asupra altei persoane. Or, o legislație are datoria de a împiedica utilizarea informației genetice de o manieră defavorabilă persoanei în cauză. Utilizarea discriminantă și inechitabilă a datelor genetice trebuie deci interzisă prin lege și, totodată, orice date genetice protejate prin lege, cât timp principiul fundamental al drepturilor omului rămâne ca datorie principală, binele bolnavului și familiei sale (K. Berg). Altfel spus, numai persoanele direct interesate trebuie să aibă dreptul la ceea ce s-a numit „autodeterminare informațională” și pentru protecția dreptului la intimitate al persoanei, atât în depistarea genetică (*screening*-ul genetic), cât și în supravegherea genetică (*monitoring*-ul genetic) sau în identificarea cu ajutorul ADN, acest drept devine absolut. Numai persoana este stăpânul informației sale genetice și numai ea poate decide în vederea colectării, utilizării și divulgării acestor informații, numai ea are dreptul autodeterminării informaționale. Altfel, testele genetice pot viola protecția datorată de societate individului și pot duce la discriminări, de unde nevoia protejării individului contra oricăror abuzuri potențiale (A. Cavoukian). În lipsa unor reglementări ce ar încălca aceste principii, s-ar ajunge la eugenie, și anume la eliminarea celor cu gene patologice sau, de ce nu, cu gene inferioare, așa cum susțineau tezele rasiste. Sfaturile genetice privind reproducerea au deci caracter exclusiv non-directiv și sarcina lor este doar de a ajuta cuplul în a lua o decizie. Cu toate acestea, poate apărea o contradicție între libertatea genetică și obiectivele sănătății publice de a reduce frecvența bolilor genetice. Altfel spus, libertatea absolută în reproducere riscă a avea consecințe sociale, de unde nevoia unor reglementări sociale, dar în care recursul voluntar la metodele de

diagnostic și tratament genetic și sfatul genetic non-directiv sunt garanțiile principale împotriva oricăror abuzuri (Motulsky). Genetica are ca scop nu ameliorarea speciei umane (ceea ce s-a numit genetica pozitivă), ci doar combaterea patologiei umane (ceea ce s-a numit genetica negativă), deci aplicarea metodelor genetice la scopuri exclusiv medicale, astfel ca orice test genetic să nu fie utilizat, de exemplu, în scopul refuzării unui contract de asigurare sau de angajare în muncă. Astfel, un diagnostic prenatal devine decizia exclusivă a cuplului, altfel orice obligație instituțională ce ar tenta a fi impusă ar deveni o tentație eugenică. Statul, comunitatea au doar dreptul de a informa, dar nu de a decide. De aceea, o viziune cu adevărat umană despre om trebuie să înlocuiască mitul unui om perfect și să oblige la respectul total al integrității genomului uman, la protecția corpului pentru asigurarea demnității umane și la respectul ființei umane încă de la începutul vieții. Comisia Parlamentului European de bioetică și plenara Parlamentului European din anul 1992 au interzis în acest sens brevetarea genomului uman, a corpului și elementelor sale, au interzis modificarea identității genetice a corpului în scop neterapeutic, ca fiind contrară demnității persoanei.

Dar știința nu poate fi normată etic și consecințele descoperirilor științifice nu pot fi prevăzute. Apoi, aplicarea rezultatelor științifice în afara unor criterii etice sau legale poate constitui un pericol grav pentru om. De aceea *Biblia* se întreba dacă va pieri omul prin știință, iar Democrit cerea a nu zgândări materia ce poate deveni imprevizibilă. Tot astfel, Aristotel atrăgea atenția că dezvăluirea prea multor ascunzișuri ale naturii riscă a rupe sigiliul celest al lumii, la care se referea mai târziu și L. Blaga când cerea a nu strivi corola de minuni a lumii. Mai mult, împăratul Asoka, îngrozit de războaie și de folosirea dăunătoare a inteligenței umane (azi un adevărat decalaj etologic între mijloacele de apărare biologică cu care a fost înzestrat omul de natură și crearea prin inteligența sa a armelor artificiale), a creat societatea secretă a savanților cu sarcina de a ține sub control descoperirile științifice. După descoperirea armelor atomice, Einstein a atras atenția că omenirea lunecă spre o prăpastie fără precedent, de unde strivitoarea răspundere a omului de știință de a îmblânzi atomul, iar astăzi, Rezoluțiile și Declarațiile Consiliului Europei să oblige legea a ține sub control rezultatele cercetărilor științifice.

În fața unei descoperiri științifice, prima etapă este aceea a evaluării consecințelor sale morale pentru om, după care urmează etapa consacrării legale a recomandărilor morale. Criteriul esențial al unor astfel de recomandări sunt efectele nocive ale descoperirii pentru om, deci pro-

babilitatea unor riscuri pentru el și modul cum aceste riscuri pot fi contrabalansate de avantajele descoperirii științifice pentru societate. Aceasta obligă a pune în balanță riscul atingerii drepturilor fundamentale ale persoanei cu avantajele descoperirii științifice pentru alte persoane, principiul fiind că dreptul unei persoane nu poate fi sacrificat pentru interesul public, deoarece drepturile omului sunt centrate pe individ. Apoi, cât timp dreptul, legea nu pot interzice o cercetare științifică pentru rezultate imposibil de prevăzut de la început, mai întâi un guvern poate publica directive sub formă de practică, stabilite de o comunitate științifică și, dacă acestea nu sunt receptate, să recurgă apoi la lege. Din universalitatea științei trebuie să decurgă și universalitatea reglementărilor ei (J. Kennedy), dar totdeauna când un om de știință face un pas înainte în cunoașterea naturii, el trebuie în prealabil să facă două reflecții etice în el însuși.

Deci, drepturile omului sunt de natură individuală și defensivă și ele au ca scop salvarea integrității și libertății persoanei contra exceselor colectivității și astfel dau posibilitatea persoanei de a se realiza activ și autonom. Drepturile omului apar deci ca pluridimensionale și au o funcție verticală (de apărare contra puterilor statului), dar și orizontală (statul având obligația de a crea cadrul juridic adecvat realizării autonomiei persoanei, fără a atinge aceleași interese legitime ale altor persoane, deci ale comunității). Drepturile omului și prezumția lor de legitimitate trebuie să corespundă intereselor majorității, iar excepțiile de la această regulă trebuie restrânse la minimum pentru nevoi de securitate națională, apărare a ordinii publice și prevenire a crimei, restricții ce trebuie prevăzute în mod expres de lege (exigența necesității) și admise doar dacă nu există alte mijloace pentru a le impune (principiul subsidiarității), restricțiile trebuind a fi întotdeauna proporționale cu fapta, adică să existe un raport favorabil drepturilor persoanei între avantajele pentru societate și prejudiciile pentru persoană, adică un raport favorabil între risc și beneficii (principiul proporționalității).

Antinomia aparentă dintre protecția personalității și libertatea științei de a cerceta, în scopul de a nu avea caracter ilicit ca intervenție asupra persoanei, presupune totdeauna consimțământul persoanei și asigurarea că intervenția se face numai în interesul ei. Libertatea de cercetare este astfel expresia libertății de gândire, cât timp curiozitatea umană a fost un factor de umanizare, după Lorenz. Dar conceptul social de reziliere a acestei antinomii devine autodeterminarea persoanei prin consimțământ, în scopul ca interesul și binele persoanei să prevaleze asupra intereselor

statului și societății. O astfel de autodeterminare merge până la „dreptul de a nu ști și de a fi astfel, a rămâne astfel tu însuți”.

În genetică devine acută și rezilierea relației dintre drepturile și datoriile omului față de descendenții săi, cât timp libertatea este întotdeauna legată de responsabilitate și merge până la nevoia de responsabilitate colectivă. Pentru unii autori, așa cum legea incriminează lipsa de asistență dată unei persoane în pericol, tot astfel ar trebui să reglementeze și coresponsabilitate a oamenilor și obligațiile lor reciproce, mai ales în probleme de genetică ce interesează și specia umană, nu numai individul.

Avort, sterilizare, contracepție și reproducere asistată

Dreptul persoanei la viață și libertate, dreptul la respectarea vieții sale private, a familiei, sunt prevăzute în toate documentele internaționale adoptate în acest domeniu, începând cu Declarația Universală (articolele 3, 16) și continuând cu Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice (art. 6, 9, 23), Convenția Europeană a Drepturilor Omului (art. 2, 5, 8 și Protocolul nr. 6 din 1983, privind abolirea pedepsei cu moartea), Convenția Americană a Drepturilor Omului (art. 4, 16), Carta Africană a Drepturilor Omului și Popoarelor (art. 4, 6, 18).

Dreptul la viață constituie, desigur, cel mai important drept al persoanei, premisă a exercitării celorlalte drepturi fundamentale. Cu toate acestea, din textele documentelor menționate nu reiese intenția protejării și garantării necondiționate a vieții, ci, mai mult, asigurarea unei protecții împotriva oricăror suprimări arbitrare ale vieții de către stat.

Putem face, în acest sens, o distincție între „atingeri” sau încălcări legale ale dreptului la viață și „atingeri” ilegale. Dacă ne referim la prima categorie, putem vorbi în primul rând despre asemenea atingeri de ordin public, și, pentru a exemplifica, amintim :

- pedeapsa cu moartea (care, potrivit documentelor internaționale – art. 6 [2] al Pactului internațional referitor la drepturile civile și politice, art. 2 al CEDO, Protocolul nr. 6 al CEDO, privind abolirea pedepsei cu moartea –, trebuie să rezulte dintr-o sentință capitală, pronunțată de un tribunal competent, și să fie prevăzută ca sancțiune pentru o faptă pedepsită de lege); de menționat însă că mișcarea pentru abolirea pedepsei capitale continuă;
- atingeri aduse vieții ca urmare a răspunsului la violență (legitima apărare);

- moartea ca rezultat al recursului absolut necesar la forță, în cazuri privind asigurarea apărării unei persoane împotriva violenței, efectuarea arestărilor legale sau împiedicarea evadărilor persoanelor legal încarcerate, sau ca urmare a necesității legale de reprimare a tulburărilor violente, a insurecțiilor.

În aceeași categorie a „atingerilor” legale – care, practic, reprezintă limitări ale drepturilor omului de către lege – se pot include practicile reclamate de protecția sănătății publice, deci rațiunile de sănătate publică: impunerea efectuării vizitelor medicale obligatorii, supunerea persoanelor la testele de alcoolemie, în scopul protejării vieții proprii, dar și a semenilor (pentru conducătorii auto, de exemplu), efectuarea vaccinărilor periodice (obligație a cărei nerespectare atrage de regulă chiar sancțiuni penale), obligația de a efectua examenul prenupțial sau vizita medicală în vederea angajării în muncă.

În ceea ce privește „atingerile” ilegale ale dreptului la viață, pe primul loc se situează supunerea persoanelor la tortură, la tratamente crude, inumane, degradante, practicarea sclaviei, după care, în mod cert, se pot include experimentele științifice realizate pe om, fără consimțământul acestuia.

Astfel privite lucrurile, nu ar putea face obiectul analizei noastre cauzarea morții cu intenție sau aplicarea de pedepse corporale tinerilor. De aceea, vom aborda acest drept în legătură cu problemele referitoare la avort, la tortură, dar și din perspectiva interacțiunii cu celelalte drepturi fundamentale.

Toate articolele care vizează respectul vieții private, al vieții de familie, al dreptului de a se căsători, de a avea o familie – și de a se bucura, în consecință, de egalitate în cadrul acesteia – acoperă practic o arie extrem de întinsă de drepturi și libertăți conexe. Astfel, numai pentru a ne limita cadrul analizei pe care ne-am propus-o, trebuie să avem în vedere dreptul la avort, transsexualismul și homosexualitatea, dar și eutanasia și diversificarea formelor de reproducere.

Comisia și Curtea Europeană a Drepturilor Omului au fost solicitate a se pronunța asupra conținutului dreptului la viață privată în numeroase rânduri, și, mai mult, asupra întinderii acestui drept. „Dreptul de a trăi atât cât vrei la adăpost de privirile celor străini” (cum s-a arătat în cazul *Van Oosterwijk vs. Belgia*, din 1979, referitor la cererea unui transsexual de a i se modifica actul de naștere) cuprinde dreptul de a stabili și întreține relații cu alte persoane, cu deosebire în domeniul afectiv, pentru dezvoltarea și realizarea propriei personalități. Pe de altă parte,

delimitarea acestui drept de celelalte drepturi intervine o dată cu intersectarea lui cu viața publică și cu alte interese protejate (a se vedea Raportul Comisiei în cazul Bruggemann și Scheuten vs. Germania, din 1977, privitor la avort).

În ceea ce privește dreptul la viață de familie, Comisia și Curtea Europeană acordă statelor o mai mare libertate de apreciere, limitându-se la a evalua cu precădere anumite aspecte procedurale (Donna Gomien). Dreptul la viața de familie este strâns legat de dreptul de a încheia o căsătorie, de a întemeia o familie, dar în timp ce acestea sunt deja acțiuni individuale, dreptul la viața de familie protejează o situație permanentă. După cum am văzut, din perspectiva acestor drepturi putem vorbi despre dreptul persoanei de a dispune de corpul său, ca decurgând din dreptul la viață privată. Constituie libertăți ale persoanei atât deciziile pe care aceasta le ia în momentul căsătoriei (asupra persoanei sau mai nou asupra sexului acesteia, dar care nu face obiectul studiului nostru), asupra reproducerii, asupra îmbogățirii formelor de reproducere (prin recursul la noile tehnici reproductive, de tipul fertilizării *in vitro* și al transferului de embrioni, al donației de gameți sau embrioni) sau a refuzului acestui drept (concretizat prin sterilizare voluntară sau nevoluntară și avort), precum și deciziile persoanei asupra morții sale (mai precis alegerea momentului sau a modalității în care aceasta să se producă – eutanasiu, suicid). Pe de altă parte, putem vorbi despre acest drept de a dispune de propriul corp din perspectiva nefericită a comerțului care îl are ca obiect (prostituție).

În cele ce urmează, vom încerca să aprofundăm câteva dintre aspectele cele mai delicate ale acestor probleme, aflate la granița dintre drepturile omului și bioetică, reluând una dintre temele de meditație ale reputatului profesor Marian Cotrău, propusă în *Scrisoare către un toxicolog din mileniul trei*: „în centrul conflictului dintre libertatea cercetării științifice și protejarea inviolabilității persoanei umane se pune problema din totdeauna: în ce măsură o societate are dreptul să-și expună membrii săi la pericolele potențiale, în speranța de a avea un avantaj pentru unii dintre membrii săi sau chiar pentru ansamblul societății?”.

Libertatea de a procrea și aspecte referitoare la avort

Dreptul la viață este un drept natural al omului și privește atât propria viață, cât și posibilitatea de a crea, de a da viață, adică de a procrea. Cadrul tradițional necesar pentru perpetuarea vieții este familia, iar dreptul de a avea o familie este un drept conex, prevăzut și el în toate documentele internaționale importante (art. 23 al Pactului internațional

cu privire la drepturile civile și politice, art. 12 al Convenției Europene a Drepturilor Omului).

Dreptul de a procrea nu este întâlnit ca atare în textele menționate, după cum nu există o obligație de a avea copii. Dovada în acest sens o constituie faptul că s-a admis, în replică, posibilitatea (nu spunem „dreptul”, pentru că nu este inclus în documentele adoptate, dar putem spune că se înscrie în lista drepturilor câștigate de femei în lupta lor pentru emancipare, pentru recunoașterea egalității cu bărbatul) femeii de a întrerupe cursul unei sarcini.

Privire istorică asupra avortului

Diversitatea culturală a fost caracteristică tuturor timpurilor și comunităților în ceea ce privește atitudinea asupra controlului fertilității și al avortului.

Vechile societăți, a Greciei și Romei, erau destul de tolerante față de avort și contracepție, iar înțelepciunea populară referitoare la diferite tehnici folosite s-a transmis peste secole. La Roma erau însă calificate drept avort atât metodele chirurgicale pe care le cunoaștem, dar și ceea ce astăzi cunoaștem sub denumirea de metode contraceptive (Ph. Ariès, G. Duby). De asemenea, pentru romani nu prezenta nici o importanță momentul biologic în care o femeie renunța la copil. Metodele folosite erau „îmbrățișări în care este evitată concepția” (Sf. Augustin), „spălături după dragoste” (despre care vorbesc Cicero, Ovidiu), folosirea drogurilor spermicide (Sf. Ieronim).

Deși teologii creștini au condamnat în general controlul nașterilor, au disputat statutul moral al avortului. Între secolele XI-XIII controversile s-au restrâns și un oarecare consens s-a format cu privire la momentul intervenției, și anume cât mai devreme, înainte ca fetusul să dobândească „suflet” (Deborah L. Rhode).

Ulterior, primele statute americane (elaborate între 1820-1840) codificau cazuri și interziceau avortul intervenit după momentul în care apăruseră mișcărilor fetale (aceasta deoarece cunoștințele medicale nu erau destul de temeinice pentru a pune un diagnostic de sarcină anterior acestora).

La începutul secolului al XIX-lea, tendințele culturale fac ca sfaturile privind avortul și controlul acestor practici să devină mai vizibile. Deplăsarile dinspre sat spre oraș, spre societatea industrială, fac să scadă numărul copiilor, care încep să reprezinte impedimente pentru familie. Urmează o perioadă în care chiar medicii, îngrijorați de apariția bolilor psihice, de instabilitatea socială datorată avortului, încep să acorde atenție

păstrării vieții. Se admite în Anglia și America avortul numai în scopul salvării vieții mamei.

Avortul devine infracțiune, fiind incriminat în multe state, situație ce se perpetuează.

Biserica catolică își revizuieste poziția condamând avortul, indiferent de momentul în care este efectuat, indiferent de riscurile la care sunt expuși mama sau copilul (este celebră expresia unui episcop după care două morți sunt preferabile unei crime).

Mișcările feministe americane au determinat apoi schimbări de optică, prin introducerea conceptului de *voluntary motherhood* (maternitate voluntară), ce trăgea o linie de demarcație între viața sexuală și procreare. Tot aici, la începutul secolului XX, Margaret Sanger punea problema importanței sfaturilor medicale privind contracepția.

În 1960, un alt concept, de *family planning* (planificare familială), mută centrul atenției dinspre autonomia femeii spre igiena familială. Anii '60 dovedesc dobândirea unei noi conștiințe asupra drepturilor femeilor și toate campaniile feministe solicită liberalizarea avortului.

Frica, ignoranța, lipsa planificării, presiunea exercitată de parteneri fac inefficientă folosirea contraceptivelor. Datorită enormelor consecințe fizice, psihice, socio-economice ale apariției unui copil nedorit, avortul reprezenta pentru femei singura posibilitate de control asupra corpului și destinului lor.

Evoluția reglementărilor referitoare la avort în România se înscrie în mișcarea universală de emancipare a femeii.

În perioada statelor feudale, femeia era supusă bărbatului, percepând lumea doar prin prisma universului familial, univers în care însă avea tot o poziție defavorizată. Femeia devenea incapabilă prin căsătorie, putea fi ucisă în caz de adulter, nesupunere, sau putea fi închisă ori înlănțuită.

Modernizarea legislativă din secolul al XIX-lea (adoptarea Codului Calimachi în 1817 și a Codului Caragea în 1818) menține însă situația de inferioritate a femeii. Nici măcar deschiderea spre lumea europeană realizată de Revoluția de la 1848 nu a adus îmbunătățiri în viața femeii, ea rămânând supusă bărbatului (chiar dacă dobândise câteva drepturi mărunte, cum ar fi acela de a încheia anumite acte civile, dar cu autorizarea soțului).

Codul penal de la 1 mai 1865 prevedea, cu privire la avort, în art. 246 (modificat prin legea din 17 februarie 1874) că „oricare, prin lucruri de mâncare, băuturi, doctorii violente sau prin orice alt mijloc ar face, cu știință, pe femeia însărcinată să lepede, ori cu voia ei ori nu, se va

pedepsi”. De asemenea, era pedepsită femeia care recurgea la asemenea practici, precum și medicii, chirurgii, ofițerii de sănătate, spițerii și moașele.

Constituția de la 1923 stipulează drepturi civile egale ale femeii cu bărbatul (art. 6). Incapacitatea femeii căsătorite nu mai operează, însă tot „șeful familiei” dispune, în sfera privată, inclusiv asupra corpului femeii.

Codul penal din 1937 pedepsea (în art. 482) delictul de avort, indiferent dacă era săvârșit cu sau fără consimțământul femeii însărcinate. Erau însă exceptate cazurile în care exista o autorizație din partea Parchetului, emisă la cererea medicului, pentru a înlătura un pericol iminent, amenințând viața femeii, când sarcina agrava o boală existentă și punea viața femeii în pericol, neexistând o altă posibilitate de a-l înlătura și, în fine, când unul dintre părinți era atins de alienație mintală și pericolul trecerii unei asemenea tare la copil era o certitudine (art. 484).

Codul penal din 27 februarie 1948 (republicat), în art. 482, definea avortul ca fiind delictul comis de acela care, prin orice mijloace, provoacă întreruperea cursului normal al unei sarcini. Acest articol distingea între avortul comis fără consimțământul femeii (pentru care pedeapsa era închisoarea corecțională de la 2 la 5 luni), avortul comis de însăși femeia însărcinată necăsătorită sau care a consimțit ca altineva să i-l provoace (pedepsit cu închisoare corecțională de la 3 la 6 luni) și cel comis sau consimțit de femeia căsătorită (pedepsit cu închisoare corecțională de la 6 luni la 1 an). Articolul 484 al aceluiași Cod dispune că nu se pedepsește întreruperea cursului sarcinii de către medic cu autorizația procuraturii, pentru aceleași trei situații care erau prevăzute și în Codul penal din 1936.

Decretul 469, publicat în Buletinul Oficial nr. 26 din 30 septembrie 1957, modifică cele două articole, în sensul că pedepsirea avortului se face numai dacă este efectuat în afara instituțiilor medico-sanitare, de către orice persoană, sau dacă este efectuat în cadrul acestor instituții, dar de către o persoană fără calificarea medicală de specialitate (art. 482). Nu era incriminată fapta medicului care efectua o întrerupere a cursului sarcinii în afara instituțiilor medico-sanitare, în cazuri de extremă urgență și dacă în interval de 24 de ore comunica aceasta unei instituții abilitate, care stabilea că intervenția a fost necesară (art. 484).

După această perioadă însă de permisivitate și de eliberare a femeii, intervenția Decretului 770 din 1966 și a Legii 6 din 1973 înseamnă o nouă perioadă întunecată în destinul femeilor din România. Anii grei de privare de libertate prevăzuți pentru provocarea ilegală a avortului, pentru avortul provocat de femeie și până și pentru deținerea de instrumente sau materiale avortive sau pentru omisiunea de a anunța efectuarea avortului

(articolele 185, 186, respectiv 187 și 188) erau în totală contradicție cu respectarea drepturilor omului în țara noastră, afirmată oficial.

Avortul din perspectiva organismelor pentru protecția drepturilor omului

Cum trebuie privită, în consecință, problema procreării? În ce cadru al drepturilor omului trebuie ea inclusă?

Desigur, domeniul este acela al dreptului la viață, dar și la viață privată și la viața de familie, ceea ce ne plasează de la început în fața a două tipuri de raporturi: individuale și de familie. Întreruperea cursului sarcinii constituie un drept de a refuza procrearea. Sau, în termenii utilizați de partizanii feminismului radical, dreptul femeii de a refuza îndeplinirea funcției sale reproductive naturale. Nu vom insista asupra argumentelor pro și contra ce au fost invocate în acest scop (de cei care resping avortul din respect pentru viață și de cei ce-l admit ca urmare a respectului datorat libertății individuale a femeii și a vieții sale private), dar ne vom apleca asupra interpretării dispozițiilor Convenției Europene a Drepturilor Omului și a Convenției asupra Drepturilor Copilului. Aceasta din urmă, la care România a aderat în 1990, prevede în art. 6 că „statele părți vor asigura prin toate măsurile posibile supravegherea și dezvoltarea copilului”. Acest articol nu a fost interpretat ca venind în contradicție cu admiterea avortului.

În ceea ce privește Comisia Europeană, aceasta s-a pronunțat în sensul că recunoașterea dreptului absolut la viață al unui fetus ar fi contra obiectului și scopului Convenției. De altfel, spre deosebire de Convenția Americană a Drepturilor Omului (art. 4), cea europeană nu prevede expres că viața începe cu momentul concepției, ceea ce a făcut ca problema aceasta să nu fie deocamdată clarificată de Comisia Europeană.

Curtea Europeană nu a fost sesizată cu cazuri referitoare la avort. Problema s-a pus din perspectiva libertății de expresie (în cazul *Romerlfanger vs. RFG*, în 1989).

Fetusul ca pacient?

O altă problemă aflată la intersecția drepturilor omului cu cercetarea medicală este aceea de dată destul de recentă ridicată în SUA. Ea privește posibilitatea ca femeile să răspundă penal pentru „abuz fetal” sau civil pentru comportamentul necorespunzător în timpul sarcinii.

Întrebările sunt multiple în jurul acestei probleme, iar răspunsul implică competența autorităților legale și medicale. Cu alte cuvinte, se conjugă acțiunea medicală și legală în numele dreptului fetei. S-a spus că toate sfaturile medicului legate de procedurile impuse unei femei

însărcinate trebuie respectate cu strictețe. Însă, pe de altă parte, femeile sărace nu pot de multe ori să aibă resursele financiare necesare punerii în practică a acestor cerințe (îmbogățirea alimentației, condiții de igienă etc.). Ca urmare, s-au născut și se nasc copii cu greutate scăzută, cu boli neurologice și psihice.

Pe de altă parte, există categoria femeilor care consumă în timpul sarcinii băuturi alcoolice, droguri, fumează sau se supun unor regimuri de slăbire. Acestea – susține dreptul unor state nord-americane – vor putea fi acționate în instanță chiar și de către copiii născuți cu anumite afecțiuni datorate acestor cauze.

Desigur, acestea sunt deocamdată exemple rare, însă generalizarea lor ar putea arunca o nouă lumină asupra drepturilor femeii vizavi de cele ale copiilor, dar și asupra raporturilor dintre medici și pacienți și dintre aceștia și lege.

Sterilizarea nevoluntară. Spre deosebire de sterilizarea voluntară practică în scopul împiedicării procreării, această sterilizare este o formă de eugenism, care se aplică în cazul bolnavilor mintali. Încă din anul 1927, în cazul *Bunk vs. Bell*, Curtea Supremă a SUA o accepta, ca formă a puterii statului, dar nu ca o sancțiune inumană. În prezent, aproximativ 100000 de persoane suferă această intervenție anual în Statele Unite, în Danemarca se operează asupra femeilor care au un IQ sub 75 și la fel și în Finlanda.

În anul 1994 (la 23 martie), Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei, printr-o recomandare privitoare la psihiatrie și drepturile omului, s-a pronunțat în sensul ca nici un atentat ireversibil să nu afecteze capacitatea reproductivă a individului. Ca urmare, unele state au adoptat măsuri pe plan intern în această direcție. Astfel, în Franța, Comitetul consultativ național de etică pentru știința vieții și sănătate a stabilit un set de condiții prealabile, prin Avizul nr. 49 din 3 aprilie 1996, și anume :

- dovada că starea persoanei incapabile nu se poate ameliora;
- persoana respectivă trebuie să fie aptă de a procrea și să aibă relații sexuale;
- vârsta persoanei să fie de cel puțin 20 de ani;
- părerea sa trebuie în toate cazurile cerută.

Totodată, același comitet a subliniat faptul că se va recurge la sterilizare numai atunci când se va considera că nu sunt posibile alte metode de contracepție. În ceea ce privește procedura propriu-zisă, cererea de a se recurge la această metodă se va adresa unei comisii multidisciplinare de către familiile sau tutorii persoanelor incapabile.

În ceea ce privește România, nu putem estima care este numărul acestor practici, însă, pentru viitor, considerăm că este extrem de important a se adopta măsuri legale destinate protecției persoanelor incapabile, ținând de capacitatea lor reproductivă, având în vedere tocmai faptul că ele constituie un segment al populației extrem de vulnerabil.

Criteriologia evaluării relației risc-beneficiu în contracepție și contragestie

Din totdeauna, dar mai ales astăzi, când puterile medicinei asupra naturii umane s-au multiplicat, responsabilitatea rămâne grandoarea actului medical, dar și prețul libertății tehnice a medicului. Cineva aprecia că, în viitor, unul din doi medici va risca punerea în discuție a responsabilității sale în decursul vieții profesionale, datorită unor tendințe medicale antinomice : pe de o parte, datorită creșterii responsabilității prin riscurile tehnicilor medicale, desacralizării actului medical, influenței mass-media și atitudinii opiniei publice ce identifică sănătatea cu fericirea și, pe de altă parte, datorită unor tendințe antimedicale ce duc la iatrogenie socială, prin pretenția exploatării anxietății bolnavului, și la iatrogenie juridică, prin creșterea spețelor de contencios medical. Consecința acestei antinomii care s-a numit „deriva medicinei” a dus, în toate statele democratice, la nevoia asigurării bolnavului pentru prejudiciile eventuale. Se confirmă ceea ce, în 1923, un mare medic spunea : „responsabilitatea devine mai gravă și mai neliniștitoare. Pentru a nu descuraja inițiativa binefăcătoare, este necesară protejarea medicului onest contra acuzelor injuste”.

Consecutiv celor de mai sus, în medicina contemporană și în dreptul medical se remarcă următoarele tendințe evolutive :

1. relația medic-bolnav devine o relație contractuală, sinalagmatică, caracteristică medicinei liberale ;
2. incriminarea neasumării riscurilor ;
3. răspunderea pentru abstenția ce privează de șanse ;
4. lărgirea răspunderii pentru rezultat și
5. repararea prejudiciilor prin asigurări, unde nu interesează culpabilitatea, ci indemnizarea (răspundere fără greșală).

Astăzi deci, mai mult ca oricând, responsabilitatea etică și îndeosebi juridică a medicului se instituie într-un subiect acut de dileme și anxietăți. Se spune că medicina a crescut numărul bolilor, evident, prin descoperirea lor, că ea a medicalizat sănătatea și că, în fața succeselor sale privind creșterea speranței de viață, tot ea a găsit și antidotul prin controlul nașterilor. Dacă adăugăm și problemele reproducerii medical

asistate, ne explicăm de ce atacurile contra „puterii medicale” fac ca, în obstetrică, responsabilitatea să devină mai acută, prin aceea că poate afecta sexualitatea, reproducerea, feminitatea și estetica.

Lupta pentru o maternitate voluntară face însă parte din drepturile omului. Curtea de Justiție a Comunității Europene a statuat libertatea de a dispune de propriul corp prin contracepție, întrerupere voluntară de sarcină, sterilizare voluntară. Din respectul vieții, decurge deci dreptul de a avea copii în număr și la momentul considerat de cuplu, și, de aici, dreptul de a utiliza contraceptive. În același timp, cum remarca unul dintre noi, lupta pentru o maternitate voluntară devine justificată de faptul că sarcina modifică statutul socio-profesional al persoanei, poate eluda disponibilitatea afectivă atât de necesară dezvoltării copilului. Contracepția răspunde astfel unor motivații sociale (libertatea de a decide asupra momentului și numărului de copii), medicale (facilitând respectarea contraindicațiilor sarcinii) și psihologice (rezolvând antinomii sexuale ca aceea dintre plăcere și culpabilizare).

Încă din 1920-1921, când Sir Dodds a descoperit stilbestrolul și când un medic austriac a propus utilizarea sa drept contraceptiv, cu toate beneficiile sale, unii încă mai consideră că utilizarea anticoncepționalelor reprezintă cel mai extins experiment pe om făcut vreodată, că victimele adevărate ale acestui experiment vor fi îndeosebi generațiile viitoare, de unde nevoia de a înscrie problema într-o adevărată atitudine de ecologie medicală și implicit umană.

În fața unor dileme medicale, criteriologia estimării răspunderii profesionale, extinsă cu precădere la imputarea riscurilor și indemnizarea prejudiciilor în medicina contractuală, tinde a fi rezolvată prin asigurări, după principiul acordării de îngrijiri medicale atente, conștiente și conforme datelor actuale ale științei. Acest fapt implică :

1. Stabilirea criteriologiei de alegere a contraceptivului cel mai bine adaptat după criteriile clinice (prin respectul contraindicațiilor, mai ales al celor absolute, ca accidente trombo-embolice, vasculare, anemiile, sarcina, cardiopatia, cancerul, diabetul, hepatopatiile grave, hipertensiunea arterială, hipercolesterolemia, psihozele etc.). Se vor respecta deci contraindicațiile absolute și relative în vederea evitării unor dezavantaje majore, așa cum ar fi apariția tulburărilor de glicoreglare cu hiperinsulinism, creșterea adezivității și agregabilității plachetare, agravarea cancerelor hormono-dependente dar care, cu minipilule cu doze mici, și-au redus riscul la jumătate. Criteriile biologice privesc urmărirea glicemiei, lipidelor, trigliceridelor, colesterolului etc., iar criteriile de vârstă se

referă mai ales la nevoia evitării riscurilor vasculare, a obezității etc., prin utilizarea lor la menopauză. În acest scop, întocmirea unei fișe de informare va privi produsul ales, simptomatologia susceptibilă a apărării, datele controlului clinic și biologic, iar în cazuri de accidente extreme, letale, pentru clarificarea lucrurilor, solicitarea necropsiei va avea aptitudinea maximă de a descărca de responsabilitate. Fișa va certifica rigoarea individualizării tratamentului și a reducerii riscurilor de accidente. Caracterul previzibil al unor factori de risc sau imprevizibil al altora va face vinovăția discutabilă sau aleatorie.

2. Respectul conștiinței persoanei ce exprimă dreptul la informare asupra corpului său, prin pretenția de a fi clar, depășește ecuația clasică a relației medic-bolnav, ca o întâlnire între o încredere și o conștiință. Această pretenție excede ceea ce s-a statuat a fi o informare simplă, inteligibilă, aproximativă și loială, prin a fi diligentă, persuasivă și iterativă, în scopul de a fi clară.

3. În medicina cuplului, secretul medical nu poate fi *erga omnes*, ci doar un drept la discreție al partenerului, de unde decurge nevoia informării despre prescrierea contraceptivelor. Faptul este în acord cu nevoia denunțării agresiunilor sexuale, apărării sănătății familiei etc.

4. Utilizarea steriletelor (folosite azi de 60 de milioane de femei, după OMS) ridică mai pregnant problema respectării contraindicațiilor, a nuliparității, a rigorii tehnice și a informării bolnavei despre eventualele riscuri (perforație uterină, eșecuri ale metodei, sarcină extrauterină, migrare abdominală etc.). Se recomandă a se lua în considerare grupe de risc legate de: tipul steriletului (minor pentru cele de cupru); antecedentele inflamatorii ale persoanei (risc de infertilitate tubară); paritate (cu risc de 7 ori mai mare la nulipare decât la multipare); durata utilizării steriletului (riscurile cresc de la 2 la 3 peste 2-3 ani) și de utilizare succesivă a altor contraceptive (riscurile cresc de la 1 la 2-3 când steriletele se plasează după contraceptivele orale). Se va întocmi o fișă de informare privind produsul, simptomatologia susceptibilă, controlul clinic și biologic etc., în care nu se va omite a atrage atenția asupra compromiterii eficacității lor prin administrare concomitentă de contraceptive orale cu rifampicină, anticonvulsivante etc. Calitatea mijloacelor tehnice, buna evidență a fișelor etc. vor fi totodată criteriile de calitate pentru aprecierea ulterioară a unei practici medicale competente și conștiente. În jurisprudența medicală privind rezilierea diferitor plângeri, plasarea de sterilete, ca și indicația adecvată de contraceptive, tinde a fi apreciată ca o responsabilitate de rezultat și nu de mijloace. Acest fapt

aduce nevoia garantării rezultatului procedurilor utilizate ca și în chirurgia estetică sau în diagnosticul biopsic ori de determinare a unor constante de laborator etc., și nu numai a mijloacelor oferite conform datelor actuale ale științei. Medicul trebuie să facă astfel o posologie riguroasă în scopul de a realiza un echilibru între binefacerile sperate, dorite și riscurile procedurii, conform teoriei rațiunii proporționale. În nici un caz riscurile intervenției nu vor depăși scopul propus, după principiul lui Hamburger.

5. Contragestia aduce în discuție responsabilitatea accidentelor după chiuretaje, care, în medicina liberală, duc frecvent la repararea prejudiciilor prin prelungirea spitalizării, compromiterea unei sarcini ulterioare etc. Sterilizarea definitivă poate avea indicații terapeutice, de necesitate (în cazul punerii în pericol a vieții), eugenice (privind riscul transmiterii unor boli ereditare) sau indicații contraceptive, când este concepută, de exemplu, ca o stare de necesitate după 3-4 cezariene. În scopul evitării unor plângeri paradoxale pentru infecunditate după o sterilizare tubară, plângere generată de nevoia de a onora un nou partener, evaluarea corectă a riscurilor, consimțământul clar după o informare adecvată, efectuarea unui bilanț psiho-conjugal de evitare a instabilității căsătoriei, mergând până la refuzul sterilizării vor da liceitate unei astfel de intervenții. Nu trebuie uitat că fără consimțământul cuplului sau cu un consimțământ ambivalent, sterilizarea poate fi considerată abuzivă. În final, ea se va impune ca un act voluntar, chiar fără indicații absolute și va da astfel acoperire cazurilor ambigue ca indicație, așa cum ar fi preferarea sa față de contracepție, dificultățile psihice și relaționale etc. La ora actuală, legea noastră este lacunară, incriminând sterilizarea neterapeutică drept o vătămare gravă. În Franța, Germania etc., în caz de nerespectare a clauzelor contractului, prin lipsa informațiilor complete asupra eficacității diferitor mijloace contraceptive, prin neprezentarea riscurilor tehnice și de eșec, indemnizarea prin asigurări devine inevitabilă. Cuplul va fi informat asupra caracterului definitiv al sterilizării și eșeurilor posibile (de 0,5%) acordându-i un interval de reflecție, după care contractul este semnat de soți, medic și avocații lor. În dreptul comparat (Italia, Germania, Franța, SUA) sunt admise toate cele 3 forme de sterilizare, în condițiile mai sus expuse, cu stipularea că un consimțământ al persoanei nu suprimă răspunderea medicului, mai ales atunci când ea nu este impusă medical. În SUA s-a mers până la imputarea de către părinți a ceea ce s-a numit „o concepție, naștere sau viață prejudiciate” prin încălcarea raportului risc-beneficiu.

6. Legalizarea și, implicit, medicalizarea avortului a ridicat aceleași probleme de reparare a unor prejudicii morale sau materiale, cum ar fi

continuarea sarcinii cu nașterea unui copil nedorit sau malformat, mai ales acolo unde complicațiile avortului au fost considerate o neîndeplinire a unei obligații de rezultat, legată cauzal de o tehnică inadecvată. Și în acest domeniu, o fișă specială în care se înscriu riscurile previzibile, consimțământul liber, modul de prevenire a complicațiilor etc. poate apăra de răspundere.

7. Deși metodele contraceptive vizează o sterilizare tranzitorie, unele metode contraceptive, cum ar fi steriletul, pot produce o sterilizare definitivă, fapt ce aduce în discuție pierderea șansei de procreare sau expunerea la riscurile unei eventuale reproduceri artificiale. Riscul de infecție urmat de infertilitate tubară printr-un dispozitiv intrauterin i-a făcut pe Kramer și Daling să scoată în evidență riscul infertilității tubare, mai ales la nulipare și nuligeste. Alegerea steriletului, respectarea contraindicațiilor și nuliparității, avertizarea asupra riscurilor, limitarea utilizării lor ca și respectarea intervalului liber între extragere și o nouă plasare vor reduce major infertilitatea ulterioară. Dar o infertilitate tubară definitivă aduce în discuție, în mod inevitabil, riscurile procreației medical asistate și în special ale disociației filiației de afecțiune, ale corpului de procreație, fapt ce atestă „caducitatea” dogmei filiației biologice. În formele sale extreme de fecundare *in vitro* cu lichid seminal de la un donator străin și cu implantare în uterul unei mame purtătoare, un copil poate avea trei mame și doi tați, cu coliziuni de interese între ei. Evitarea considerentelor economice, nedepășirea vârstei de 40 de ani, consimțământul informat, păstrarea secretului, efectuarea sa ca act terapeutic, cu indicație medicală și precizarea viitorului statut al copilului, vor evita orice acuză injustă, mai ales că aceste tehnici sunt considerate ca răspunderi de rezultat. Când ele iau alura și acuza posibilă a unor experimente pe om și riscă producerea colapsului afectiv al familiei, întocmirea unui contract semnat de toate părțile, cu excepția donatorului ce rămâne anonim și cu stipularea tuturor condițiilor expuse, devine absolut necesară. Prevenirea riscurilor care țin de efectuarea celioscopiei, de inducerea ovulației, de fecundarea *in vitro*, de gemelitate sau mortalitate neonatală se vor trece într-un atare contract. Deși s-au propus și moratorii față de astfel de tehnici, ele reactualizează principiile Cartei privind experimentele pe om, care atestă că viața este un dat și nu un produs fabricat, Eul uman trebuind a fi apărat atât în alteritatea, cât și în singularitatea sa. Disocierea procreației de sexualitate, cu consecințele ei, impune deci ca puterea unui om asupra altuia să aibă limite etice și juridice, „individul fiind un scop al lui însuși și nu un mijloc”. Ca act

medical neimpus de o stare patologică evolutivă sau de o urgență, la presiunea opiniei publice și a unor societăți ca Euromater, Saint Sarah, a mamelor sterile sau Alma Mater etc., pentru a nu fi considerată contrară legilor naturale și bunelor moravuri, *de lege ferenda*, procreația medicală asistată trebuie să se impună ca un remediu pentru sterilitatea unui cuplu, să se recunoască contribuția unei terțe persoane la un proiect parental, să reafirme valorile structurilor naturale ale paternității cu excluderea homosexualității și să consacre voința individului, care, în unele legi, nu poate fi chiar absolută. Astfel, legea franceză din 1988 exclude inseminarea *post-mortem*, fecundarea *in vitro* pentru producerea de embrioni, conservarea și experimentele pe embrioni etc. Dar, atât timp cât nu este o lege, nimic nu este în afara legii, de unde rezultă că respectul dreptului la inviolabilitate al persoanei, al libertății de a dispune de propriul corp, printr-un consimțământ clar, impun avizul unor comitete de etică, în vederea evitării unor litigii.

8. În fața unor eventuale plângeri, pentru descărcarea de răspundere, drept conduită, Soutoul recomandă următoarea criteriologie: aprecierea situației medicale în echipă, neascunderea ei șefului de serviciu, reconstituirea adecvată a cronologiei faptelor, redactarea eventuală a datelor necropsiei, întocmirea unui raport precoce și detaliat etc.

Fără a ști încă în mod absolut cert în ce măsură pilula bulversează un echilibru natural, L. Israel recomanda ca medicina să fie vigilentă, să estimeze riscurile individuale și extinse ale contracepției și să le prevină sanogenetic. Unele consecințe nu trebuie ocolite, atât timp cât liberalizarea sexuală, cu riscuri etice pentru individ și biologice pentru specie, poate antrena răspunderea medicului în ceea ce privește echilibrul dorit între drepturile câștigate ale omului și prejudiciile lor eventuale. Este necesar ca tuturor acestor cuceriri să nu li se plătească un preț mai mare decât sănătatea. Inocuitatea ce o dorește femeia și disponibilitatea ce o dorește bărbatul prin utilizarea contraceptivelor, dacă au înlăturat vidul unor cercetări, rămâne încă vidul juridic ce nu poate fi supleat decât prin conștiința profesională a medicului. Într-o societate a drepturilor omului și deci permisivă, se impune un echilibru între utilizarea contraceptivelor și consecințele nefaste ale sarcinii nedorite, în scopul de a prevedea mai bine „un viitor încă insuficient interpelat”. Deși riscul utilizării contraceptivelor este mai mic decât al sarcinii nedorite, pledoaria unor autori pentru o contracepție naturală pare o soluție de echilibru între cele două categorii de riscuri. O experiență în formare obligă, de aceea, la competență, prudență și profesiune de credință, în scopul de a da validitate

umană și medicală unui drept câștigat, dar fără a prejudicia interesele individuale și comunitare. Nu trebuie să uităm niciodată acest paradoxal coeficient de înalt risc al practicii obstetricale, în care, totdeauna, se dorește binele, dar uneori este posibil și eșecul, care caută un responsabil. Numai conștiința morală proprie va fi în măsură de a-l elibera pe medic de orice vinovății, un specialist avizat făcând cât mai mulți specialiști, iar acolo unde va exista conștiință morală, va înceta legalitatea.

Reproducerea medical asistată. În ceea ce privește asistența medicală pentru a procrea, ar trebui să distingem două situații: asistența medicală fără intervenția unui terț donator și asistența medicală care presupune o asemenea intervenție.

Asistența medicală fără intervenția unui terț presupune numai facilitarea fertilizării unei femei prin inseminarea cu spermă provenind de la soțul său, depusă într-o bancă de spermă (Jacques Robert, Jean Duffar). Din punctul de vedere al drepturilor omului, această reproducere asistată se încadrează de asemenea în categoria respectului dreptului la viață privată și, în general, nu ridică probleme sub aspect juridic. Și totuși, există situațiile în care, de pildă, dacă o asemenea cerere vine din partea unei femei al cărei soț a decedat, aceasta este refuzată. (Excepții s-au făcut însă și aici, și este suficient să menționăm cazul Corinne Parpaleix, care, în 1984, solicita Tribunalului din Créteil autorizația de a fi folosită sperma soțului său, după trei ani de la decesul acestuia, cu motivația că „nici condițiile de conservare sau de predare a spermei soțului decedat, nici însământarea văduvei nu lezează dreptul natural, unul din scopurile căsătoriei – care încetase prin deces, n.n. – fiind procreația”). Desigur, vor intra în conflict dreptul femeii de a procrea cu interesul copilului de a avea o familie normală (deși s-ar putea susține și ideea că, uneori, creșterea și îngrijirea unui copil de către un singur părinte este benefică și preferabilă unei atmosfere de cuplu tensionate și traumatizante – cum este situația admiterii divorțului pentru asemenea motive), dar nu prevalează oare dreptul femeii în general de a fi mamă, ca drept natural, inalienabil?

Pe de altă parte, dacă avem în vedere faptul că asemenea bănci de spermă sunt solicitate de femeile care văd în ele unica modalitate de a avea copii în afara cuplului, ne aflăm în fața altui argument, pentru că altfel s-ar încălca dreptul femeii la viață privată (cine poate impune unei femei să aleagă un alt bărbat pentru a procrea?).

În același cadru al reproducerii medical asistate dar fără intervenția unui terț, trebuie abordată problema fertilizării *in vitro* și a transferului embrionului, care, din punct de vedere medical, este practică tot în

scopul sprijinirii cuplurilor în demersul lor de a procrea. Nici această metodă, care implică mai multe faze, nu ridică probleme serioase din punct de vedere juridic și nici moral, ea fiind apreciată ca un „parentaj tehnic” de către Federația protestantă a Franței (*Le Monde* din 4 aprilie 1987).

Pe plan mondial, primul copil „în eprubetă” (Luise Brown) a fost conceput în anul 1978 în Marea Britanie cu ajutorul medicilor Edwards și Steptoe. În România, primul centru medical de fertilizare *in vitro* a fost înființat la Timișoara în 1994, al doilea la București în 1998 (fiind în pregătire deschiderea unor asemenea centre la Cluj, București și Iași).

Asistența medicală ce presupune intervenția unui terț donator implică deja existența unei persoane din afara cuplului, fapt ce reclamă necesitatea unor măsuri speciale de protecție, atât pentru cuplu, cât și pentru copilul rezultat. Comisia Europeană a drepturilor omului a stipulat în acest sens că faptul de a fi recurs la o persoană care donează spermă numai în scopul de a insemina artificial o femeie nu-i conferă acesteia și dreptul de a avea legături de familie cu copilul născut astfel (cazul *M. vs. Olanda*, 1993).

Apelul la un donator nu poate fi făcut decât în situații extreme, când practic nu există o altă soluție pentru cuplu, iar consimțământul soților (sau al concubinilor) trebuie să fie expres.

Asistența medicală în acest caz poate îmbrăca forma donației de gameți și a donației de embrioni.

Donarea de gameți, în Franța, este guvernată de principiile consimțământului și anonimului, existând reguli severe în acest sens (stabilite de Centrul de Studii și de Conservare a Spermei, înființat în 1973). De asemenea, Codul civil francez conține dispoziții care pot acoperi și situația donării de gameți, în sensul că nici o informație care să permită identificarea celui care donează un element sau un produs al corpului său și nici persoana primitoare nu trebuie divulgate. Donatorul nu poate să cunoască identitatea primitorului și nici invers. Însă un articol al Codului Sănătății Publice (L 673.6) vine în completarea acestei prevederi, arătând că un medic poate să aibă, în caz de necesitate terapeutică, acces la astfel de informații. Orice altă informație care ar putea duce la identificarea persoanei sau persoanelor care au donat sau a primitorilor, pusă la dispoziție de către o persoană, va atrage, conform Codului penal francez, o pedeapsă severă cu închisoarea (2 ani) și 200 000 franci amendă.

Având în vedere acest exemplu de legiferare, ne punem totuși întrebarea cât de corect sunt apreciate aceste norme și dacă, într-adevăr, ar putea ele constitui un model pentru viitoarele noastre reglementări. Problema

anonimatului donatorului poate avea și un aspect defectuos, putând conduce chiar la incest (dacă, la un moment dat, o femeie primește sperma tatălui sau fratelui), de aceea evidența asupra identității donatorului trebuie să existe.

O altă întrebare care se conturează este cea legată de acceptarea cererilor de a recurge la aceste variante pentru cuplurile de lesbiene (care, tot mai frecvent, militează pentru dreptul de a se căsători, de a crește copii).

În consecință, însăși definirea conceptului de familie va suporta modificări; câtă vreme nu tatăl este donatorul, sexualitatea nu mai înseamnă procreare, iar procrearea este disociată de paternitate.

Donarea de embrioni reprezintă o altă formă de reproducere asistată la care participă un terț.

Întrebarea obsesivă la care au încercat să răspundă și biserica, și justiția, și știința a fost aceea dacă embrionii sunt apți de a fi considerați ființe. Unii biologi au optat pentru răspunsul tranșant: o dată cu fecundația, începe viața. Alții au preferat să nuanțeze, susținând că viața începe o dată cu fixarea embrionului, fie cu formarea sistemului osos, fie cu atingerea unei greutate minime (500 g), fie în momentul în care fetusul începe să semene cu o ființă umană, sau când acesta începe să miște, fie în momentul în care fetusul devine viabil (în cea de-a douăzecea săptămână). Comitetul național de etică francez se situează, în avizele sale din 22 mai 1984 și 15 decembrie 1986, pe poziția „ființei umane potențiale”, câtă vreme nu se poate ști dacă embrionul va fi normal sau nu, dacă se va dezvolta sau va fi eliminat. Convenția Europeană a Drepturilor Omului se referă în art. 2 al.1 la faptul că dreptul fiecărei persoane la viață trebuie să fie protejat prin lege. Însă, într-o decizie (din 13 mai 1980), Comisia Europeană – organismul înființat, după cum am arătat, în scopul respectării aplicării convenției –, a apreciat că acest text nu se referă și la copilul nenăscut. De altfel, se precizează în continuare, textul la care ne referim este diferit de cel al art. 4 al. 3 al Convenției Americane a Drepturilor Omului, în care se vorbește despre dreptul fiecărei persoane la viață în general, începând din momentul concepției.

Și această metodă de reproducere asistată este guvernată de principiile anonimatului și gratuității. Ea este urmarea fecundației *in vitro*, din care rezultă embrioni supranumerari.

În general, embrionii se donează unui cuplu steril, deci mama legală nu este mama biologică, iar tatăl legal nu este tatăl genetic.

Condițiile impuse cuplurilor și donatorilor de către comitetele de bioetică sunt diferite. Astfel, Comitetul francez, în anul 1990, a stabilit

că donarea de embrioni reprezintă un act voluntar și gratuit, că părțile în prealabil trebuie să consimtă – în scris – în fața unei autorități judiciare, după ce au fost avertizate asupra tuturor implicațiilor medicale, legale și de ordin psihologic. Mai mult, același organism a impus ca, după toate aceste preparative, donarea efectivă să se realizeze după scurgerea unui termen de trei luni. În ceea ce privește starea fizică și de sănătate a „mamelor”, este de preferat ca donatoarea să fie deja mamă și să fie tânără, iar receptoarea să nu fi depășit perioada normală de reproducere.

Consiliul Cantoanelor din Elveția interzice orice tentativă de dezvoltare a embrionului în afara corpului matern și recurgerea la mamele purtătoare.

Acest din urmă fenomen, al recursului la o mamă purtătoare (*surrogate mother, mères porteuses*) ridică de fapt cele mai mari probleme din punct de vedere juridic.

O mamă purtătoare sau „surogat” este acea femeie care acceptă să poarte o sarcină în locul altei femei și să aibă un copil pentru aceasta (termenul folosit în jurnalistică este acela de „închiriere de uter”). Chiar dacă terminologia este una modernă, ea acoperă fapte care au o anumită vechime. Chiar *Biblia* conține povestea lui Avram și a Sarei, care au apelat la sclava Hagar pentru a obține copilul dorit. Există dovezi că în vechime femeile inapte să procreeze puteau fi repudiate de soții lor și supuse umilinței.

În prezent, sunt posibile mai multe moduri de abordare a problemei. În Statele Unite se operează distincția între așa-numita „înlocuire totală” (*full surrogacy*) și cea parțială (*partial surrogacy*). În primul caz, copilul aparține din punct de vedere genetic femeii infertile și soțului (partenerului) acesteia (concepția fiind realizată *in vitro* și ulterior mama purtătoare preluând rolul), pe când în cel de-al doilea caz, mama purtătoare este și din punct de vedere genetic mama copilului (aceasta fiind direct inseminată).

Cel mai vehement s-au exprimat opiniile grupurilor și mișcărilor care vizează drepturile femeii în legătură cu aceste posibilități deschise de medicină. De pe aceste poziții s-a spus că femeile din categoria surogatelor totale își oferă spre vânzare capacitatea reproductivă, dându-le cuplurilor care apelează la ele șansa de a obține un copil care, genetic, să le aparțină (Margaret Jane Rodin).

Femeile din cea de-a doua categorie ar fi tratate astfel numai de bărbații care doresc să-și asigure continuitatea genetică.

Atunci când convențiile sau contractele având acest obiect sunt gratuite și dezinteresate, ar putea fi considerate ca o expresie a dreptului natural al femeii de a deveni mamă, de a da viață. Din nefericire, situații absolut

dezinteresate nu sunt decât foarte rare în prezent, când factorii economici, comerciali predomină.

De altfel, în SUA, în unele dintre statele ale căror legislații permit asemenea contracte, se stipulează că nu se va oferi nici o compensație, ceea ce este interpretat însă ca un artificiu de natură să evite anumite alte taxe și etichetarea ca „vânzare de copii”. În majoritatea legislațiilor însă, asemenea contracte sunt interzise. Mai există o a treia grupă de state, în care se practică o metodă destul de bizară, în sensul că aceste tipuri de contracte nu sunt expres interzise, însă ele o dată încheiate nu-și pot produce efectele (Florida, Louisiana, New York, New Hampshire, Michigan).

Privită din perspectiva drepturilor copiilor, problema comportă de asemenea câteva precizări. Invariabil, documentele internaționale – și în special Convenția cu privire la drepturile copilului – focalizează atenția spre interesul copilului și spre acțiunile îndreptate spre atingerea acestuia. Desigur, ca instituție agreată de state în scopul sprijinirii atât a familiilor care nu pot avea propriul copil, dar și a copiilor care, din diferite motive nu au o familie (abandonati, nedoriți, orfani) este adopția. Practic, adopția are aceeași finalitate ca și *surrogate motherhood*, dar diferența constă în momentul formulării cererii de a avea copilul (anterior nașterii, prin „comandă” în cazul mamelor purtătoare și posterior acesteia în cazul adopției). Dar legislațiile care admit contractele de „închiriere a mamelor” nu pot avea alt mecanism legal prin care copilul o dată născut să treacă în familia sa decât adopția (de altfel, pentru a minimaliza complexitatea juridică a problemei, eminentul jurist Robert Badinter se referă la împrumutul uterului ca la o „adopțiune prin anticipație”). Și totuși, diferențele se mențin, mamele purtătoare fiind plătite de regulă, chiar dacă contestă aceasta (spre deosebire de mama naturală la o adopție care nu solicită plată).

Oricum, în Statele Unite, „închirierea uterului” constituie o formă de sclavie. Aproximativ 300 000 (!) de femei încheie anual contracte în acest sens, care le obligă să se abțină să consume anumite produse, să fumeze sau chiar să întrețină relații sexuale.

Dovada clară că în ciuda aparentei deschideri spre această practică există rețineri și că se dă șansa mamelor purtătoare să revină asupra deciziei de a da copilul la naștere este faptul că în unele state (Connecticut) textele proiectelor fixează un termen de gândire care poate varia, de la câteva zile, la câteva luni după naștere.

În Franța, în anul 1984, Comitetul de etică s-a pronunțat în sensul interzicerii acestei practici considerate ca „o cesiune de copii”. Mai mult,

un contract având acest obiect este nul și constituie o fraudă la legea adopției (Ch. Attias).

În România nu s-au semnalat până acum cazuri de mame purtătoare, iar legislația nu conține prevederi referitoare la asemenea contracte. Un articol recent însă (din 14 iunie 1998 în *Monitorul de Duminică*) informează că la Timișoara, la aceeași clinică unde s-a efectuat prima fertilizare *in vitro*, este pe cale să se nască primul copil român cu mamă surrogat. Comentariul accentuează aspectul umanitar al cazului, având în vedere că femeia ce a apelat la această metodă suferise o operație de extirpare a uterului (urmare a unui cancer de col), iar embrionul a fost transferat unei femei „deosebit de fertile”, care va încredința copilul imediat după naștere familiei sale. Despre implicațiile legale ale acestei metode nu se vorbește, cu atât mai mult cu cât nu există un cadru legislativ. Desigur, un asemenea cadru nu va întârzia să apară, însă rămâne de văzut direcția spre care se va orienta. În prezent, chiar și dispozițiile referitoare la adopție sunt concepute în așa fel încât nu pot fi de natură a masca într-o formă sau alta asemenea contracte (prin crearea Comitetului Român pentru Adopții, organism subordonat guvernului, înființat în scopul „supravegherii și sprijinirii acțiunilor de protecție a drepturilor copilului prin adopție și al realizării cooperării internaționale”, conform Ordonanței Guvernului nr. 25/1997).

Aspectele analizate de noi nu fac decât să atragă atenția asupra acestor practici și a modului în care unele țări încearcă să le abordeze, însă problemele sunt departe de a fi soluționate. Numărul întrebărilor asupra cărora sunt chemați să mediteze medici și mai ales juriști este impresionant.

Dacă am vrea să privim această problemă din perspectiva feministă, a mișcărilor și revendicărilor femeilor pentru dreptul la contracepție, la avort, care înseamnă, practic, dreptul de a dispune de propriul corp – fără ca acesta să fie fragmentat – vom observa că acceptarea mamelor purtătoare vine în contradicție cu aceste revendicări. „Împrumutarea” uterului, remunerarea pentru această „muncă” înseamnă negarea unicității persoanei.

Pe de altă parte, dacă abordarea are în vedere egalitatea soților în tot ceea ce privește căsătoria (ca drept fundamental prevăzut în majoritatea documentelor internaționale și inclus în legile fundamentale ale statelor), putem afirma că aceasta nu va fi pe deplin realizată vizavi de copilul rezultat în acest mod: mama purtătoare face dovada sterilității mamei, pe când fecunditatea tatălui este confirmată. Numai în cazul adopției egalitatea la care ne referim poate fi păstrată.

Un ultim aspect privește drepturile copilului sau, mai precis, modul în care „dreptul la copil” se intersectează cu acțiunile părinților și societății

în general, cu „drepturile copilului” și cu acțiunile acestora îndreptate spre realizarea cu prioritate a interesului acestuia. Este în interesul copilului să afle că mama al cărei cod genetic îl poartă l-a născut numai pentru a răspunde unei „comenzi” ?

Reproducerea medical asistată și reglementări actuale

Condiții general impuse :

- considerațiile umane justifică actul și nu cele de profit ;
- persoana feminină să aibă până la 40 de ani, să fie căsătorită și informată despre riscurile tehnologice ;
- consimțământul informat și expres să fie al ambilor soți, dat de regulă în fața unei comisii formate dintr-un medic, un psiholog și un avocat ;
- donatorul se va supune aceluiași condiții de mai sus și va rămâne necunoscut. Un donator căsătorit nu va dona spermă fără consimțământul soției ;
- se vor discuta în prealabil implicațiile psihologice ale acestor tehnologii, atât față de cuplu, cât și față de viitorul copil ;
- confidențialitatea este absolută, femeia neavând dreptul de a alege donatorul ;
- donarea va fi anonimă, benevolă și nepecuniară ;
- donarea se va face pentru maxim 4 copii și, evident, donatorul va fi sănătos (teste ale spermei pentru SIDA) ;
- reproducerea medical asistată se face numai ca act terapeutic, deci cu indicație medicală pentru infertilitate (după un an de coabitare) de diferite etiologii și în condițiile epuizării altor terapii ale infertilității ;
- este necesar a se preciza statutul viitorului copil înainte de aplicarea metodei de reproducere asistată medical după criterii cum ar fi :
- la căsătorii se aplică prezumția de paternitate, ca și în inseminările cu sperma soțului, dar care decedează înainte de 300 zile ;
- când copilul rezultă din spermă donată, dacă tatăl a consimțit, deși nu e tată genetic, el îl recunoaște în baza aceleiași prezumții și, dacă nu a consimțit, paternitatea se va stabili pe cale judiciară ;
- dreptul copilului de a fi informat asupra identității sale genetice, când, inevitabil, donatorul devine cunoscut.

În domeniul procreației asistate medical, rezoluțiile, în general, acceptă fecundarea artificială doar la femeii sub 35 ani, la cupluri stabile, și interzic fecundarea lesbienei, virginei și femeii singure, ca și

fecundarea *post-mortem* (cu sperma soțului decedat sau embrionii rezultați dintr-o fecundare). În acest sens, se pune problema dacă soția poate invoca dreptul de proprietate asupra embrionilor și cum va primi copilul viitor vestea că a fost conceput de un bărbat ce nu a existat și nu există ? ! De aceea rezoluțiile interzic mamele a afla numele donatorului, numai Suedia permițând comunicarea acestui nume copilului când va avea vârsta de 18 ani, dacă donatorul a acceptat și deși copilul nu are nici un drept succesoral. Astăzi este posibilă și donarea de ovocite sau încheierea unui contract cu o mamă de împrumut, care, după naștere, va ceda copilul părinților ce-l vor înfia. În lipsa unui contract, mama de împrumut poate refuza restituirea copilului. În acest mod, nașterea nu mai dovedește maternitatea și pentru evitarea unor probleme juridice (ca, de exemplu, când mama de împrumut nu ar respecta clauzele contractuale și ar consuma alcool sau droguri) se recomandă ca mamele de substituție să fie rude cât mai apropiate cu viitoarea mamă ce a donat ovulul. În procese consecutive unor copii născuți cu malformații prin consum de marihuana, mamele de substituție, invocând lipsa de avertizare asupra riscurilor, au fost achitate de justiție. Dar copiii născuți handicapați și asigurați au fost despăgubiți la chemarea părinților în judecată de către copii. Reproducerea medical asistată este deci un drept fundamental cât timp se asigură copilului o viață decentă. De aceea, în China, tinerii ce vor să se căsătorească trebuie să obțină un aviz genetic ce atestă că au voie a avea un copil, iar în caz de risc pentru descendență, deși se vor căsători, nu vor avea voie să facă copii. Mai mult, dacă părinții sunt deficienți, nu se vor putea căsători. Sunt aceste reglementări o cale de a evita încărcătura genetică a populației viitoare ? Tot astfel, pentru a evita predeterminarea sexului și nașterea de băieți, în India s-au desființat toate aceste centre de diagnostic.

În reproducerea medical asistată se pot deci rezuma :

- Pentru ca RMA să nu fie considerată un delict asupra familiei (un adulter) sau un fals în actele de naștere, ea va fi etică, deci numai în scop terapeutic, pentru infertilitate, și nu în scop de cercetare științifică și cu prevederea tuturor consecințelor viitoare pentru copil (de exemplu, cine va prelua un copil născut malformat, fapt ce se inserează în clauzele contractului). Tot în aceste clauze se introduce riscul de divorț, de avort, de deces al tatălui etc.

În SUA se prevăd următoarele condiții :

- tehnica se face numai la cupluri heterosexuale stabile ;
- maternitatea și paternitatea să fie stabilite conform prevederilor legale și jurisprudențiale ;

- cu păstrarea confidențialității celor implicați ;
- cu limitarea stocării de gameți și embrioni numai pentru RMA ;
- cu limitarea vieții embrionului *in vitro* la 14 zile ;
- cu prohibiția inseminărilor sau implantărilor *post-mortem* ;
- cu consimțământ obținut legal ;
- prin tehnologii necomercializate ;
- cu prohibiția selecției sexuale sau eugenice a gameților și embrionilor cu excepția bolilor ereditare ;
- și cu prohibiția formelor extreme de inginerie genetică, cum ar fi clonarea, crearea de himere, fertilizarea între specii ;
- răspundere de rezultat a medicului (el trebuie să dea garanții de rezultat).

Propunerea de a se recolta ovule de la fete și urmată de fecundare *in vitro* în caz de sindrom Turner, cancer ovarian sau menopauză nu a fost acceptată, existând riscul de a se naște copii fără mame, tot așa ca și „copiii asortați” pentru cupluri de rase diferite. O altă situație nefirească s-a realizat în Anglia, în 1996, când bunica a primit în uterul său embrionul fiicei sale fecundat *in vitro* și născând astfel propria nepoată.

Principiile elaborate de Comitetul de Experți al Comunității europene privind reproducerea medical asistată (procreația artificială) clasificată în inseminare artificială, fecundație *in vitro*, mamă de substituție :

Principiul 1. Tehnicile de procreare artificială umană pot fi utilizate în favoarea unui cuplu heterosexuel când alte metode de tratament al infertilității au eșuat, există un risc serios de a transmite copilului o gravă maladie ereditară sau o altă maladie ce poate antrena moartea ori un handicap grav și când tehnica este lipsită de riscuri semnificative de a compromite sănătatea mamei sau a copilului.

Aceste tehnici nu pot fi utilizate pentru alegerea sexului, cu excepția nevoii de a evita o maladie ereditară gravă legată de sex.

Principiul 2. Tehnica procreării artificiale se face sub răspunderea unui medic și în instituții autorizate de stat.

Principiul 4. Tehnicile menționate implică consimțământul liber și clar, în scris, al cuplului după o informare asupra implicațiilor medicale, juridice, sociale și, dacă e necesar, și genetice ce riscă a afecta interesele copilului susceptibil de a se naște.

Principiul 5. Medicul ce utilizează o astfel de tehnică va evita riscul transmiterii unei boli ereditare sau infecțioase și al oricărui pericol pentru sănătatea femeii sau a copilului susceptibil a se naște. În acest sens, el va ține un dosar complet.

Principiul 7. O persoană ce are un risc de infertilitate în viitor poate depune gameții săi pentru conservare în vederea utilizării lor personale în viitor. Dacă ea decedează între timp, gameții săi nu vor putea fi utilizați pentru procreare artificială. Procrearea artificială cu sperma soțului sau concubinului decedat nu este permisă.

Principiul 9. Donarea de ovule, spermă, embrioni nu se poate face cu vreun profit. Donarea este nediscriminatorie, donatorul având dreptul de a pretinde destinația lor. Numărul de copii de la un donator trebuie limitat după legile naționale.

În principiu, fecundarea *in vitro* se va face cu gameții cuplului, dar, în cazuri excepționale, în acest scop poate fi autorizată și donarea de gameți, ca și utilizarea de embrioni.

Transferul de embrioni din uterul unei femei în uterul alteia nu este permis.

Principiul 13. Medicul ce utilizează tehnica va păstra anonimatul donatorului, ca și secretul asupra tehnicii de procreare artificială. Numai în caz de necesitate, pentru sănătatea copilului, se pot furniza date privind caracteristicile genetice ale donatorului. În funcție de dreptul național, copilul poate avea acces la informațiile relative la modalitățile sale de concepție sau la identitatea donatorului.

Principiul 14. În caz de utilizare de spermă donată, soțul e considerat tatăl legitim și dacă a consimțit la procrearea artificială el nu poate contesta legitimitatea copilului. Dacă un cuplu nu e căsătorit, nici concubinul ce a consimțit nu se poate opune paternității, în afara cazului în care dovedește că acel copil nu e născut prin procreare artificială.

În rest, nici o legătură de filiație nu se poate stabili între donatorul de gameți și copil. Deci nici o acțiune judiciară nu se poate intenta nici contra donatorului, nici contra copilului.

Principiul 15. Între o mamă de substituție și o persoană sau cuplu nu se poate stabili nici un contract sau acord privind copilul. Mama de substituție nu poate pretinde nici un avantaj material.

Principiul 16. Producerea de embrioni în scop de cercetare nu e permisă. Utilizarea embrionilor nu se poate face decât în scop terapeutic, cu consimțământul cuplului și al donatorului de gameți.

Declarația AMM asupra fecundației *in vitro* și a transferului de embrion (Madrid 1987)

Fecundația *in vitro* și transferul de embrion constituie o tehnică medicală utilizată în toată lumea pentru tratamentul sterilității. Ea aduce beneficii atât pacienților individuali cât și societății în general, nu numai pentru tratamentul sterilității, dar și pentru posibilitatea pe care o oferă să se evite defectele genetice și să se amelioreze cercetarea fundamentală asupra reproducerii și contracepției umane.

Asociația Medicală Mondială invită medicii să acționeze conform eticii și respectând sănătatea viitoareii mame și a embrionului încă de la începutul vieții. Pentru a ajuta medicii să identifice și să respecte obligațiile lor etice, AMM a promulgat următoarea declarație.

Intervenția medicală în procesul reproducerii este justificată pe plan etic și științific în cazurile de sterilitate rezistentă la tratamente medicamentoase și chirurgicale clasice, și anume:

- a) incompatibilitate imunologică;
- b) sterilitatea provocată de obstacole ireversibile la întâlnirea gameților masculini și feminini;
- c) sterilitate de cauză necunoscută.

În toate aceste împrejurări, medicul nu poate acționa decât cu consimțământul clar al donatorilor și primitoilor și în interesul maxim al copilului ce se va naște. Medicul trebuie să dea pacienților săi, pe înțelesul lor, suficiente informații despre scopul, metoda, riscurile, inconvenientele și decepțiile legate de procedeu; el trebuie, de asemenea, să obțină de la pacienți consimțământul lor avizat în ceea ce privește procedeu. Ca pentru orice tip de intervenție facultativă, medicul trebuie întotdeauna să se conformeze legilor și reglementărilor în vigoare, ca și normelor etice și profesionale stabilite de asociația sa medicală națională sau de altă organizație medicală competentă. Pacienții au dreptul la același respect al secretului profesional și al vieții private ca și în cazul oricărui alt tratament medical.

Dacă tehnicile de FIV produc ovule excedentare care nu vor fi folosite pentru tratamentul imediat al sterilității, soarta lor trebuie hotărâtă în acord cu donatorii; ovulele excedentare pot fi:

- a) distruse;
- b) crioconservate;
- c) fecundate și crioconservate.

Cunoașterea științifică a proceselor de maturare și fecundare și a primelor stadii de dezvoltare pluricelulară este abia la începuturile ei.

De aceea se vor studia și observa fenomenele fizice și chimice în acest domeniu, respectând cu strictețe exigențele Declarației de la Helsinki a AMM și cu acordul scris al donatorilor.

Cercetarea

Tehnica fecundației *in vitro* și a transplantului de embrion poate fi utilă atât pentru cercetarea vizând o mai bună înțelegere a apariției și transmiterii defectelor genetice, cât și pentru evitarea și tratarea lor. Pot apărea, însă, atât pentru medic, cât și pentru pacient, implicații profunde morale și etice. Medicul nu-și poate viola propriile sale principii morale; el trebuie, de asemenea, să fie sensibil la principiile morale și etice ale pacienților săi și să le respecte. Medicul are datoria de a informa deplin pacienții ce vor participa la cercetare și consimțământul avizat al acestora trebuie nu numai să răspundă exigențelor legale, dar să corespundă și nivelului particular al responsabilității profesionale stabilite de normele etice. Principiile Declarației de la Helsinki a AMM se aplică oricărei cercetări clinice în materie de fecundație *in vitro* și de transplant de embrion, ca și tuturor problemelor de cercetare clinică în acest domeniu.

Asociația Medicală Mondială recomandă medicilor să se abțină de la intervenția în procesele de reproducere astfel ca să se permită alegerea sexului fătului și să acționeze astfel încât să evite transmiterea unor boli grave legate de sex.

Donatorii

Tehnica fecundației *in vitro* și a transplantului de embrion oferă posibilitatea donației de ovule, spermă și embrioni, astfel că donatorii biologici pot să nu fie părinții copilului născut prin acest procedeu. Utilizarea gameților sau embrionilor donați poate fi la originea unor importante probleme juridice, morale și etice, atât pentru părinți, cât și pentru medicii implicați. Medicul trebuie să respecte toate legile în vigoare, ca și restricțiile etice impuse de asociația medicală națională sau de altă organizație medicală competentă. Medicul trebuie, de asemenea, să cunoască și să respecte principiile morale și etice ale pacienților săi și să se abțină de la folosirea gameților sau embrionilor donați, intrând în conflict cu restricțiile legale sau etice sau cu principiile morale ale pacienților săi.

Medicul trebuie să poată refuza să se asocieze la o intervenție pe care o consideră inacceptabilă față de conștiința sa.

Tehnica de crioconservare sporește disponibilitatea gameților și embrionilor în vederea donării. Când aceasta este permisă, dacă unul sau mai mulți donatori de gameți sau donatori de embrion nu-și asumă

funcția de părinți ai copilului ce se va naște, medicul trebuie să se asigure că receptorii acceptă întreaga responsabilitate a copilului ce se va naște, fără să se prejudicieze drepturile acestuia după naștere.

În cazul în care o femeie adultă nu are uter, recursul la maternitate prin substituire este posibil dacă această metodă nu este interzisă de legile în vigoare sau de regulile etice emise de asociația medicală națională sau de altă organizație medicală competentă. Consimțământul liber și avizat trebuie să fie obținut de la toate părțile implicate în orice fel pentru această maternitate de substituire; această metodă are implicații legale, etice și morale de care medicul trebuie să țină cont, ca parte integrantă a deciziei la care s-a recurs.

Paragraful precedent nu are ca scop de a sprijini principiul mamelor purtătoare, prin care o femeie acceptă, prin mijlocirea unei anumite sume de bani, să fie inseminată cu sperma unui bărbat a cărui soție nu poate avea copii și să predea apoi copilul acestui bărbat și soției sale prin adopțiune legală.

Orice act comercial prin care ovule, spermă sau embrioni fac obiectul unei cumpărări sau al unei vânzări este în mod expres condamnat de Asociația Medicală Mondială.

Utilizarea tehnicilor de procreare artificială pentru creare de indivizi umani identici prin clonare este interzisă, ca și implantarea embrionilor umani în uterul altei specii sau invers. Este interzisă și fuziunea de gameți umani cu gameții altei specii.

Aspecte din legea franceză din 1994 privind filiația în caz de procreație medical asistată

În caz de procreație medical asistată cu un text donator, nici o legătură de filiație nu poate fi stabilită între donator și copilul rezultat din această procreație. Nici o acțiune în responsabilitate nu poate fi exercitată împotriva donatorului.

Soții sau concubinii ce recurg la acest procedeu de procreare trebuie să-și dea consimțământul, în condiții de secret, în fața judecătorului sau notarului, care îi va informa asupra consecințelor actului lor privind filiația. Consimțământul dat interzice orice acțiune în contestarea filiației sau în reclamarea ei. Consimțământul este privat de efecte în caz de deces, de divorț etc., sau dacă una din părți a revocat în scris această procedură de procreare. Cel care, după ce a consimțit la procreare, nu recunoaște filiația, angajează răspunderea sa față de mamă și copil.

Procreația medical asistată se întinde de la concepția *in vitro*, la transferul de embrioni și inseminația artificială, ca și la orice alte

tehnică cu efect echivalent de a permite procrearea în afara procesului natural. Membrii cuplului vor fi vii, căsătoriți, la vârsta procreării și în măsură a proba o viață comună de minimum doi ani. Embrionii *in vitro* nu pot fi concepuți decât în scop de asistență medicală. Conservarea embrionilor pentru același cuplu nu va depăși cinci ani, iar în favoarea altui cuplu nu se poate face decât în mod excepțional prin decizie judiciară, în condiții de anonimat și fără plată. Embrionii umani nu pot fi concepuți și utilizați în scop comercial sau industrial. La fel, experimentele pe embrioni sunt interzise și pot fi acceptate în mod excepțional, cu finalitate medicală, doar cu consimțământul cuplului. În caz de terț donator de gameți, soții sau concubinii își vor da consimțământul în fața judecătorului ori a notarului. De la un donator nu se pot naște mai mult de cinci copii.

O altă lege din 1994 se referă la tratamentul datelor nominative având ca scop cercetarea în domeniul sănătății (relativ la informatică, fișiere și la libertăți).

Filiație și reproducere medical asistată (Posibile soluții de lege ferenda)

Reproducerea medical asistată (RMA sau concepția asistată) are ca principiu general nevoia ca donarea de gameți sau închirierea de organe să nu intre în conflict cu interesele cuplului și ale copilului. Decretat ca principiu fundamental de către Consiliul Europei, după care nici o relație filială nu se poate stabili între donator sau mama de substituție și copil, acest principiu a fost încălcat și se poate complica în condițiile tehnologiilor actuale de injectare a spermatozoizilor direct în ovul când, după realizarea singamiei și alinierea cromozomilor din cei doi pronuclei (la 24 de ore), are loc transferul oului în trompă, Alice Kirkman fiind primul copil născut în 1988 prin acest procedeu. Între nevoia de înființare a unor consilii privind tehnologiile reproductive cu rol de autorizare și riscul ca cei ce au astfel de tehnologii să ia în custodie copiii născuți și implicați în litigii de cuplu, se simte nevoia unor legiferări *de lege ferenda*. În acest demers, experiența de drept comparat devine deosebit de utilă statelor ce încă nu au experiență practică judiciară în domeniu.

Faptul că un copil poate avea 3 mame (una genetică, alta gestațională și alta de îngrijire) și trei tați (unul genetic, altul social și altul de creștere) a creat necesitatea redefinirii maternității, care nu mai rezidă în actul de naștere, și a paternității, care poate fi în prealabil cu precizie

cunoscută. Ca „invazie neconstituțională” în intimitatea cuplului, RMA a fost considerată o violare a naturii, dar ea s-a impus ca un fapt socio-juridic cu aptitudinea de a suplea dorința de avea copii a cuplurilor sterile. Regulile paternității pentru copii, născuți în afara căsătoriei (*born out of wedlock*) au fost complicate excesiv prin RMA, astfel încât statele mai avansate din lume au stabilit reguli legale sau jurisprudențiale utile legislației noastre viitoare.

În SUA se consideră că mamele surogat au aceleași drepturi asupra copilului ca și cele două donatoare, dar un contract prealabil devine obligatoriu în acest sens. Plecând de la un nou principiu al lui *mater est quam gestatio demonstrant*, unele jurisdicții americane au definit termenul de mamă ca fiind femeia care a fost însărcinată și a născut și care devine astfel mama copilului. În cazul Patricia Dickey din Maryland, necăsătorită și nulipară, ce a fost de acord a fi inseminată artificial și a dona apoi copilul cuplului Delaware, sau în cazul lui Elisabeth Kane, care a născut copilul, dar părinții au renunțat apoi la drepturile lor, s-a admis paternitatea surogat (*surrogate parenting*) prin adopția copilului ce a devenit un *baby selling*, ori de câte ori acesta este născut din ovule și spermatozoizi cunoscuți, cum s-a statuat în Kentucky. În același timp, Curtea din Michigan a sesizat mercantilismul privind creația relațiilor părinte-copil și impactul său asupra unității familiei care constituie baza societății umane. În ceea ce privește RMA prin transfer, astfel, după ce doi soți au depus în bancă 7 embrioni în acest scop, au decedat într-un accident de avion. Dar soțul avea deja un copil dintr-o căsătorie anterioară și atunci s-a pus problema cine sunt moștenitorii acestor embrioni. În alte situații, unii tehnicieni au transferat embrionii unor femei sterile, fără acordul lor sau al altor persoane, și femeile în cauză au reclamat paternitatea lor genetică. De asemenea, în situația în care o țară depopulată ar importa embrioni congelați, ca de exemplu din țările subdezvoltate, și când minoritatea ar prolifera masiv în detrimentul majorității, apar probleme ce creează angoase opiniei publice și instanțelor judiciare.

În Anglia, Statutul copilului este prima problemă în atenția legiferărilor. În acest sens, statutul copilului ilegitim tinde a fi abolit în favoarea dreptului la ereditatea parentală. În situația în care tatăl concubin este donator, el nu poate fi considerat soț, ci doar donator.

În Suedia, anonimul donatorului nu este obligatoriu.

În Olanda, donatorul poate fi tată dacă soțul nu a consimțit la fecundare artificială. În acest caz, copilul are dreptul la acțiune în cercetarea paternității.

În cazul reglementărilor olandeze prevalează cele în favoarea ideii „tradiționale de familie”. Astfel, în situații de mamă surogat, când ovulul mamei este fecundat cu sperma soțului *in vitro*, mamă este cea biologică, considerându-se că un contract bazat pe consimțământ dă dreptul părinților de a-și controla destinul, deoarece dreptul trebuie întotdeauna engramat într-o matrice de valori. Opoziția la mama surogat se va baza pe faptul că această situație frizează rasismul prin selecția caracterelor, chiar dacă mama surogat schimbă hormoni cu fătul.

În Australia, se exclude mama surogat (*motherhood surrogate*) de la maternitate chiar prin prevederile Comitetului național de infertilitate din 1984 ce autoriza fertilizarea *in vitro*. În spitalele autorizate în acest scop, donarea de gameți nu se plătește, iar identificarea donatorilor se ține într-un registru național. Se plătesc doar cheltuielile tehnice.

În Canada, donatorii de spermatozoizi sau ovule nu pot stabili nici o relație legală cu viitorul copil și deci nu au dreptul de a fi părinți și nici nu au datorii, obligații față de copil. Ereditatea copilului aparține părinților legal recunoscuți. Dacă prin donare se transmite o boală ereditară sau virusul HIV, răspunderea aparține tehnicianului ce a efectuat RMA.

În Franța, Comitetul Național de Bioetică susține reglementările civile după care contractele se pot face doar cu lucruri ce pot fi subiect de drept comercial. Cu ființe, contractele nu pot avea decât scop filantropic, corpul fiind un *res extracommercium*. Aici scopul RMA este acceptat ca o cale de remediere a infertilității, când copilul are interes de a se dezvolta într-o familie biparentală și când autonomia individului este recunoscută, dar, pentru interese legitime, nu poate fi absolută. Față de cele de mai sus, mama ce naște este mamă din punct de vedere legal, dar mama surogat poate refuza maternitatea, iar mama ce donează ovulul poate adopta copilul. Tatăl ce a consimțit la RMA nu poate tăgădui paternitatea.

În Cehoslovacia, în 1982 s-a născut primul copil prin RMA și s-a pus problema derogării de la capacitatea de a avea drepturi și obligații stabilită prin naștere (*infans conceptus projam nato habetur quotiens de ejus jure quaeritur*). Inseminția artificială poate fi făcută azi din rațiuni de sănătate, cum ar fi infertilitatea soților, riscul unor boli ereditare, numai la femei sub 35 de ani, iar donatorul de gameți nu va avea peste 40 de ani. Dreptul de a alege donatorul nu revine părinților, ci medicului. În absența unor prevederi legislative, în baza dreptului pozitiv, un tribunal va asigura respectarea drepturilor în acest spirit, pentru a evita *analogiam legis* sau

analogiam juris. Maternitatea surogat nu este admisă decât din motive altruiste și cu precizarea prealabilă a statutului copilului. În același context se prevede că crioconservarea embrionilor pentru implantare este interzisă pentru o perioadă de peste 5 ani.

Filiația față de tată atestă că ea nu poate fi negată dacă copilul s-a născut între 180 și 300 de zile după efectuarea fertilizării artificiale cu consimțământul soților. Prin acest consimțământ soțul devine tată. Deci el nu poate nega paternitatea copilului, pentru că acesta s-a născut pe altă cale decât *per viam naturale*. Dacă acesta s-a născut la peste 300 de zile de la moartea soțului, acesta nu mai poate fi prezumat a fi tată. Deci donarea de gameți este juridic irelevantă, donatorii neavând nici un drept și nici o relație nu se poate stabili între ei și copii (*nulum est privilegium ac onus donatoris ex fertilisationae artificiali oriens*), aceasta cu atât mai mult cu cât donatorii rămân anonimi.

Filiația față de mamă este discutabilă, deoarece asistăm la o disociere între *mater genatrix* și *mater gestatrix*, ceea ce face ca principiul *mater semper certa est* să nu mai fie valabil. După principiul *partus non ovum facit maternitatem*, mama ce naște și a purtat copilul este mamă, iar restul (a fi mamă ceea ce a dat ovulul) constituie o excepție. În acest caz, mama *genatrix* poate cere adopția copilului. În același sens, Codul bulgar al familiei, din 1985, decretează ca mamă pe mama *gestatrix* atunci când ovulul provine de la o altă femeie.

Asemenea soluții se înscriu pe linia Declarației drepturilor și libertăților fundamentale ale omului elaborate de Consiliul Europei, care protejează viața încă înainte de naștere, viața și drepturile familiei, și care protejează de asemenea sarcina și drepturile copilului.

În concluzie, *de lege ferenda*, RMA trebuie admisă în scopul combaterii sterilităților definitive și în scopul de a evita transmiterea unor afecțiuni genetice, după reguli precis stipulate, cum ar fi consimțământul ambilor părinți, cu garantarea maximă a intereselor viitorului copil ce se va naște, cu păstrarea confidenței donatorilor și cu interzicerea comercializării ovulelor crioconservate sau fecundate și crioconservate și cu interzicerea utilizării embrionilor donați în RMA.

Homosexualitatea și transsexualismul

Homosexualitatea ca „inversare a instinctului sexual” (Ganier & Delamare Dictionnaire), deși nu este un fenomen nou, este foarte controversată. Istoria omenirii a consemnat reacții diverse cu privire la homosexualitate, în funcție de epocă, moravuri, de cultura popoarelor. Homosexualitatea era respinsă de vechii egipteni și evrei, dar era practică și acceptată la Roma și în Grecia. A fost condamnată vehement în scrierile religioase, au fost prevăzute sancțiuni aspre – culminând cu pedeapsa capitală – în Evul Mediu, pentru ca apoi lumea să manifeste toleranță. Nu au întârziat să apară mișcările homosexualilor (inițial în Germania, în 1897), care clamau libertatea și egalitatea în drepturi a lor, ca minoritate, cu majoritatea heterosexuale. Anii '60 au reprezentat perioada de vârf a acestei lupte, desfășurată, practic, în paralel cu mișcarea feministă.

Nu există o definiție a homosexualității, după cum nu s-a convenit asupra unei definiții a minorităților, în general. Calificările au oscilat între boală și comportament deviant, sfârșind prin a fi acceptată ideea existenței homosexualității ca minoritate sexuală. S-a arătat prin aceasta că se urmărește respectul dreptului la identitate al persoanei, astfel încât aceasta să-și poată manifesta personalitatea, să se poată exterioriza ca fiind diferită față de ceilalți. Acest drept se intersectează totodată cu dreptul la respectul vieții private, dar și cu libertatea de exprimare.

Există, desigur, legislații care interzic relațiile sexuale între persoane de același sex (Irlanda, Cipru), însă cele mai multe stabilesc reguli precise referitoare în principal la vârsta începând cu care asemenea relații sunt permise (15 ani în Suedia, 16 în Elveția, 18 în Franța etc.).

În România, sodomia era pedepsită cu moartea pe vremea lui Vasile Lupu. Legile penale adoptate stabileau pedepse severe. De pildă, Codul penal din 1937, republicat în M.O. nr. 48/27 februarie 1948, în art. 420, la capitolul „Infracțiuni contra pudoarei”, referindu-se la săvârșirea unui act de „inversiune sexuală asupra unei persoane” ca la un delict, îl pedepsea cu închisoare corecțională de la 2 la 5 ani. Aceeași pedeapsă era prevăzută și pentru acela care săvârșea asemenea act asupra unei persoane minore, chiar cu consimțământul ei.

Articolul 431 al Codului penal din 1937, modificat prin decretul 272, publicat în M.O. nr. 233/7 octombrie 1948, se referea la „acte de inversiune sexuală între bărbați sau femei” pe care le pedepsea cu închisoare corecțională de la 3 la 10 ani.

Codul penal din 1968, în art. 200, incriminează „relațiile sexuale între persoane de același sex”, pedeapsa fiind închisoarea de la 1 la 5 ani.

Agravantele prevăzute în alineatele următoare sunt mai aspru sancționate : fapta săvârșită asupra unui minor sau a unei persoane în imposibilitate de a se apăra ori de a-și exprima voința, ori prin constrângere, cu închisoare de la 2 la 7 ani, iar dacă fapta avea ca urmare vătămarea gravă a integrității corporale sau a sănătății, închisoare între 3 și 10 ani. Moartea victimei era pedepsită cu închisoare de la 7 la 15 ani.

După 1989, asistăm la modificarea textului amintit (a se vedea M.O. nr. 289/14 noiembrie 1996), în sensul că relațiile sexuale între persoane de același sex se pedepsesc dac ă „au produs scandal public” cu închisoare de la 1 la 5 ani. Săvârșirea faptei asupra unui minor este pedepsită cu închisoare de la 2 la 7 ani, iar cea săvârșită asupra unei persoane în imposibilitate de a se apăra, de a-și exprima voința ori prin constrângere, cu închisoare de la 3 la 10 ani și interzicerea unor drepturi. Dacă faptele astfel săvârșite au ca urmare vătămarea integrității corporale, a sănătății, pedeapsa închisoarea este de la 5 la 15 ani și interzicerea unor drepturi, iar dacă au dus la sinuciderea victimei, de la 15 la 25 ani și interzicerea unor drepturi. În fine, ultimul alineat al acestui articol pedepsește cu închisoare de la 1 la 5 ani îndemnarea, ademenirea unei persoane în vederea practicării de relații homosexuale și propaganda ori asocierea sau orice act de prozelitism în acest scop.

Aceste prevederi nu sunt însă în concordanță cu actele Consiliului Europei. Recomandarea acestui organ nr. 924, din 1 octombrie 1981, asupra discriminării homosexualilor recomandă Comitetului Miniștrilor să solicite statelor în care încă sunt pedepsite relațiile între adulți (consimțite) să abolească acele legi, să stabilească aceeași vârstă minimă ce trebuie avută în vedere pentru exprimarea consimțământului, să asigure drepturi egale la muncă etc. Esențială pentru studiul nostru este recomandarea adresată statelor de a cere încetarea oricărei cercetări sau acțiuni medicale destinate să schimbe orientarea sexuală a unui adult.

În Declarația Consiliului Europei nr. 227/1993 privind „drepturile homosexualilor în noile democrații” se precizează în mod expres că una dintre condițiile pe care aspiranții la calitatea de membri ai Consiliului Europei trebuie să le îndeplinească este respectarea drepturilor minorităților și, în special, „restabilirea drepturilor homosexualilor”.

În ceea ce privește poziția Comisiei Europene a drepturilor omului, aceasta s-a pronunțat, într-o decizie împotriva Marii Britanii (dec. 7215/1975), în sensul că distincțiile între dispozițiile legale referitoare la comportamentul homosexual masculin, pe de o parte, și cel feminin, pe de altă parte și în viața civilă și militară nu constituie discriminări.

Decizia se referă la faptul că, în mediul militar, în numele protecției moralei, reglementarea comportamentului homosexualilor trebuie să fie mai strictă. De asemenea, dacă inițial relațiile de acest tip în sistemul penitenciar au fost interzise, favorizarea îmbolnăvirilor de SIDA sau alte boli grave a condus la acceptarea luării unor măsuri de protecție – cu ajutorul medicilor de la locurile de detenție.

În 1977, într-o altă decizie, Comisia Europeană a Drepturilor Omului a declarat admisibilă plângerea unei persoane homosexuale întemeiată pe articolul 10 al Convenției Europene a Drepturilor Omului, privind libertatea de expresie, luând în considerare motivația petentului, care a pretins că în urma încarcerării a suferit o ingerință în dreptul său de liberă exprimare.

Transsexualismul este definit de medicina legală. Persoana transsexualului, în viziunea Curții Europene a Drepturilor Omului (decizia din 17 octombrie 1986) este aceea care fizic aparține unui sex, dar psihic are sentimentul de apartenență la celălalt. Această persoană încearcă, printr-o intervenție chirurgicală, să-și adapteze caracterele fizice manifestărilor psihice.

Problemele pe care le ridică transsexualismul sunt numeroase și extrem de complicate. În primul rând, orice individ dobândește de la naștere un anumit statut personal, cu ajutorul căruia se identifică în societate, statut ce cuprinde starea, capacitatea și relațiile de familie. Înregistrarea actelor de stare civilă se face în conformitate cu caracteristicile individului la naștere. Prin urmare, evenimentele cele mai importante ale vieții (nașterea – cu înscrierea sexului –, căsătoria, moartea) sunt consemnate în actele de stare civilă. Cum se va opera însă transformarea morfologică din punct de vedere al dreptului? Cum se va opera schimbarea numelui, mai precis a prenumelui, care în unele legislații nu este posibilă?

Și totuși, decizia Comisiei Europene a Drepturilor Omului, în cazul (devenit celebru) *Rees vs. Marea Britanie* (nr. 10622/1983), a reținut că refuzul guvernului britanic de a rectifica actul de stare civilă constituie o „lipsă de respect al vieții private” în sensul articolului 8 (1) al Convenției Europene.

În aceeași cauză, Curtea Europeană a Drepturilor Omului (la 17 octombrie 1986) a arătat că articolul 8 nu vizează neapărat „ingerință din partea statului în viața privată a individului, ci și o obligație pozitivă de a respecta efectiv viața privată, ținând cont de orice marjă de apreciere care îi este recunoscută”. Prin urmare, legislațiile statelor trebuie să se orienteze pe linia unui echilibru între interesul general și cel particular, individual.

O a doua problemă privește faptul că o asemenea intervenție chirurgicală nu se poate face în afara instituțiilor sanitare și a acțiunii unui medic specializat. Care sunt regulile profesiei medicale care permit asemenea operație și care vor fi orientările rămâne de văzut. Este recomandat anonimul, este suficient consimțământul persoanei direct interesate, cât timp cercurile identitare – familiale, școlare, sociale etc. – sunt atât de apropiate? Cum se poate naște o persoană, cu o nouă identitate, decât prin declararea morții aceleiași persoane (!) de sex diferit?

În fine, la întrebarea privind încheierea căsătoriei de către transsexuali, Comisia Europeană a Drepturilor Omului a decis că articolul 12 al Convenției Europene vizează căsătoria tradițională între persoane de sex opus și, de vreme ce procrearea nu este o condiție esențială a căsătoriei, orice persoană care arată ca având un anumit sex trebuie acceptată ca atare.

Transplanturile de țesuturi, organe și reglementarea lor legală

Corpul omenesc este sacru, intangibil, trebuie respectat, atât în timpul vieții, cât și după moarte și nu poate face obiectul nici unui comerț. Acestea sunt câteva dintre ideile ce se desprind din textele tuturor documentelor referitoare la drepturile omului, adoptate fie în cadru general, fie regional. Sunt, desigur, vizate demnitatea ființei umane, libertatea sa fizică, respectul vieții private, interzicerea torturii, a tratamentelor crude, inumane și numeroase alte aspecte.

Pe de altă parte însă, cercetarea medicală, succesele înregistrate în domeniul în care omul părea strivit de un destin necruțător au condus la o schimbare fundamentală a opticii, la formarea unui nou tip de solidaritate umană. Nu este vorba însă despre deschiderea posibilității guvernelor de a acționa împotriva persoanelor în sensul încălcării drepturilor și libertăților lor, ci despre măsuri concertate de sprijinire a oamenilor dedicați oamenilor.

Amploarea pe care au luat-o grefele a reclamat donarea de organe (rinichii, inima, corneea fiind cele mai frecvente), dializele au reclamat donarea de sânge și acestea sunt doar câteva exemple.

Tocmai pentru a evita orice fel de atingeri ale drepturilor omului, practicile medicale de acest gen au fost canalizate, prin intermediul diferitelor organisme (comitete de bioetică, comisii investite cu respectarea drepturilor omului etc.), în direcția adoptării de norme care – datorită aculturației juridice – tind spre o uniformizare (deși numărul întrebărilor la care nu s-a răspuns este încă mare). În primul rând, este vorba despre stabilirea principiilor generale în conformitate cu care donarea de organe trebuie realizată (și, în general, folosirea elementelor și produselor corpului uman), dintre care amintim: principiul respectării demnității ființei umane, al interzicerii oricăror atingeri aduse acesteia, principiul anonimatului donatorilor, al gratuității etc.

Dintre documentele internaționale adoptate în cadrul regional european, sub auspiciile Consiliului Europei, trebuie amintite Rezoluția 78 (29) adoptată de Comitetul de miniștri la 11 mai 1978, asupra armonizării

legislațiilor statelor membre cu privire la prelevarea, grefarea și transplantul de substanțe de origine umană, precum și Recomandarea R (79) 5 a Consiliului Miniștrilor privind transportul și schimbul internațional de substanțe de origine umană, adoptată la 14 martie 1979.

Tot Consiliul Europei a propus o clasificare a organelor în organe regenerabile (lapte, sânge, păr, piele etc.) și neregenerabile (pe care le-am amintit). Cu privire la prima categorie, situația este oarecum mai simplă, sub aspectul procurării lor, însă nu totdeauna acestea sunt donate, existând cazuri în care se face un adevărat comerț (cu excepția donării sângelui, care în majoritatea statelor este gratuită). Organele din a doua categorie, pe lângă faptul că se pot preleva extrem de greu, o dată găsite se pot dovedi a fi incompatibile cu necesitățile primitorului.

Așa cum am arătat, nici corpul omenesc în întregul său și nici părți ale acestuia nu trebuie să facă obiectul unui comerț, dar, din nefericire, acesta coexistă cu sistemele create de unele state. Danemarca, India, America de Sud sunt exemple.

O altă situație care scapă de multe ori de sub control este aceea a cumpărării de organe de către țările ale căror legi nu permit deloc grefele de organe, cum ar fi Japonia, și care „migrează” în căutarea de donatori plătiți.

Pe de altă parte, cum se poate lupta cu persoanele care decid că este dreptul lor de a-și înstrăina o parte a corpului numai în scopul obținerii unor surse de subzistență (sunt cunoscute și în România astfel de cazuri) de care în altă modalitate nu ar putea beneficia niciodată?

În ceea ce privește practica unor state, vom evoca modelul Franței privind prelevarea de organe de la persoane vii și de la persoane decedate.

Cu privire la prelevarea de organe de la persoane vii, legea franceză impune protecția donatorului – care trebuie să acționeze dezinteresat și să consimtă expres (existând numeroase garanții procedurale în acest sens). În al doilea rând, scopul donației trebuie să vizeze un interes terapeutic direct al primitorului – care poate fi un părinte al donatorului, un copil, frate sau, în cazuri extreme, soțul. Consimțământul donatorului trebuie să fie expres, după cum am menționat, și să fie exprimat după avertizarea acestuia asupra tuturor implicațiilor. Consimțământul poate fi retras oricând (conform dispozițiilor Codului Sănătății Publice).

Prelevarea de organe de la persoane decedate nu mai poate, desigur, impune consimțământul expres al donatorului, ci acesta este prezumat (dacă persoana decedată nu a refuzat această idee în timpul vieții) sau poate fi dovedit, în caz de îndoială, de către membrii familiei. O revoluție

în domeniu a constituit-o propunerea cercetătorului francez Caillaulet, potrivit căreia orice individ trebuie considerat un donator potențial dacă în timpul vieții nu s-a opus expres prelevării de organe *post-mortem* (propunere care viza victimele accidentelor de circulație). Scopul acestui act nu mai este acela direct terapeutic, ci unul științific. Pentru a asigura celeritatea acestui act, Codul la care ne-am referit recomandă efectuarea lui numai în centre medicale specializate.

În ceea ce privește constatarea morții, nu există o stipulație expresă, însă se precizează că medicii care sunt însărcinați cu aceasta și cei care vor opera efectiv transplantul trebuie să facă parte din unități spitalicești diferite (Jacques Robert, C. Chabault, *Notion de personnes et mort, ou le statut juridique du cadavre*).

În Italia, evoluția legislativă asupra prelevării de organe de la persoane decedate a fost îndelungată, începând încă din 1957 (printr-o lege, nr. 235, din 3 aprilie 1957) și ajungând până la legea 644 din decembrie 1975. Dispozițiile acesteia sunt explicite cu privire la constatarea morții, care este de competența unei comisii formate dintr-un medic de la direcția sanitară, un expert în cardiologie și unul în encefalografie. Aceeași lege conține dispoziții referitoare la înființarea centrului regional și a celui național și la atribuțiile pe care le au acestea, precum și dispoziții privind exportul și importul de organe (Aldo Gattai).

Articolul 11 al Proiectului Convenției de Bioetică al Consiliului Europei, redactat în 1994, prevede clar ceea ce am subliniat anterior: „corpul omenesc și părțile sale nu trebuie să reprezinte surse de profit”. Însă cum se va putea ajunge la realizarea unui echilibru între interesele bolnavilor a căror viață depinde de organele semenilor lor și ale donatorilor ale căror greutăți economice le dictează să nu fie generoși și dezinteresați este greu de spus.

În România, un sondaj de opinie realizat în acest an de Centrul de Sociologie Urbană și Regională la cererea Fundației pentru Dezvoltarea Societății Civile, în scopul analizării comportamentului asociativ și filantropic al populației, pune în lumină un aspect interesant pentru studiul nostru: 63,6% dintre români sunt dispuși să doneze organe persoanelor bolnave și numai 15,8% ar acorda sprijin persoanelor aflate în dificultate (bătrâni, handicapați etc.) – vezi cotidianul *Curentul* din 25 august 1998.

În problema transplantelor de organe, deși există legiferări de o mare acuratețe, viitorul se îndreaptă spre xenogrefe, adică spre grefe de la animale modificate genetic. Situația transplantelor în România a fost

reglementată de Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătății populației, care proclamă în art. 2 obligația statului de a asigura întregii populații apărarea și întărirea sănătății prin unitățile sanitare de stat (art. 5) ce asigură accesul neîngrădit la asistență medicală.

În art. 129 legea interzicea recoltarea de sânge de la minori și persoane fără discernământ, iar art. 131 reglementa transplanturile de țesuturi și organe umane numai în scop terapeutic și în următoarele condiții legale : prelevarea și transplantarea nu pot face obiectul vreunei tranzacții ; prelevarea de la persoane în viață se face numai dacă nu există un pericol pentru viața donatorului, cu consimțământul său scris dat în fața medicului-șef și a doi martori, după informarea privind eventualele riscuri de ordin medical ce rezultă din actul prelevării. Donatorul putea reveni asupra consimțământului. Era interzisă prelevarea de la minori și persoane fără discernământ, iar prelevarea de la decedați se putea face numai dacă moartea biologică era confirmată, cu consimțământul unui membru al familiei în ordinea : soț, părinte, copil, frate sau soră. Criteriile morții se stabileau prin ordinul Ministerului Sănătății. Se interzicea prelevarea dacă persoana s-a opus din timpul vieții sau dacă s-ar compromite o autopsie medico-legală. Transplantarea se făcea numai dacă era singura în măsură să asigure salvarea sănătății și, de asemeni, numai cu consimțământul scris dat în fața medicului șef și a doi martori. Dacă primitorul nu putea consimți, acest consimțământ era dat de un membru al familiei în ordinea stabilită.

În stări de necesitate, transplantul se putea face și fără consimțământ prin decizia medicului-șef și a doi martori. Prelevarea și transplantarea se făcea numai în unități medicale stabilite de Ministerul Sănătății, iar confirmarea morții în vederea prelevării de organe se făcea de către o comisie formată din doi medici și un medic legist, concluziile consemnându-se și într-un proces verbal.

Legea interzicea publicitatea în favoarea donării unor astfel de elemente în profitul unei persoane determinate sau al unui organism determinat, ceea ce nu constituie o interdicție la informarea publicului în favoarea donărilor de organe, elemente și produse ale corpului uman.

Nici o plată, indiferent de formă, nu este admisă la prelevare, dar, în caz de eșec, se pot rambursa cheltuielile pentru prelevare. Donatorul nu poate cunoaște identitatea receptorului și nici invers și nici o informație nu poate fi divulgată în acest sens. Prelevările în scop terapeutic sunt supuse regulilor de securitate sanitară și nu se admit derogări de la

principiul anonimatului decât în caz de necesitate terapeutică. Măduva osoasă este considerată organ.

Prelevarea de la persoane vii nu se poate face decât în interesul terapeutic direct al receptorului. Receptorul trebuie să aibă calitatea de tată sau mamă, fiu sau fiică, frate sau soră cu donatorul, cu excepția prelevării de măduvă osoasă. În caz de urgență, donatorul poate fi și soțul sau soția. În prealabil informat, el trebuie să-și dea consimțământul în fața unui magistrat, iar în caz de urgență, în fața unui procuror, putând să-l revoce în orice moment. Autorizarea de efectuare a prelevării se dă de către un comitet de experți când este vorba de minori. Comitetul va fi format dintr-un pediatru, un medic și o persoană ce nu aparține medicinei.

De la decedați prelevările se fac după constatarea morții, dacă persoana nu și-a manifestat refuzul din timpul vieții. Dacă medicul nu cunoaște voința defunctului, el va primi mărturia de la familie. Nici o prelevare în scop științific, altul decât cercetarea cauzelor de deces, nu se poate face fără consimțământul familiei exprimat direct sau prin familie. Medicii ce constată decesul și cei ce fac prelevările vor face parte din unități distincte. După prelevare se va asigura restaurarea decentă a corpului. Transplanturile se fac în unități autorizate și sunt în afara remunerărilor.

Prelevările de țesuturi sau celule de la o persoană în viață nu se fac decât în scop terapeutic sau științific. Legea Caillavet a permis astfel diminuarea refuzului de origine familială în donarea de organe, dar nu a reușit să regleze problema, încă actuală, a lipsei de donatori.

Rezoluția 29/1970 a Comitetului de miniștri privind transplanturile umane

Aspecte din legea franceză din 1994 privind donarea și utilizarea de elemente sau produse ale corpului uman

Donatorul și reprezentantul său legal, când este vorba de incapabili juridic, trebuie informați adecvat înainte de orice prelevare asupra consecințelor posibile ale prelevării sub aspect medical, social sau psihologic, ca și asupra interesului pe care prelevarea îl prezintă pentru primitor.

Anonimatul donatorului și receptorului trebuie respectat cu excepția cazului în care între ei sunt relații familiale și personale strânse.

Prelevarea nu poate avea loc fără consimțământul donatorului care trebuie să fie liber. În caz de prelevări ce prezintă riscuri

sau de prelevări de țesuturi neregenerabile, consimțământul trebuie exprimat în scris.

Transplantarea de țesuturi neregenerabile trebuie limitată la transplanturile dintre persoane genetic apropiate.

De la cei incapabili juridic prelevările vor fi de excepție, atunci când sunt necesare din rațiuni terapeutice sau diagnostice, cu consimțământul reprezentanților legali și dacă subiectul nu se opune. Prelevarea de țesuturi neregenerabile de la ei este interzisă, ca și prelevările ce prezintă riscuri grave, previzibile, pentru viață sau sănătate.

Înainte de prelevare și transplantare se vor evalua și reduce riscurile pentru sănătate și viață atât la donator, cât și la receptor.

Prelevările se vor face în instituții publice sau private autorizate și de către personal calificat.

Cedarea de țesuturi este gratuită. Donatorul, independent de punerea în joc a unei răspunderi medicale, trebuie să obțină o indemnizație în caz de vătămare consecutivă prelevării printr-un sistem de asigurare socială.

Prelevările de la persoane decedate sunt interzise dacă persoana s-a opus din viață sau există prezumția că s-ar fi opus din motive religioase ori filosofice.

Prelevarea se poate face dacă alte funcții organice, în afară de creierul ce este mort, sunt menținute în viață în mod artificial.

Prelevarea nu va crea riscuri pentru un examen medico-legal sau o autopsie prevăzută de lege.

Prelevările și transplanturile se vor face în instituții publice sau private autorizate și de către personal calificat. Moartea va fi constatată de către un medic ce nu aparține echipei ce va proceda la prelevare sau la transplantare.

Identitatea donatorului nu va fi revelată primitorului și nici cea a receptorului familiei donatorului.

Cedarea de organe după moarte se va face numai onorific.

Prin fenomenul de aculturație etică și juridică, Codul de deontologie medicală, în art. 112-113, prevede că prelevarea de țesuturi și organe *ex vivo* nu se poate efectua decât după obținerea consimțământului luminat al persoanei, iar prelevarea *post-mortem* trebuie să respecte regulile de constatare a morții și acordul aparținătorilor dacă nu există nici o indicație lăsată de cel decedat și numai pentru fragmente de țesuturi și organe aprobate pentru prelevare.

Legea privind prelevarea și transplantul de țesuturi și organe umane din 1997, publicată în *Monitorul Oficial* din 1998, 13 ianuarie, include 5 capitole, expuse în continuare.

Capitolul I

Dispoziții generale

Art. 1. – (1) Prelevarea și transplantul de țesuturi și organe umane se fac în scop terapeutic, în condițiile prezentei legi.

(2) Prin *prelevare* se înțelege recoltarea de țesuturi și/sau organe umane sănătoase, morfologic și funcțional, în vederea realizării unui transplant.

(3) Prin *transplant de țesuturi și/sau organe umane* se înțelege acea activitate medicală complexă care, în scop terapeutic, înlocuiește țesuturi și/sau organe umane compromise, morfologic și funcțional, din corpul unui subiect uman cu alte structuri similare, dovedite ca fiind sănătoase.

(4) În înțelesul prezentei legi, prin *donator* se înțelege subiectul în viață sau subiectul în stare de moarte cerebrală, compatibil genetic cu potențialul primitor, care, în scop terapeutic, donează țesuturi și/sau organe umane.

(5) Prin *primitor* se înțelege subiectul care beneficiază de realizarea unui transplant.

Art. 2. – (1) Prelevarea și transplantul de țesuturi și organe umane nu pot face obiectul vreunei tranzacții.

(2) Donarea în timpul vieții sau consimțământul scris pentru prelevarea de țesuturi și organe, după moarte, dat de donator sau de membrii familiei ori de rude prevăzute de lege, după moartea acestuia, reprezintă un act profund umanitar, care poate permite salvarea vieții unui om.

(3) Prelevarea și transplantul de țesuturi și organe ca urmare a exercitării unei constrângeri de natură fizică sau morală asupra unei persoane fizice sunt interzise.

Art. 3. – (1) Necesitatea efectuării prelevării și a transplantului de țesuturi și organe umane, coordonarea și supravegherea acestor activități medicale revin Comisiei de transplant de țesuturi și organe umane, care funcționează în cadrul Ministerului Sănătății, precum și centrelor regionale de transplant.

(2) Componența, organizarea, funcționarea și atribuțiile acestei comisii, precum și ale centrelor regionale de transplant se stabilesc prin regulament, avizat de Colegiul Medicilor din România și aprobat de ministrul sănătății.

Art. 4. – (1) Se interzice divulgarea oricărei informații care ar permite primitorului identificarea celui care a donat un țesut sau un organ. De la această dispoziție se poate deroga numai în caz de necesitate terapeutică.

(2) Se interzice publicitatea în favoarea donării de țesuturi și organe în folosul unei persoane sau al unei instituții spitalicești determinate.

Capitolul II

Prelevarea de țesuturi și organe umane

Art. 5. – (1) Prelevarea de țesuturi și organe umane în scop terapeutic se poate efectua de la persoane majore în viață, cu capacitate mintală deplină, numai dacă nu există un pericol pentru viața donatorului și cu consimțământul scris, liber, prealabil și expres al acestuia, conform modelului cuprins în anexa nr. 1.

(2) Controlul prealabil, clinic și de laborator, al donatorului este obligatoriu.

(3) Consimțământul se dă numai după ce donatorul a fost informat de medic asupra eventualelor riscuri și consecințe pe plan fizic, psihic, familial și profesional, rezultate din faptul prelevării.

(4) Donatorul poate reveni înainte de prelevare asupra consimțământului dat.

Art. 6. – Se interzice prelevarea de organe și țesuturi umane de la potențiali donatori minori, precum și de la persoanele lipsite de discernământ, aflate în viață.

Art. 7. – (1) Prelevarea de măduvă osoasă poate fi efectuată și de la un minor, numai în beneficiul fratelui sau al surorii sale.

(2) Prelevarea de măduvă osoasă de la minori se poate face numai cu consimțământul fiecăruia dintre titularii autorității părintești sau al reprezentantului legal al minorului. Consimțământul se exprimă în fața președintelui tribunalului județean sau al municipiului București, după caz, în a cărui rază de activitate domiciliază minorul, ori în fața unui magistrat, după efectuarea obligatorie a unei anchete de către autoritatea tutelară competentă.

(3) Refuzul minorului împiedică orice prelevare.

Art. 8. – (1) Prelevarea de țesuturi și organe umane de la persoanele decedate se efectuează numai dacă moartea cerebrală a fost confirmată medical.

(2) Prelevarea se face în acest caz cu consimțământul scris al membrilor majori ai familiei sau al rudelor, în următoarea ordine: soț, părinte, copil, frate ori soră. În absența acestora, consimțământul va fi luat de la persoana autorizată în mod legal să îl reprezinte pe defunct, în ambele situații procedându-se conform modelului cuprins în anexa nr. 2.

(3) Dacă persoana posesoare a cărții de donator, decedată, a exprimat, în scris, în timpul vieții, dorința de a dona organe și/sau țesuturi, potrivit modelului cuprins în anexa nr. 4, nu este necesar consimțământul cerut la alin. (2).

(4) Dacă donatorul decedat este minor, prelevarea de organe și/sau țesuturi se poate face numai cu consimțământul scris al părinților sau al reprezentantului legal, potrivit modelului cuprins în anexa nr. 3.

Art 9. – (1) Elementele și criteriile pe baza cărora se face confirmarea medicală a morții cerebrale, precum și datele pe care trebuie să le conțină actul constatator sunt prevăzute în anexa nr. 5.

(2) Medicii care constată moartea cerebrală, pe de o parte, și cei care efectuează prelevarea sau transplantul de organe, pe de altă parte, trebuie să facă parte din unități funcționale sau servicii sanitare distincte.

(3) Comisia de transplant de țesuturi și organe umane din Ministerul Sănătății trebuie să fie informată despre orice prelevare și transplant de organe, în condițiile legii.

(4) Medicii care au procedat la prelevarea de organe sau țesuturi de la o persoană decedată sunt obligați să asigure restaurarea decentă a acesteia.

Art. 10. – (1) Prelevarea de țesuturi și organe umane se poate efectua numai dacă s-a manifestat consimțământul în scris de a se face asemenea activități, precum și dacă prin actul prelevării nu se compromite o autopsie medico-legală solicitată, în condițiile legii.

(2) Introducerea sau scoaterea din țară de țesuturi, organe și alte elemente sau produse ale corpului uman se poate face numai pe baza autorizației speciale emise de Comisia de transplant de țesuturi și organe umane din cadrul Ministerului Sănătății, pentru fiecare situație, fără a prejudicia stocurile din rezerva națională.

(3) Donatorul viu nu poate ceda organe unice sau vitale.

(4) Prelevarea de organe unice se poate face numai de la cadavre.

Capitolul III

Transplantul de țesuturi și organe umane

Art. 11. – (1) Transplantul de țesuturi și organe umane se efectuează numai în scop terapeutic și cu consimțământul scris al primitorului, dat în prezența medicului-șef al secției în care este operat și a doi martori, conform modelului cuprins în anexa nr. 6.

(2) În cazul în care primitorul este în imposibilitatea de a-și da consimțământul, acesta poate fi dat în scris, în următoarea ordine: de către unul dintre membrii familiei, de o altă rudă sau de reprezentantul legal al acestuia.

(3) Pentru minori sau persoanele lipsite de discernământ, consimțământul va fi dat de părinți sau, după caz, de reprezentantul legal al acestora, conform modelului cuprins în anexa nr. 7.

(4) Consimțământul poate fi dat numai după ce medicul a informat primatorul sau, după caz, persoanele prevăzute la alin. (2) și (3) asupra eventualelor riscuri de ordin medical rezultate din transplant.

Art. 12. – Transplantul de țesuturi și organe umane se poate face fără consimțământul prevăzut la art. 11, dacă, datorită unor împrejurări obiective, legătura cu familia ori cu reprezentanții legali ai primatorului aflat în imposibilitatea de a-și da consimțământul, nu se poate lua în timp util, iar întârzierea ar conduce inevitabil la moartea acestuia, fapt consemnat de medicul-șef de secție și de doi martori, conform modelului cuprins în anexa nr. 8.

Capitolul IV

Sanctiuni

Art. 13. – Nerespectarea prevederilor prezentei legi atrage răspunderea disciplinară, materială, civilă, contravențională sau penală, după caz.

Art. 14. – Prelevarea sau transplantul de țesuturi și/sau organe umane fără consimțământul dat, în condițiile prezentei legi, constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 2 ani la 5 ani.

Art. 15. – Fapta persoanei care a dispus sau a efectuat prelevarea atunci când prin aceasta se compromite o autopsie medico-legală, solicitată în condițiile legii, constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 1 an la 3 ani.

Art. 16. – (1) Constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 1 an la 3 ani fapta persoanei de a dona țesuturi și/sau organe umane în scopul obținerii unor foloase.

(2) Determinarea cu rea-credință sau constrângerea unei persoane să doneze țesuturi și/sau organe umane, indiferent sub ce formă, constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 1 an la 3 ani.

Art. 17. – Organizarea și/sau efectuarea prelevării și/sau transplantului de țesuturi și/sau organe umane, în scopul obținerii vreunui profit, din vânzarea țesuturilor și/sau organelor umane, constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 3 ani la 7 ani.

Art. 18. – Încălcarea dispozițiilor art. 10 alin. (2) constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 3 ani la 6 ani.

Capitolul V

Dispoziții tranzitorii și finale

Art. 19. – (1) Prelevarea și transplantul de țesuturi și organe umane se efectuează de medici de specialitate și numai în spitalele autorizate de Ministerul Sănătății și care sunt centre regionale de transplant.

(2) Condițiile de autorizare a spitalelor prevăzute la alin. (1) sunt avizate de Colegiul Medicilor din România și se stabilesc prin regulamentul de autorizare a prelevării și a transplantului de țesuturi și organe umane, aprobat prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 20. – Donarea voluntară în timpul vieții sau consimțământul scris pentru prelevarea de organe și țesuturi după moartea cerebrală, în scopul transplantului, act profund umanitar, dă dreptul celui în cauză la înregistrarea și primirea Cărții de donator, conform modelelor cuprinse în anexele nr. 4 și 9.

Art. 21. – Costul investigațiilor, spitalizării, operațiilor, medicamentelor, materialelor sanitare și de întreținere, precum și al îngrijirilor postoperatorii se suportă de către spitalul în care sunt internați donatorii și primitorii de țesuturi și organe umane, de către asigurările de sănătate și de către persoana în cauză, după caz, în condițiile legii.

Art. 22. – Activitatea de prelevare și transplant de țesuturi și organe umane se poate face și în cadrul rețelelor medicale proprii ale altor ministere, în condițiile legii.

Art. 23. – Anexele nr. 1-9 fac parte integrantă din prezenta lege.

Art. 24. – (1) Prezenta lege intră în vigoare la 60 de zile de la data publicării ei în *Monitorul Oficial* al României.

(2) Pe aceeași dată, dispozițiile art. 129-137 din cadrul secțiunii 2, intitulată „Terapia cu sânge și derivate din sânge. Prelevarea și transplantarea de țesuturi și organe umane”, a capitolului V din Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătății populației, precum și orice alte dispoziții contrare se abrogă.

Legea include și nouă anexe privind declarația donatorului, a reprezentantului său, a părinților sau reprezentanților legali, a comisiei de transplanturi și țesuturi umane, precum și criteriile de diagnostic pentru moartea cerebrală (anexa V). Celelalte patru anexe includ declarația șefului de secție de primire a organelor (sau declarația părinților în acest sens), declarația de selectare a cazului pentru transplant precum și declarația de înscriere ca donator voluntar *post-mortem* de țesuturi și organe. Dintre acestea, criteriile morții cerebrale sunt de reținut ca fiind de natură clinică (comă profundă, flască, areactivă, cu absența reflexelor de trunchi cerebral) și de natură instrumentală (absența ventilației spontane la testul de apnee și lipsa electrogenezei corticale în două EEG efectuate la 6 ore interval). Declarația obligă la consemnarea clară a cauzei ce a determinat moartea cerebrală, la excluderea altor cauze ce ar putea produce un tablou asemănător morții cerebrale (hipotermie, medicamente depresoare ale

sistemului nervos central, hipotensiune arterială sub 55 mm Hg) și stipulează obligativitatea stabilirii diagnosticului de moarte cerebrală de către doi anesteziști reanimatori diferiți prin două examinări repetate la interval de 6 ore.

V. Beliş relevă câteva lacune ale legii, și anume :

- lipsa de legalitate a decesului în condițiile în care cordul încă funcționează, mai ales dacă el este necesar pentru transplant. Deci și încetarea cordului trebuie să facă parte din organele vitale ce definesc moartea ;
- nevoia de a se consemna în scris încetarea acestor funcții vitale ca definind moartea individului, moartea cerebrală exclusivă nefiind suficientă pentru recoltarea de organe, iar declarația donatorului trebuind să ateste acordul cu criteriile morții cerebrale. Deci actul de deces ce se semnează înaintea prelevării de organe nu se poate întocmi în cazul în care cordul își continuă activitatea ;
- necesitatea de a se preciza în lege interdicția de recoltare dacă persoana s-a opus prelevării încât din timpul vieții ;
- nevoia de a se aviza decesul de către o comisie medico-legală, cu care ocazie se va stabili că prelevarea nu compromite o autopsie medico-legală.

În ceea ce privește transplantele de la donatori vii, se are în vedere utilizarea lor între rude apropiate, după ce donatorul a fost informat asupra riscurilor și și le-a asumat liber, în scris. Iată cum medicina, în loc de a mai fi paternalistă, devine un partener al subiectului și bolnavului.

În același sens, Organizația Mondială a Sănătății a hotărât în cursul celei de-a 40 adunări în plen – plecând de la recunoașterea transplantului ca o procedură medicală de calitate și îngrijorată de eventualele abuzuri medicale și juridice pe care această procedură le poate genera în cadrul populațiilor expuse (sărace) – să elaboreze o suită de linii directoare cu titlul de recomandări etice și juridice (*Draft Guiding Principles on Human Organ Transplantation*) care să fie urmate de toate țările membre ale organizației în momentul elaborării unei legislații moderne privind transplantul. Recomandările sunt publicate în EB87.R22 (*Human Organ Transplantation*) – rezoluția WHA44.25.

Principiul 1

Organele pot fi recoltate din corpul donatorului decedat în scop de transplant dacă :

- a fost obținut consimțământul de recoltare ;
- nu există motive pentru a crede că decedatul s-a opus în timpul vieții la efectuarea recoltării.

Principiul 2

Medicii implicați în tratamentul și managementul donorului nu pot fi implicați în mod direct în declararea morții, recoltarea de țesuturi și organe și utilizarea acestora în mod direct, fiind implicați și în tratamentul primitivului.

Principiul 3

Se recomandă a fi recoltate organe de la donor decedat. Adulții pot dona organe, dar se recomandă ca această donare să fie făcută la rude și în mod expres se cere ca donarea să fie făcută liber de orice influență sau presiune. Donarea de la donor viu trebuie făcută doar în condițiile în care donorul este perfect informat.

Principiul 4

Nu se poate recolta nici un fel de organ de la un incompetent sau minor cu excepția țesuturilor regenerabile.

Principiul 5

Corpul uman sau orice parte a sa nu poate face obiectul nici unei tranzacții comerciale.

Principiul 6

Trebuie oprită orice încercare de publicitate privind obținerea sau utilizarea de organe plecând de la premise comerciale. Se cere interzicerea expresă prin lege a angajării medicilor în orice fel de comercializare a organelor sau în utilizarea unor organe obținute în urma unor tranzacții.

Principiul 7

Se interzice oricărui individ sau instituție implicată în transplant să solicite sau să primească foloase materiale care depășesc cheltuieli justificabile pentru serviciile asigurate.

Principiul 8

În lumina principiilor unei distribuții juste și etice, organele donate trebuie să fie accesibile celor de pe listele de așteptare pe baza unor nevoi medicale și nu pe considerente financiare sau politice.

În multe țări ale lumii se consacră două categorii de donatori, în moarte cerebrală și în moarte cardiacă. În ceea ce privește consimțământul la donare, acesta îl poate oferi familia (care în unele legislații poate fi sacrificat, în caz de necesitate la donator), consimțământul poate fi prezumat în alte legislații (dacă subiectul nu s-a opus din timpul vieții) sau este inclus într-o Carte de donator. De la donare sunt excluși homosexualii, prostituatele și bolnavii. Peste tot religia consideră că se justifică prelungirea vieții unei persoane în condițiile în care nu o curmăm pe a altuia.

Reacții bioetice și legale privind mutilările corporale

P.I.A., în vârstă de 20 ani, studentă dintr-o țară străină (Africa), a fost găsită decedată în camera sa din căminul în care locuia singură. Nu se cunoștea decât faptul că în urmă cu 10 zile a solicitat un consult medical care a „stabilit” diagnosticul de hipertensiune arterială de cauză neurogenă ? ! Examenul necropsic la inspecția externă a cadavrului relevă edeme la membrele inferioare, abdomenul ușor mărit de volum, iar la examenul genital o simfiză aproape totală a labiilor mici prin care se vizualiza un orificiu himeneal (vaginal) de dimensiunile meatului urinar și cu absența clitorisului la partea superioară a suturii labiilor mici. La examenul intern al cadavrului, s-a constatat un creier intens hemoragic cu focare hemoragice de la dimensiunea unui bob de cafea până la dimensiunea unei nuci verzi, localizate cu precădere în nucleii de la baza creierului, cu inundare hemoragică secundară în ventriculii laterali, ficat hemoragic cu focare mari cât o prună, uter mărit de volum, ce adăpostea un făt de sex masculin de 5 luni. S-a stabilit diagnosticul necrotic de eclampsie neglijată consecutivă unei sarcini după raport sexual antepostas.

Cazul ne prilejuiește punerea în discuție a circumciziei feminine practicate în unele state africane și în câteva state arabe și musulmane. Forma de circumcizie cea mai frecvent practică este așa numita *sunnach* ce constă în ablația clitorisului și labiilor mici. În forma faraonică se extirpă și labiile mari cu închiderea vulvei și păstrarea doar a unor orificii pentru drenarea menstrelor și urinei. În unele țări, circumcizia se practică la vârsta de 7 ani, iar în altele la 7-40 zile de la naștere.

Fiziopatologic, se pretinde că circumcizia ar scădea atracția masculină, ar favoriza grația feminină și protecția moralității și castității prin diminuarea vieții instinctual-sexuale și că ar fi chiar o barieră pentru o eventuală toxicomanie. Importanța conferită virginității și integrității himeneale face circumcizia atât de practică în țările menționate.

Circumcizia feminină este grefată însă și de riscuri fiziopatologice, așa cum ar fi șocul traumatic imediat, hemoragia și infecția secundară, leziunile cheloide, aderențele și sterilitatea tardivă și, evident, complicațiile psihice și sexuale ca depresia și psihoza reactivă, masturbația și complicațiile masculine sau ale cuplului, așa cum ar fi ejacularea prematură, divorțul și poligamia.

De menționat că unele metode de circumcizie, cum ar fi metoda tribului Kiknyu de dezangajare a clitorisului și împingere a sa spre vagin

în scopul exacerbării erotismului sexual, se practică și în unele orașe din occidentul Europei. Astfel, prin metoda sus-menționată, aproape 3500 copii anual sunt circumciși în spitalele americane.

Semnificația circumciziei nu a scăpat organismelor juridice și bioetice internaționale, cât timp operația exprimă un act de tortură și abuz, în speță, o expresie a puterii bărbatului în cadrul acestui abuz. În acest sens, problema circumciziei se află pe agenda ONU, OMS și UNICEF încă din 1958, precum și în atenția Comitetului Interafrican. Astfel, în 1979 OMS a organizat la Kartoum un seminar internațional privind astfel de practici internaționale ce afectează sănătatea femeii, iar Comitetul Regional pentru Africa al OMS propune strategii concrete pentru reducerea circumciziilor tradiționale prin medicalizarea lor. Convenția drepturilor copilului propune măsuri legislative ca și al III-lea Simpozion privind circumcizia de la Londra din 1992 ori din 1994 de la Maryland. Printre altele, și Asociația Sudaneză de Luptă contra practicilor tradiționale propune protejarea castității prin educație și nu prin circumcizie (între altele, în *Epistola către romani*, Sf. Pavel vorbește de circumcizia inimii în locul celei fizice). Academia pediatrică din SUA, ca și Simpozionul de la Washington din 1994, organizat de Comitetul privind Responsabilitatea Medicinii, emit declarații pentru părinți care, în domeniu, nu pot consimți pentru copiii lor lipsiți de consimțământ.

Medicina legală și psihiatria legală au aptitudinea de a investiga asemenea abuzuri la cei în viață sau decedați. ONU elaborează în acest sens un manual de investigare și prevenire a unor astfel de practici extra-legale, oferind astfel un pertinent exemplu despre rolul științei în apărarea drepturilor omului.

Declarația AMM privind condamnarea mutilării genitale feminine (Budapesta, 1993)

Preambul

Mutilarea genitală feminină (MGF) afectează peste 80 de milioane de femei și fete în lume. Ea este practică de un număr mare de grupuri etnice din mai mult de 30 de țări.

În celelalte țări, problema se pune momentan prin prezența grupurilor etnice originare din țările în care MGF este o practică obișnuită: imigranții, populațiile refugiate din cauza foametei și războiului.

Datorită impactului asupra sănătății fizice și mentale a femeilor și fetelor, MGF constituie un motiv de preocupare pentru medic. Peste tot în lume medicii sunt confrunțați cu efectele acestei practici tradiționale. S-a ajuns în unele țări să li se ceară să execute chiar ei această operație mutilantă.

Există mai multe forme de MGF. Aceasta poate fi o circumcizie primară, efectuată asupra tinerelor fete, de regulă între 5 și 12 ani, sau o circumcizie secundară, ca cea efectuată de exemplu după o naștere. Importanța circumciziei primare poate varia de la excizia prepuțului clitoridian, la o circumcizie sau infibulare faraonică, ce constă în ablația clitorisului și a micilor labii și în sutura labiilor mari, lăsându-se o singură deschidere minimă pentru a permite scurgerea urinei și a sângelui menstrual. După importanța circumciziei practicate, MGF duce la afectarea sănătății femeii sau a tinerelor fete. Ea aduce un prejudiciu permanent pentru sănătate. Printre complicațiile grave figurează: hemoragiile, infecțiile, sângerarea organelor adiacente și durerile violente. Mai târziu apar cicatrice oribile, infecții cronice, complicații de ordin obstetrical și urologic, precum și probleme sociale și psihice. O multitudine de complicații apar în timpul sarcinii (dificultăți de expulzie, formare de fistule, hernii, incontinență). Chiar după o operație benignă ca excizia clitorisului, este posibil să se excludă apariția unor complicații ori sechele de ordin funcțional.

S-au încercat diferite explicații pentru existența și continuarea acestei practici: cutume și tradiție (păstrarea virginității tinerelor fete și limitarea sexualității femeilor), religie, cauze sociale. Dar aceste motivații nu compensează importantele prejudicii aduse sănătății.

Nici o mare religie nu face, de o manieră explicită, referire la circumcizia feminină și (sau) nu susține această practică. Pentru opinia publică, MGF prejudiciază sănătatea fizică și mentală a femeii și a tinerei fete. Mai mult, ea reprezintă o formă de opresiune a femeii. Există o tendință generală de condamnare a MGF:

- Campanii contra MGF se duc în Africa. Femei africane ocupând funcții de răspundere sau șefi de stat au făcut declarații vehemente împotriva acestei practici.
- Instanțe internaționale precum OMS, Comisia Drepturilor Omului a Națiunilor Unite și UNICEF au recomandat măsuri specifice vizând eradicarea MGF.
- Mai multe țări au publicat legi asupra acestui subiect sau au introdus MGF în codul lor de criminalitate.

Concluzii

Asociația Medicală Mondială condamnă practica mutilării genitale feminine, inclusiv practica circumciziei la femei și la tinerele fete și, de asemenea, condamnă participarea medicilor la executarea acestor practici.

Recomandări

1. Ținând cont de drepturile psihologice și de „identitatea culturală” a persoanelor vizate, medicii trebuie să instruiască bărbații, femeile și copiii cu privire la MGF, trebuind să împiedice practicarea și promovarea ei. Promovarea sanitară și prevenirea MGF vor fi integrate în exercitarea profesiei lor.
2. În consecință, medicii trebuie să fie suficient de avizați și susținuți. Programele educative în materie de MGF trebuie extinse și (sau) dezvoltate.
3. Asociațiile medicale trebuie să stimuleze conștiința publică și profesională privind prejudiciile MGF.
4. Asociațiile medicale trebuie să stimuleze acțiunile guvernamentale de prevenire a practicii MGF.
5. Asociațiile medicale trebuie să contribuie la organizarea unei strategii preventive și legale adecvate atunci când un copil riscă să fie supus MGF.

Forme moderne de tortură ?

După cum am văzut, principiul intangibilității corpului omenesc se opune cercetării biomedicale realizate fără consimțământul persoanei.

Articolele 7 din Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice și 3 din Convenția Europeană a drepturilor omului constituie punctul de plecare pentru această temă. Astfel, art. 7 al PIDCP stipulează – după ce interzice tortura sau aplicarea de pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante – că „este interzis ca o persoană să fie supusă, fără consimțământul său, unei experiențe medicale sau științifice”.

Art. 3 al CEDO nu conține această din urmă precizare, dar, de asemenea, interzice tortura și celelalte tratamente și pedepse inumane sau degradante.

Documentul internațional adoptat ulterior cu referire directă la aceste aspecte este Convenția împotriva torturii și a altor tratamente ori pedepse crude, inumane sau degradante, adoptată de Adunarea Generală a ONU la 10 decembrie 1984 (și intrată în vigoare la 26 iunie 1987). Tortura este definită aici (art.1) ca fiind orice act „prin care se provoacă unei persoane, cu intenție, o durere sau suferință puternică, fizică sau psihică, în scopul de a obține de la aceasta sau de la o terță persoană informații sau mărturisiri, sau de a o pedepsi pentru un act pe care aceasta sau o terță persoană l-a comis ori este bănuită că l-a comis, de a o intimida sau de a face presiuni asupra ei, ori de a o intimida ori a face presiuni asupra unei terțe persoane, sau pentru oricare alt motiv bazat pe o formă de discriminare, oricare ar fi ea, atunci când o asemenea durere sau astfel de suferințe sunt aplicate de către un agent al autorității publice sau de orice altă persoană care acționează cu titlu oficial, sau la instigarea ori cu consimțământul expres sau tacit al unei asemenea persoane”.

Comisia și Curtea Europeană, în practica lor, au definit tortura ca un „tratament inuman având drept scop obținerea unor informații ori a unor mărturisiri sau aplicarea unei pedepse”. Tratamentele sau pedepsele inumane în viziunea acestor organisme sunt „tratamente de natură să provoace în mod voluntar grave suferințe mentale ori fizice și care, în speță, nu se pot justifica”, iar tratamentele sau pedepsele degradante sunt „tratamente care umilesc în mod grav individul în fața altora sau care îl determină să acționeze împotriva voinței sau a conștiinței sale” (v. Donna Gomien).

În același timp însă, articolul 7 al pactului amintit se referă expres la necesitatea existenței consimțământului persoanei în cazul efectuării de cercetări medicale sau științifice. Legat de acest aspect, Comisia Europeană a apreciat într-o decizie din 1983 (2 martie 1983, împotriva Danemarcei) că în lipsa consimțământului, un tratament medical experimental poate fi calificat în unele condiții drept tortură sau tratament inuman sau degradant. Este de aceea absolut necesar ca toate actele anterioare unei asemenea operațiuni – și anume exprimarea liberă și anterioară a consimțământului, comunicarea de către medic a metodologiei, a duratei, a riscurilor la care se expune persoana respectivă – să fie privite ca garanții ale acestui drept individual.

Forme de tortură pot fi considerate – potrivit acestor definiții ale Comisiei Europene – și cele ținând de practicile tradiționale existente în anumite sisteme de drept referitoare la mutilările genitale ale femeilor (FGM) sau obligarea tinerelor fete sau femei să se prostitueze (exemplele cele mai tragice fiind cele cu care se confruntă această categorie

a populației în Nepal – de unde în traficul cu carne vie sunt trimise spre India, în special Bombay, anual, în jur de 100000 de tinere).

De asemenea, trebuie să amintim în acest cadru și forme de „umanizare” a torturii în spațiile penitenciare, locul comun pentru gardieni, polițiști, anchetatori, dar și medici. Cum pot fi calificate metodele „discrete” practicate în scopul obținerii de informații, care, practic, analizează din punct de vedere medical capacitatea de rezistență a organismului uman, dar îndeplinesc și condiția de a nu lăsa urme evidente: șederea prelungită în picioare, interzicerea somnului, înfometarea, însetarea, zgomotul continuu, folosirea substanțelor psihotropice, izolarea prelungită etc.

Paradigme și dileme bioetice și legale în psihiatrie

Szasz releva că paradoxurile psihiatriei rezidă în faptul că „cine diferă de noi nu este considerat normal și că în orice bolnav psihic trebuie să vedem un bolnav periculos comportamental”. Dacă la astfel de curente antipsihiatrice mai adăugăm faptul că, astăzi, criza medicinei este, în realitate, o criză a subiectivității bolnavului redus, deseori, până la o fișă medicală, că, din relație, actul medical a devenit prescripție, că în loc de a îngriji bolnavi, tratăm boli și avem impresia caducității raportului clasic dintre „o încredere și o conștiință”, subiectivăm convingerea că psihiatria, în condiții normale și patologice, ca știință a psihicului uman, și psihiatrii ca „medici ai spiritului” ar trebui să dețină supremația rezilierii unor astfel de conflicte și crize.

Bioetică și asistență psihiatrică

Consimțământul bolnavului constituie fenomenul cel mai pregnant al respectului drepturilor omului, căci, în orice circumstanțe, dar mai ales în psihiatrie, înainte de a se încrede în medic, bolnavul dorește să fie informat și să decidă. De aceea, OMS consideră că hotărârea bolnavului și a medicului are în realitate valoarea unei codecizii. În mod invers, orice internare sau tratament fără consimțământ ar fi un tratament inuman, degradant și, așa cum s-a declarat la Hawaii și în Consiliul European, ar fi echivalent cu o tortură psihică. Deci, atunci când bolnavul dispune de capacitățile sale psihice, „a fi în relație” înseamnă a fi moral și legal. Dar când bolnavul este incapabil de consimțământ ori se află într-o condiție expertală particulară (detenție, măsuri de protecție), consimțământul trebuie să fie etajat. Jaspers spunea că nerecunoașterea bolii de către bolnav generează condamnarea medicului de către bolnav, pentru că medicul „a tulburat confortul bolii și a făcut bolnavul să aibă conștiința infirmității sale”.

A fost astfel Socrate prima victimă a bolnavilor? Și tot Jaspers spunea că primul semn de vindecare devine recunoașterea bolii de către bolnav.

Dar cum înconjurăm de umanism cunoașterea obiectivă a bolii sale fără a diminua sensibilitatea bolnavului și anturajului? Răspunsul capătă proporții dramatice în situația bolnavului psihic periculos și unde se află și răspunsul bioeticii; căci, ori de câte ori spitalizarea nu se poate face cu consimțământul bolnavului, ea nu poate fi considerată liberă.

Bioetica și asistența nocivității psihice

Periculozitatea comportamentului bolnavului psihic poate fi apreciată ca o stare de necesitate ce impune obligativitatea tratamentului și eventual a vindecării. Îndeobște se spune că jumătate din periculozitate este de natură biologică și jumătate de natură mezologică, acest lucru fiind recunoscut în toate tratatele și legislațiile din lume, inclusiv în DSM IV. Deși psihiatria cunoaște criteriile acestui comportament (ex. : DSM IV), printre care violența în copilărie (engramarea violenței), antecedentele de violență, tipul de violență și absența remușcărilor, ea trebuie să procedeze de o manieră etică și legală, pentru a nu lăsa imaginea unui abuz asupra drepturilor bolnavului. Familia, organele administrative sau sanitare apreciază oportunitatea consultației printr-o cerere scrisă și semnată, apoi specialiștii apreciază oportunitatea internării printr-un certificat eliberat în termen de 24 de ore de la internare, o comisie medicală anunță familia și justiția despre diagnostic, precum și pentru verificarea legalității internării. Controlul instanței judiciare este necesar pentru evitarea internărilor forțate, consecutiv caracterului uneori subiectiv al diagnosticului psihiatric, cât și pentru judecarea de urgență a contestațiilor. Ulterior, bolnavul este examinat periodic de diferite comisii din afara spitalului sau teritoriului și care informează, de asemenea, familia și tribunalul. În toate aceste proceduri răzbate, ca un filon moral, datoria psihiatrului de a proteja un bolnav și chiar o terță persoană (așa-numita regulă Hamman din unele legislații), iar în stări de necesitate, de a decide, chiar fără consimțământul unui bolnav incapabil de consimțământ (fapt ce nu exclude consimțământul familiei, al instituțiilor sociale etc.).

Toate acestea constituie un privilegiu acordat medicului în favoarea bolnavului și a societății și o profilaxie a eventualelor incriminări privind refuzul de ajutor dat unei persoane în pericol. Bioetica distinge deci o spitalizare liberă (cu consimțământ), față de o spitalizare la cererea unor terțe persoane sau chiar o spitalizare din oficiu, la cererea unor instituții de stat, dar cu respectarea aceluiași reguli deontologice și juridice.

Bioetică și psihiatrie expertală

Oamenii de știință ce au considerat că toți criminalii sunt bolnavi psihici au introdus un concept totalitar în domeniu, concept care nu a fost util etiologiei și asanării devianței. Aceasta nu înseamnă însă că justiția nu este interesată de calitatea expertizelor privind discernământul psihic al unei persoane, o astfel de expertiză, cum spunea Foucault, fiind cea mai bună terapie a angoasei judecătorului. Dar și în aceste condiții, medicul trebuie văzut ca medic și nu ca reprezentant al justiției, deși concluziile sale aparțin justiției. De aici decurge nevoia ca paternalismul excesiv în expertiză să fie înlocuit cu evitarea oricăror suspiciuni de abuz de autoritate medicală.

În materie expertală, consimțământul bolnavului, dacă este conștient, trebuie să fie clar, deoarece, în aceste condiții, respectul pentru ființa umană, deci autonomia bolnavului, alături de independența medicului devin baza responsabilității expertului.

În cadrul specialităților de înalt risc s-ar putea include și psihiatria legală, care ar trebui să fie preocupată de calitatea științifică a actelor efectuate, ca și de profilaxia abuzurilor eventuale. Este firesc să se știe, în context legislativ, că o expertiză psihiatrico-legală explică și nu disculpă, că ea se soldează uneori cu opinii (care se argumentează), iar alteori cu adevăruri științifice (care se demonstrează prin observație, investigații etc.). Faptul trebuie corelat și cu multiplele calități cerute unui expert, și anume cele de natură tehnică (competență în vederea fiabilității concluziilor), de natură comportamentală (neutralitate și obiectivitate) și de natură caracterială (conștiința limitelor proprii).

Numai în condițiile menționate, deciziile expertale vor fi etice și mai rar prudente sau echiproabile, pentru a nu fi riscante. Totodată, expertul va face o profilaxie a eventualelor abuzuri de natură primară (va informa despre rolul și competența sa), de natură secundară (de a nu lua parte la elaborarea unor concluzii ce pot fi preluate *tale quale* în sentințe) și de natură terțiară (de a nu participa la impunerea unor sancțiuni).

Un mare risc de care expertul trebuie să fie conștient este acela de a nu participa, prin nici o cale, la o victimizare psihiatrică, și anume căutarea de către bolnav a refugiului în boală, victimizare prin greșeli de diagnostic sau prin concluzii expertale ambivalente etc.

Bioetică și cercetare psihiatrică

Multiple declarații în domeniu obligă orice cercetător să obțină consimțământul pacientului, să manifeste independență față de cei ce solicită o cercetare, să interzică divulgarea rezultatelor fără consimțământul bolnavului ori fără decizia tribunalului, să indemnizeze eventualele riscuri apărute. Efortul de minimalizare a riscurilor și de maximalizare a beneficiilor, caracterul eficace, fără a fi opresiv, al oricărei cercetări desfășurate după criterii morale și juridice, în care libertatea pacientului devine *nex*-ul responsabilității omului de știință, au fost apoi legitimate în multe țări (recenta lege Huriet din Franța) și în care, pe lângă avizul unui Comitet de etică spitalicesc, regional sau național, se cere și avizul Comitetelor de protecție a persoanei. Procesul recent din cadrul Curții de Justiție a Comunității Europene a considerat neetică și nelegală încercarea terapeutică dintr-un spital din Germania vizând stabilirea unui profil de personalitate la unii devianți numai pe baza avizului directorului spitalului.

Bioetica unor situații psihiatrice particulare

Revine psihiatriei obligația de a repromova nevoia asistenței morții, pentru ca medicina să nu mai fie acuzată că a medicalizat și, astfel, depersonalizat moartea. Revine medicinei datoria ca în stările terminale să trateze suferința pentru a evita alterarea funcțiilor psihice ale bolnavului și a ușura astfel „trecerea” demnă, dreptul său la o moarte demnă. Din acest punct de vedere, bioetica poate deveni ultima înțelepciune a unei medicine aflate în criză, a unei medicine ce riscă a deveni anatomică prin nerecunoașterea principiilor general valabile ale deontologiei medicale. În acest sens, un ghid bioetic privind moartea a apărut peste tot în lume.

În virtutea dreptului la o moarte demnă se discută, cu acuitate, problema asistenței suicidului, ca o ultimă modalitate de a evita amputarea demnității omului prin suferințele sale incurabile. Dacă bolnavul este conștient și judecata sa nu este falsă (cum ar fi într-o stare depresivă), se spune că medicul poate oferi un mijloc în acest scop (de exemplu o Rp). Se mai pretinde că, în speță, este de preferat o practică reglementată decât o practică clandestină. Dar mesajele medicinei de a lupta pentru viață și mai ales „panta glisantă” a acestui tip de intervenție, față de protecția caracterului sacru al vieții, chiar dacă nu condamnă juridic, fac ca mașina armeanului Kevorkian să fie condamnată etic, religios și de cutume.

Orice analiză epistemologică arată dificultățile unei astfel de hotărâri de „medicalizare a suicidului”, dificultăți care îl conjugă pe medic cu mari responsabilități. Caracterul ambivalent al hotărârii bolnavului, plecând de la toleranța foarte diferită la durere și care poate fi o sursă a erorilor de judecată, la care se adaugă apoi inevitabilitatea stărilor de depresie ce însoțesc orice moarte, fac, *ipso facto*, alegerea imperfectă. Se adaugă, alături, și incertitudinea diagnosticului, caracterul uneori aleator al pronosticului (caracterului iminent al morții), ca și dificultatea separării deciziei medicului de sentimentele lui, chiar acolo unde, aparent, puterea deciziei bioetice apare suverană, bolnavul având dreptul de a fi lăsat să moară în felul său.

Transsexualismul, prin fragilitatea diagnosticului, frizează boala mintală și ridică probleme de bioetică, de la liceitatea diagnosticului, până la liceitatea intervențiilor chirurgicale. Dacă disconfortul este exclusiv psihic și nu psihopatologic, dacă suntem în prezența unui transsexualism primar și nu secundar din bolile psihice, drama acestor bolnavi beneficiază de reglementările bioetice, atât timp cât s-a acordat un interval de un an pentru reflecție, consimțământul a fost clar și scris, iar pentru minori a fost exprimat de părinți.

În practica psihiatrică, ca și în alte domenii, corpul uman nu poate fi obiect de probă. Afirmăm îndeobște că medicina se bazează pe încredere, încrederea pe confidență și confidența pe secret. Or, publicizarea unei situații probate de corpul propriu devine un abuz dacă nu este prevăzută de lege sau autorizată, în mod expres, de justiție. Narco-analiza, detectarea minciunii etc. comportă un atare regim bioetic și judiciar.

Dreptul bolnavului la autodeterminare merge până la sacrificarea corpului său în favoarea libertății de a decide, față în față cu „neputința” medicului de a asista sfârșitul celor ce refuză alimentația. Exemplul celor 10 deținuți irlandezi ce au murit în aceste condiții și unde noțiunea de stare de necesitate nu a operat în vederea salvării vieții este un fapt consumat. Constituie această prevedere drama virtuții medicale, antinomia sa, de a asista cum moare un om fără a-i putea da un ajutor, cu atât mai mult cu cât, informat de riscuri, bolnavul îl refuză persuasiv? În virtutea caracterului absolut al drepturilor omului, devine legitimă lipsa de ajutor dat unei persoane în pericol? Considerăm că nu.

Declarația AMM asupra greviștilor foamei (Malta, 1991, modificată în 1992)

Preambul

1. Tratatamentul celor ce fac greva foamei pune medicul în prezența următoarelor valori conflictuale :

1.1. Orice ființă umană are obligația de a respecta caracterul sacru al vieții, mai ales medicul, care își desfășoară întreaga știință și acțiune pentru salvarea vieții umane și care servește în cel mai înalt grad interesele pacientului său.

1.2. Este datoria medicului să respecte autonomia pacientului. Astfel, înainte de a asista bolnavul cu competența sa profesională, medicul trebuie să aibă consimțământul avizat al acestuia, exceptând cazurile de urgență neprevăzută, când trebuie să acționeze astfel ca să apere interesul pacientului.

2. Situația devine conflictuală când grevistul foamei intră în comă și este pe punctul de a muri și a ordonat clar să nu se procedeze la reanimare. Or, medicul, prin obligație morală, este gata să procedeze la reanimare, în ciuda dorinței exprimate de pacient, dar se găsește angajat în a-i respecta autonomia.

2.1. Faptul de a se pronunța în favoarea unei intervenții poate în unele cazuri să încalce autonomia pacientului.

2.2. Faptul de a se pronunța în favoarea nonintervenției poate antrena medicul să facă față unei morți tragice inevitabile.

3. Există o relație medic-bolnav de fiecare dată când medicul trebuie, în virtutea obligațiilor sale față de pacient, să exercite sfaturi sau îngrijiri. Această relație există și atunci când pacientul nu și-a dat acordul privind tratamentul și intervenția. Faptul că un medic ia în grijă un grevist al foamei stabilește între ei un raport medic-pacient. Aceasta impune medicului consecințe și responsabilități printre care și consimțământul, și secretul.

4. În ultimă analiză, medicul curant este cel care, fără intervenția unei terțe persoane al cărei interes primordial nu este bunăstarea pacientului, trebuie să decidă intervenția sau nonintervenția. Totuși, el trebuie să informeze clar pacientul dacă acceptă sau refuză decizia lui de a refuza tratamentul sau în orice caz coma, alimentația artificială față de riscul de a sucomba altfel. Dacă acest medic nu poate accepta decizia pacientului de a refuza orice asistență, atunci acesta trebuie să-și caute alt medic.

Directive pentru tratamentul greviștilor foamei. Dat fiind faptul că medicii consideră principiul sacru al vieții fundamental pentru exercitarea profesiei lor, recomandăm următoarele direcții pentru medicii care au în îngrijire greviști ai foamei:

1. Definiție

Un grevist al foamei este cel care, în deplină capacitate mentală, se hotărăște să înceapă greva foamei și care refuză orice alimentație pe un timp îndelungat.

2. Linii de conduită etică

- 2.1. Medicul trebuie să aibă, în măsura posibilităților, un dosar detaliat al pacientului.
- 2.2. Medicul trebuie, încă de la începutul grevei, să-i facă pacientului un examen aprofundat al stării de sănătate.
- 2.3. Medicul și orice alt profesionist sanitar nu trebuie să exercite presiuni de nici un fel asupra grevistului pentru a-și suspenda greva. Încetarea grevei nu va constitui pentru grevist o condiție pentru a fi îngrijit și tratat.
- 2.4. Medicul trebuie să-l informeze pe grevist asupra efectelor clinice ale grevei foamei și asupra pericolelor inerente asupra sănătății sale, deoarece o bună informare poate ajuta pacientul să ia o decizie înțeleaptă. El va face apel, dacă este necesar, la serviciile unui interpret.
- 2.5. Grevistul foamei trebuie, dacă dorește, să consulte și alt medic, care să-l ia în tratament. În cazul unui deținut angajat în greva foamei, este de ajuns să consulte medicul curant al închisorii și să se înțeleagă cu el în vederea realizării opțiunii exprimate.
- 2.6. Adesea grevistul acceptă tratarea unei infecții sau să i se mărească rația de aliment lichid (chiar soluție salină i.v.). Refuzul acestor intervenții nu trebuie să-l împiedice pe medic de a-i propune alte îngrijiri. Orice tratament trebuie să fie acceptat de pacient.

3. Enunțarea clară a instrucțiunilor

Medicul trebuie să verifice zilnic dorința pacientului de a continua sau nu greva foamei. Trebuie, de asemenea, să se asigure zilnic cu privire la tratamentul dorit de pacient, în cazul când acesta ia o decizie. Aceste informații înscrise în dosarul personal al medicului trebuie să rămână confidențiale.

4. Alimentația artificială

Când un grevist al foamei și-a pierdut luciditatea și nu mai poate lua o decizie rațională sau a intrat în comă, medicul este liber să ia o

decizie privind tratamentul ulterior pe care îl consideră cel mai indicat. El va ține întotdeauna cont de decizia pe care a luat-o cu prilejul consultărilor anterioare și de prevederile paragrafului 4 din preambulul prezentei declarații.

5. Coerciția

Grevistul foamei trebuie protejat de acte de coercițiune și aceasta necesită, uneori, punerea lui la distanță de alți greviști.

6. Familia

Medicul va informa familia pacientului despre angajamentul său în legătură cu greva foamei, dacă familia nu i se opune în mod particular.

Dreptul de a naște un copil dorit și de a refuza orice i s-ar opune se confundă, sub aspect medical, cu dreptul la afecțiune și devine o problemă psihiatrică, cât timp relația mamă-copil constituie matricea ontologică a dezvoltării ulterioare. Drama copiilor nedoriți, abandonați, în orfelinat etc. ridică, pe lângă alte probleme de asistență, și probleme de asistență psihiatrică, în vederea evitării anomiei sociale ulterioare.

În sfârșit, poate psihiatria să păstreze secretul unei boli? Dacă un comportament nu prezintă riscuri de nocivitate, dreptul la discreție aparține bolnavului sau, la cererea sa, familiei. Dacă bolnavul prezintă un potențial de nocivitate, psihiatrul trebuie să avertizeze orice persoană individualizată (cazul Tarasoff), iar dacă amenințarea este de ordin general și nu privește o persoană anume, identificabilă (cazul Reagan), psihiatrul este desculpat.

Psihiatrie și management bioetic

În contextul cvadruplei disponibilități a medicului, și anume în primul rând de natură intelectuală (pentru medic competența fiind prima formă de onestitate), dar și de natură afectivă, etică și temporală, bioetica, chiar dacă nu va schimba lumea medicală și umană, o va lumina mai bine. Într-adevăr, prin efortul bioeticii de a găsi căile de permeabilizare ale medicinei la uman, actul medical își poate recăpăta caracterul său peren de act personalizat, iar bioetica poate deveni un ghid de conștiință și chiar o sursă de drept.

Sub acest aspect, bioetica este o permanentă aspirație pentru soluțiile de conștiință ale fiecărui caz în parte, fapt pentru care s-a numit „clauza de conștiință” a medicinei cotidiene. Într-adevăr, în multe situații, progresul tehnic aduce aspecte medicale și etice inedite, ce nu vor putea

apela totdeauna la „standardele de aur”, motiv pentru care conștiința va găsi soluții proprii, eventual apelând la organismele de bioetică existente în toată lumea.

Cele două Rezoluții ale Consiliului și Parlamentului Europei (nr. 818 din 1977 și nr. 83 din 1983) includ prevederi ce trebuie să stea la baza legislației noastre viitoare, și anume :

Anomaliile de comportament privind morala și legea, dificultățile de adaptare la valorile morale, sociale sau politice nu trebuie considerate și asimilate bolilor mintale. Experții vor trebui să definească criteriile alienării și pericolozității psihice, ca și consecințele sale civice și penale, plasarea unui bolnav într-un spital de psihiatrie nerestrângând aceste drepturi. Plasarea involuntară în spital nu se poate face decât dacă bolnavul are tulburări mintale și reprezintă un grav pericol pentru el și pentru alții. Decizia o va lua un organ judiciar, iar în caz de urgență o ia medicul ce va informa imediat organul judiciar. În aceste condiții de internare, bolnavul păstrează dreptul de a se adresa Justiției, de a avea un avocat. Chiar și în cazul internării involuntare, bolnavul trebuie tratat în aceleași condiții deontologice și științifice, fiind excluse tratamentele nerecunoscute științific sau riscante. Se interzic orice internări clinice fără scop terapeutic.

Necesitatea plasamentului involuntar va fi reexaminată periodic și bolnavul păstrează, în acest interval, dreptul de comunicare cu organele sanitare, judiciare sau cu familia. Încetarea plasamentului o decide medicul sau justiția.

În orice condiții de internare, dosarul medical este secret și demnitatea bolnavului trebuie respectată. Organismele de stat naționale au obligația de a dezvolta servicii de asistență deschise și de readaptare profesională pentru acești bolnavi.

Structurarea unor astfel de organisme cu reprezentanți din științele limitrofe medicinei va putea informa și recomanda, în mod adecvat, jaloane de conduită, va putea coordona, aviza și ghida planuri de cercetare și, în sfârșit, va putea raporta opiniei publice și propune legislativului, spre normare, reguli îndeobște acceptate. Domeniul bioeticii se află în plină desfășurare în medicină și în fiecare specialitate medicală în parte. Efortul său este de a sluji, pe orice cale, ideea de om, rezumată de F. Gros și F. Jacob în *Life Sciences and Society* din 1979 : „contrar a ceea ce suntem conduși a crede, nu există în biologie un punct de plecare în care ideea de om să poată fi formată. În mod contrar însă, punctul de plecare al ideii despre om obligă biologia a ține cont de el, în scopul de a-l servi”.

Decretul 313/980 reglementa asistența bolnavilor psihici periculoși, considerând periculoși bolnavii care, prin manifestările lor, pun în pericol viața, sănătatea, integritatea corporală a lor și a altora, importante valori materiale sau tulbură în mod repetat și grav condițiile de viață în familie și societate.

Acești bolnavi (art. 3) sunt supuși în mod obligatoriu tratamentului medical de specialitate în condiții de spital sau ambulatoriu (prin aplicarea măsurilor de siguranță în situații penale, conform art. 113, 114 c.p.). Instituirea tratamentului medical obligatoriu se face în scris la cererea unui membru martor al familiei sau a unui terț ori a autorității tutelare dacă bolnavul este pus sub interdicție. Cererea se adresează medicului din teritoriu, care sesizează primăria, ce va obține informațiile necesare despre bolnav, și toate datele, ca și bolnavul, sunt trimise la medicul psihiatru din policlinică. Acesta se va adresa apoi comisiei din spitalul de psihiatrie, formate din trei psihiatri, care va hotărî și, dacă se opinează pentru tratament obligatoriu, în termen de 24 de ore va anunța în scris bolnavul și pe un membru al familiei sale despre aceasta. Bolnavii spitalizați vor fi reexaminați la cel mult două luni, precum și la cererea familiei sau a oricărei alte persoane, iar încetarea tratamentului se hotărăște tot de către comisia psihiatrică desemnată de unitatea sanitară (decizie confirmată de organul sanitar administrativ) și care poate recomanda și modul de încadrare a bolnavului în activitate, încadrare ce devine obligatorie pentru unitățile socio-economice. Ministerul Sănătății și Ministerul Muncii răspund și controlează respectarea prevederilor decretului. Toate hotărârile luate de comisia psihiatrică se comunică în 24 de ore și procuraturii locale pentru a controla respectarea legalității. Împotriva hotărârii comisiei se poate face contestație ce va fi judecată de judecătoria locală cu caracter de urgență.

Judecarea se face cu audierea bolnavului, în prezența bolnavului, cu participarea obligatorie a procurorului, hotărârea judecătorei fiind supusă recursului. Încălcarea dispozițiilor legii atrage răspunderea disciplinară civilă sau penală, după caz. În caz de nevoie, instanțele judiciare pot cere și expertize medico-legale psihiatrice.

Declarația de la Hawaii

Încă de la începuturile culturii, etica a constituit un element esențial al artei de a vindeca. Asociația Mondială de Psihiatrie consideră că, din cauza existenței diferențelor de orientare a loialităților și credințelor medicilor și bolnavilor în societatea contemporană, cât și din cauza naturii delicate a relației dintre medic și bolnav, sunt necesare principii etice exigente, de o importanță deosebită, pentru toți cei care sunt implicați prin cercetările și practica lor în exercitarea psihiatriei ca specialitate medicală. Prezentele recomandări au fost elaborate cu scopul de a încuraja adevărată scrupuloasă la aceste principii și de a împiedica o greșită uzanță a conceptelor, cunoștințelor și tehnologiilor psihiatrice.

În calitate de membru al societății și practicant al medicinei, psihiatrul trebuie să țină cont atât de implicațiile etice specifice psihiatriei, cât și de regulile etice impuse fiecărui medic, ca și de responsabilitățile pe care le impune societatea fiecărui bărbat și fiecărei femei.

Deși comportamentul etic se bazează pe conștiința și pe raționamentul personal al fiecărui psihiatru, sunt necesare anumite recomandări scrise pentru clarificarea implicațiilor etice ale profesiei.

De aceea, Adunarea Generală a Asociației Mondiale de Psihiatrie a aprobat aceste recomandări privind etica, ținând cont de existența diferențelor considerabile dintre diferite regiuni ale lumii în ceea ce privește cultura și situațiile legale, sociale și economice. Asociația Mondială de Psihiatrie consideră că aceste recomandări constituie cerințe minimale privind principiile etice ale profesiei psihiatrice.

1. Scopul psihiatriei este de a trata bolile mintale și de a promova sănătatea mintală. După capacitatea sa și în acord cu cunoștințele științifice și principiile etice recunoscute, psihiatrul trebuie să servească interesele bolnavului său și să țină cont de binele tuturor și de necesitatea distribuirii echitabile a resurselor privind sănătatea. Pentru realizarea acestor obiective este necesar un efort permanent de cercetare și educare a personalului de îngrijire, a bolnavilor și a publicului.
2. Orice psihiatru trebuie să propună bolnavului cea mai bună terapie pe care o cunoaște și, dacă aceasta este acceptată, trebuie să-l trateze cu solicitudinea și respectul datorate demnității persoanei umane. Dacă psihiatrul este răspunzător de un tratament aplicat de alții, el trebuie să-și instruiască și să-și supravegheze colaboratorii într-un mod competent. Dacă este necesar, sau de fiecare dată când

- un bolnav se prezintă cu o cerință rezonabilă, psihiatrul trebuie să ceară ajutorul unui coleg.
3. Psihiatrul aspiră către o relație terapeutică bazată pe un acord reciproc. În condiții optime, această relație necesită încrederea, cooperarea și împărțirea responsabilității. În cazul anumitor bolnavi, este imposibil să se stabilească o astfel de relație. Atunci trebuie intrat în contact cu o rudă sau o altă persoană apropiată de bolnav. Atunci când o relație este stabilită în alt scop decât cel terapeutic, de exemplu în psihiatria medico-legală, natura sa trebuie să fie explicată în mod detaliat persoanei vizate.
 4. Psihiatrul trebuie să informeze bolnavul despre natura tulburărilor sale, a tehnicilor terapeutice, inclusiv despre existența eventualelor alternative și despre rezultatul previzibil. Informația trebuie furnizată cu precauții și bolnavul trebuie să aibă posibilitatea de a alege dintre metodele convenabile disponibile.
 5. Nici un demers nu trebuie angajat și nici un tratament nu trebuie efectuat contra sau fără voia bolnavului, cu excepția cazului în care, în virtutea maladiei mintale, el nu poate emite nici o judecată asupra a ceea ce poate constitui interesul său, sau dacă absența tratamentului poate avea consecințe grave asupra bolnavului sau asupra altei persoane.
 6. Imediat ce dispar circumstanțele care au impus necesitatea tratării bolnavului contra voinței sale, psihiatrul trebuie să întrerupă tratamentul aplicat împotriva voinței bolnavului și dacă urmarea unui tratament este necesară trebuie să se obțină consimțământul voluntar al bolnavului. Psihiatrul trebuie să informeze bolnavul și/sau rudele sale și pe terțele persoane interesate de existența formalităților privind internarea sa sau de orice altă plângere relativă la confortul său.
 7. Psihiatrul nu trebuie să-și întrebuițeze niciodată posibilitățile profesionale ca să atenteze la demnitatea umană sau să violeze drepturile omului și nu trebuie niciodată să-și lase dorințe personale, sentimente, prejudecăți sau credințe să interfereze cu tratamentul. În nici un caz psihiatrul nu trebuie să utilizeze mijloacele profesiei sale dacă a fost stabilită absența oricărei maladii psihice. Dacă un bolnav sau altcineva îi cere să întreprindă o activitate contrară cunoașterii științifice sau principiilor etice, psihiatrul trebuie să refuze o astfel de cooperare.
 8. Tot ceea ce bolnavul a relatat psihiatrului și tot ceea ce acesta a remarcat în timpul examinării și tratamentului său trebuie să fie învăluit în secret, în afara cazului în care bolnavul absolvă psihiatrul

de această obligație, sau dacă se impune necesitatea ruperii secretului pentru a se evita cauzarea de prejudicii bolnavului însuși sau celorlalți. Chiar în aceste cazuri, bolnavul trebuie informat despre ruperea secretului.

9. Progresul și difuzarea cunoștințelor și tehnicilor psihiatrice necesită concursul bolnavilor. Cu toate acestea, consimțământul informat al bolnavului trebuie obținut înainte ca acesta să fie prezentat studenților și, dacă este posibil, după ce un istoric clinic a fost prezentat într-o publicație științifică. În acest caz trebuie să fie luată orice măsură rezonabilă pentru a prezerva demnitatea și anonimatul bolnavului și pentru a-i salva reputația personală. Participarea unui bolnav la acest proiect de cercetare trebuie să fie voluntară, după ce i-au fost oferite informațiile complete despre scopul, tehnicile, riscurile și dificultățile proiectului; trebuie să existe întotdeauna o relație rezonabilă între riscurile și dificultățile ocazionate de proiect și beneficiile scontate. În cadrul cercetării clinice, orice subiect trebuie să-și păstreze și să-și exercite toate drepturile pe care le are în calitate de bolnav. În ceea ce privește copiii și ceilalți bolnavi care nu pot ei înșiși să dea un consimțământ informat, acesta trebuie obținut de la persoane care răspund legal de ei. Orice bolnav sau orice subiect participant la o cercetare este liber să se retragă de la orice tratament pe care l-a acceptat voluntar, de la orice program de învățământ sau de cercetare la care participă, pentru orice motiv și în orice moment. Această retragere, cât și refuzul de a participa la un program nu trebuie să afecteze niciodată eforturile psihiatrului de a ajuta bolnavul sau subiectul.
10. Psihiatrul trebuie să suspende orice tratament, program de învățământ sau de cercetare care ar putea fi împotriva principiilor acestei declarații.

Rezoluția 818/1977 privind drepturile bolnavilor mintali a Parlamentului European și Consiliului Europei prevede următoarele :

Se relevă dificultatea definirii bolii mintale datorită criteriilor ce se schimbă de la o epocă la alta, precum și datorită stresului și structurii sociologice a vieții moderne ce creează tulburări psihice de un gen mai nou.

Rezoluția atrage atenția asupra nevoii de respectare a drepturilor bolnavului, cât și a nevoii de a evita erorile și abuzurile privind internarea bolnavilor în spitalele de psihiatrie care, uneori, sunt la originea unor tragedii umane. De asemenea, se insistă asupra nevoii de a elabora noi linii de conduită pentru juriști și medici în domeniu. Progresele teh-

nologiilor medicale și psihoterapeutice riscă uneori a fi o amenințare pentru dreptul la integritate fizică și psihică al bolnavului, de aceea anomaliile de comportament relevate de morală și lege nu trebuie asimilate bolilor mintale.

Rezoluția condamnă abuzurile psihiatrice în scop politic și de eliminare a dizidenței și aprobă dorința Congresului mondial de psihiatrie de la Hawaii de a elabora un cod internațional de deontologie pentru psihiatri. Aprobă, de asemenea, Rezoluția Comitetului de Miniștri al Consiliului Europei de a organiza servicii preventive pentru bolnavii mintali.

Rezoluția recomandă statelor membre revederea reglementărilor administrative privind internarea bolnavilor psihici și redefinirea conceptului de pericolozitate, reducând la minimum internarea pe o perioadă nedeterminată, cenzura corespondenței, plasând sub jurisdicția autorităților medicale tot ceea ce e recunoscut de Tribunal ca boală mintală în momentul crimei sau procesului și instituind o procedură de apel la măsura internării.

Rezoluția recomandă crearea de comisii sau tribunale independente pentru protecția bolnavilor mintali și deschiderea de anchete acolo unde sunt plângeri, precum și intervenția din proprie inițiativă și cu putere pentru a anula internarea care nu se impune. În acest sens, deciziile judiciare nu se vor lua în mod exclusiv pe baza rapoartelor medicale, un avocat fiind necesar a apăra persoana pe toată durata procesului. Se atrage atenția că modificarea regulilor privind capacitatea juridică a bolnavului și spitalizarea nu duc în mod automat la incapacitate juridică, acțiuni ce ar crea dificultăți în dreptul de proprietate ca și în alte drepturi economice ale persoanei. Se va acorda apoi drept de vot acelor bolnavi ce îi înțeleg semnificația și se va facilita exercitarea acestui drept prin oferirea de ajutor material.

Este necesar a se stabili în Consiliul Europei un grup de lucru, compus din experți guvernamentali și criminologi, cu sarcina de a defini criteriile alienației și maladiei mintale și a preciza consecințele lor penale și civile, luând în considerare, în acest scop, datele cele mai moderne ale psihologiei și psihiatriei, ca și experiența statelor membre în domeniu.

Rezoluția recomandă adoptarea de dispoziții în scopul de a reduce importanța cantitativă a stabilimentelor pentru acești bolnavi și a multiplica sarcinile de îngrijire în comunitate, acolo unde este mediul lor obișnuit de viață, dar, bineînțeles, sub rezerva ca această măsură să nu

crească proporția bolnavilor ieșiți precoce din spital, mai înainte ca această rețea să fie bine edificată.

Se recomandă, de asemeni, găsirea de noi mijloace de umanizare a îngrijirii bolnavilor mintali și de examinare a oportunității și condițiilor utilizării și controlului unor terapii ce pot provoca vătămări ireversibile ale creierului și modifica personalitatea.

De asemeni, se va elabora un acord european privind personalul ce lucrează în acest domeniu, precum și competența sa și se vor încuraja puterea locală și colectivitatea pentru a contribui la readaptarea socio-profesională privind plasarea selectivă, pentru a deschide ateliere și a modifica atitudinea publică față de bolnavii mintali.

Documentele privind internarea bolnavului psihic în spital vor fi strict secrete și nu vor putea fi utilizate pentru a-l handicapa în mod injust pe cel care, vindecat și reintegrat, ar căuta o ocupație socială, un serviciu.

Rezoluția Comitetului de miniștri al Consiliului European nr. 2/1983 privind protecția juridică a persoanelor atînse de tulburări mintale

Rezoluția include reguli și recomandări privind plasamentul involuntar al unei persoane cu tulburări psihice într-un spital pentru bolnavi psihici, fără ca aceasta să îl solicite. Regulile din rezoluție urmează a se aplica și bolnavilor ce vor cere internarea, iar medicii se vor conforma datelor științei medicale privind necesitatea unui astfel de plasament. În acest sens, dificultățile de adaptare la valorile morale, sociale și politice nu vor trebui considerate, ele însele, ca tulburări mintale. De aceea, nu poate face obiect al plasamentului decât rațiuni de gravitate a tulburării mintale.

Decizia de plasament într-un spital de boli mintale o ia un organ judiciar sau o altă autoritate desemnată de lege. În caz de urgență, internarea poate fi admisă și reținută prin decizia medicului, care va întornera însă imediat autoritatea judiciară sau altă autoritate competentă despre decizia sa. Decizia autorității judiciare se ia pe baza avizului medical și va consta într-o procedură simplă și rapidă. Când decizia de plasare este luată de o persoană sau de un organ ce nu este judiciar, pacientul va fi imediat informat despre drepturile sale și în special despre dreptul de a introduce recurs în fața unui tribunal ce va lua decizia definitivă după o procedură simplă și rapidă. În acest sens, bolnavul poate fi asistat de un avocat. Dacă decizia este luată de un organ judiciar, bolnavul va putea, de

asemeni, face recurs și astfel va fi informat despre drepturile sale, ca și despre dreptul de a fi asistat.

Indiferent de cine a luat decizia, bolnavul va fi tratat în condiții deontologice și științifice ca și ceilalți bolnavi și el va păstra dreptul de a cere sau refuza un tratament. Un tratament nerecunoscut de știință sau care prezintă riscuri pentru sistemul nervos și personalitate nu va fi administrat decât dacă medicul consideră că este indispensabil, iar bolnavul a fost informat și a consimțit la acest tratament. Dacă bolnavul nu este capabil de a înțelege necesitatea unui astfel de tratament, indicația se va supune unei autorități independente desemnate de lege și în acest scop va fi antrenat și reprezentantul legal al bolnavului.

Încercările clinice și terapeutice fără scop terapeutic, pe persoane cu tulburări mintale, trebuie interzise.

Restricțiile impuse libertății individuale a pacientului trebuie limitate la acelea de necesitate, de starea sa de sănătate și justificate de eficacitatea tratamentului.

Bolnavul păstrează dreptul de comunicare cu autoritatea apropiată, cu avocatul său, dreptul de a primi scrisori etc.

Bolnavul nu poate fi transferat dintr-un plasament în altul decât în interes terapeutic și în măsura posibilului, și în raport cu dorințele sale. Plasamentul se va face pe durată limitată și va fi reexaminat periodic. La intervale rezonabile, pacientul poate cere autorității judiciare să se pronunțe asupra necesității plasamentului. Plasamentul poate lua sfârșit prin decizia medicului sau a autorității competente, din propria lor inițiativă, dar și la cererea familiei sau a altor persoane.

Sfârșitul plasamentului nu implică și sfârșitul tratamentului, tratament ce poate continua pe o bază voluntară.

Plasamentul, prin el însuși, nu poate constitui o cauză de restricție a capacității judiciare a bolnavului, iar autoritatea ce ia hotărârea plasării va lua și măsuri de salvagardare a intereselor materiale ale bolnavului. În orice circumstanțe, demnitatea bolnavului trebuie respectată astfel ca măsurile luate să vizeze protejarea sănătății sale. Aceste măsuri nu vor limita facultatea fiecărui stat de a adopta dispoziții mai largi de protecție juridică a persoanelor atinse de tulburări mintale și care fac prin aceasta obiectul plasamentului într-un astfel de spital.

Plecând de la aceste prevederi, prin procesul de aculturație bioetică și juridică, anexa 3 a Codului de deontologie medicală (ce va putea deveni baza legiferării în domeniu) se referă la atitudinea față de bolnavii psihici, stipulând:

Diagnosticul unei tulburări psihice va fi pus de psihiatri în conformitate cu Clasificarea Internațională a Maladiilor – OMS – (CIM-10) și

în acord cu standardele medicale acceptate internațional (*Dicționarul American de Statistică Medicală* – DSM IV etc.). Dezacordul unei persoane față de opiniile politice sau religioase majoritare sau față de valorile morale și culturale ale societății nu reprezintă criterii de diagnostic pentru o boală psihică.

Psihiatrul nu trebuie să accepte să consulte o persoană cu sau fără tulburări psihice dacă aceasta nu este informată despre calitatea sa de psihiatru și de scopul profesional al vizitei sale și nu trebuie să accepte să consulte o persoană cu sau fără tulburări psihice în locuri care nu asigură prestarea actului medical respectiv (mijloace de transport în comun, restaurant etc.).

Psihiatrii trebuie să informeze persoanele cu tulburări psihice, pe membrii familiei (sau, în lipsa acestora, persoanele apropiate ori desemnate legal) despre procedurile terapeutice, măsurile de reabilitare și despre alternativele posibile.

Psihiatrii, ca de altfel toți membrii societății, trebuie să înțeleagă și să accepte că persoanele cu tulburări psihice au aceleași drepturi și libertăți fundamentale ca toți ceilalți membri ai societății în care trăiesc.

Psihiatrii, alături de ceilalți membri ai societății, trebuie să participe activ la protejarea persoanelor cu tulburări psihice împotriva exploatării, abuzurilor fizice sau de alt gen și împotriva tratamentului degradant.

Psihiatrii trebuie să refuze cooperarea cu un pacient sau cu o terță persoană care solicită o acțiune contrară cunoștințelor științifice sau principiilor etice.

Psihiatrii nu trebuie să acorde tratament psihiatric și nici să utilizeze profesia ca sursă de profit față de o persoană la care s-a stabilit absența unei tulburări psihice.

Psihiatrii nu trebuie să folosească informațiile furnizate de pacient și nici ascendentul pe care îl conferă poziția lor psihoterapeutică în scopul influențării deciziilor pe care pacientul le ia în afara sferei de obiective a terapiei.

Psihiatrii nu trebuie niciodată să-și folosească posibilitățile profesionale pentru a viola drepturile omului sau demnitatea unei persoane cu sau fără tulburări psihice, indiferent de prejudecățile, dorințele, sentimentele și credințele personale.

Psihiatrii trebuie să-și păstreze independența deciziilor profesionale față de autoritatea de stat, de interesele politice, economice sau de alt gen, în luarea unei decizii față de o persoană cu tulburări psihice sau față de o persoană la care s-a stabilit absența unei tulburări psihice și care ar putea viola demnitatea sau drepturile omului.

Psihiatrii trebuie să asigure toate măsurile pentru a păstra demnitatea și anonimatul persoanelor cu tulburări psihice, fiind interzis accesul unor terțe persoane (cu excepția celor abilitate prin lege) la documentele medicale, cât și formularea în public și publicații de concluzii de specialitate cu nominalizarea persoanelor cu tulburări psihice. Confidențialitatea informațiilor se păstrează și după decesul pacienților.

Psihiatrii trebuie să stabilească intervențiile terapeutice care sunt cel mai puțin restrictive pentru libertatea persoanelor cu tulburări psihice. Tratatamentul voluntar trebuie încurajat când este posibil și pe cât este posibil, în comunitatea în care trăiește persoana cu o tulburare psihică. În absența oricăror mijloace de a acorda tratamentul potrivit (tratamentul care se impune ca o necesitate), o persoană cu tulburări psihice poate fi internată într-un spital de psihiatrie fără consimțământul său și se pot lua măsuri obligatorii de tratament numai când, din cauza tulburării sale psihice, reprezintă un pericol grav și iminent pentru el însuși sau/și pentru alte persoane sau pune în pericol importante valori materiale sau culturale, private sau publice. Măsurile de tratament obligatoriu se pot lua și în ambulatoriu.

Sterilizarea prin orice mijloace nu trebuie niciodată aplicată ca mijloc de tratament al unei tulburări psihice.

În cadrul procesului de cercetare, participarea persoanelor cu tulburări psihice se face atât cu consimțământul lor, cât și cu consimțământul familiei (ori, în lipsa familiei, al reprezentanților lor legali). Informațiile confidențiale pot fi folosite pentru cercetare și publicate numai în condițiile păstrării anonimatului pacienților participanți la programul de cercetare (cu excepția cazurilor când este menționat în scris acordul pacienților și al familiei sau al reprezentanților săi legali). Pacienții spitalizați fără consimțământul lor nu pot fi folosiți ca subiecți de cercetare.

În proiectul de lege privind solicitarea de internare obligatorie, aceasta poate fi făcută de către un medic pe baza unui bilet de trimitere (ce va conține datele personale ale bolnavului, circumstanțele ce au declanșat nevoia internării), de către o persoană martoră la actul declanșat și care apelează la poliție pentru transportarea bolnavului la spital (persoana trebuind să facă acest lucru scris, dându-și numele, adresa, actul de identitate, calitatea și descrierea faptului incriminat). Transportul la spital se face cu ambulanța, iar la nevoie cadrele medicale pot fi însoțite de polițiști. Internarea o decide medicul de gardă, ce este obligat ca în mai puțin de 24 de ore să informeze Parchetul teritorial. Avizul final de

internare îl vor da alți doi medici psihiatri, de preferință din afara unității în care va fi îngrijit bolnavul, în aviz specificându-se diagnosticul, tratamentul și durata tratamentului până la reevaluarea cazului. O dată internat, bolnavul va fi reexaminat, în prima lună la 15 zile interval, apoi la fiecare două luni, reexaminări ce vor fi efectuate de alți psihiatri decât cei ce au avizat internarea. Pe perioada internării, bolnavul are dreptul la avocat pentru a cere revocarea internării sau se poate adresa direct instanței de judecată. La cererea sa ori a familiei, poate solicita consultul suplimentar al altui psihiatru, ales de bolnav sau de reprezentantul său.

Bazele bioetice ale practicii psihiatrice

Deontologie *versus* bioetică

În știință, spiritul deontologic clasic apela la categorii etice de tipul competenței, conștiinciozității, prudenței, devoțiunii și profesiei de credință. Competența era considerată ca o primă formă de onestitate științifică, iar știința fără conștiință, ca o ruină a sufletului, deși azi spunem că și conștiința fără competență devine inutilă. Prudența obligă la a nu vătăma înainte de a ajuta, iar devotamentul profesionistului era cel mai mult apreciat de opinia publică. În sfârșit, profesia de credință avea rolul de a evita riscul reiterării unor erori sau greșeli. Dar Max Weber menționa că destinul epocii noastre, caracterizat prin raționalizarea, intelectualizarea și desacralizarea lumii i-a făcut pe oameni să respingă cele mai sublime valori ale vieții și să creeze imaginea că individul nu mai este un *carrefour* al ideilor de gândire liberală, un scop în sine ca valoare supremă, mai ales după ce statele totalitare, în ideea utopică a fericirii generale, l-au sacrificat.

Fără a-și pierde actualitatea, aceste categorii etice păreau caduce în fața cuceririlor actuale ale științelor vieții, așa cum ar fi transplanturile de organe vitale, reproducerea medical asistată (RMA), manipularea materialului genetic până la clonarea omului, asistența și demnitatea morții, drepturile bolnavului psihic etc. În fața acestor descoperiri științifice, Constituțiile statelor dau o formulare oarecum retorică unor categorii juridice ca cele de viață intimă, viață privată, bune moravuri, ordine publică, drepturi absolute asupra vieții și integrității psihofizice, categorii care, pentru a fi ocrotite în mod adecvat, cer o legiferare prin norme consecutive, precum și garanții ferme, care, în cadrul procesului de aculturație legislativă europeană, devin obligatorii și pentru legislația noastră.

Pentru ca o persoană să dispună de drepturile sale fără a încălca drepturile și libertățile altora, cum ar fi ordinea de drept și morala, este necesar a da conținut categoriilor sus-menționate în spiritul toleranței și ideii de progres. În acest scop, din impactul cuceririlor științei cu drep-

turile omului s-a născut o nouă preocupare numită *bioetică*, având sarcina de a devansa legislația în domeniu, astfel ca știința să capete semnificație umană, să fie pusă în slujba omului.

Procesul ar putea fi similar riscurilor aduse de inteligența umană ce a creat armele artificiale care depășesc mijloacele naturale de atac și apărare ale omului, putând pune existența sa filogenetică în pericol, dar față de care se creează tratate de limitare a amenințării lor. Bioetica devine astăzi o punte, o filiație între cuceririle științifice și aplicarea lor la om, în concordanță cu drepturile fundamentale ale omului.

Bioetică versus știință

În fața unor astfel de riscuri, bioetica relevă, în primul rând, semnificația umană a descoperirilor științifice care trebuie să ajungă util la om, după o splendidă metaforă teosofică ce afirmă că omul înțelege sensul vieții atunci când, plantând un arbore, știe că sub el nu se va odihni niciodată.

Bioetica face, în al doilea rând, din drepturile omului valori în sine, care trebuie respectate indiferent de avantajele cercetării științifice pentru om și societate. Ea face din aceste drepturi criteriul principal de aplicare a științei la om, dreptul la viață, de exemplu, fiind intangibil, indiferent de circumstanțe, neputând fi obiect al unor derogări.

Bioetica afirmă, în al treilea rând, preeminența individului și numai în cazuri precis stipulate de lege, preeminența intereselor sociale.

Bioetica militează apoi pentru conștientizarea evaluării adecvate a riscurilor posibile de utilizare improprie a datelor științifice. În sfârșit, bazându-se pe eficacitate, chiar dacă știința determină o dinamică proprie sistemului social, și, până ce adevărul devine o paradigmă, consensul poate fi aleator, bioetica își rezervă sarcina de a realiza acest consens în scopul de a întări convingerea că normalitatea vieții sociale depinde de legile sociale și juridice și nu este de domeniul științei.

Valorizarea acestor mesaje se relevă din plin în declarațiile și rezoluțiile Consiliului European, dintre care Convenția asupra protecției drepturilor omului și biomedicinii de la Oviedo din 1996, semnată de 22 de state, va intra în vigoare în 1998, când va fi ratificată de cel puțin 5 state membre.

Convenția statuează următoarele principii :

- preeminența intereselor individuale asupra celor științifice sau sociale ;

- garantează libertățile și drepturile fundamentale ale fiecărei persoane, adică ale integrității și identității eului uman ;
- garantează accesul echitabil la îngrijirile de sănătate ;
- obligă la efectuarea actelor medicale cu respectul regulilor profesionale asupra naturii, consecințelor și riscurilor unor intervenții (consimțământ liber și clar după o informare prealabilă), altfel spus, dreptul oricărei persoane de a fi sau a nu fi informată despre starea sa de sănătate, voința sa fiind suverană în acest sens ;
- consacră dreptul la patrimoniul genetic propriu, testele predictive pentru boli genetice nefiind autorizate decât în scop medical (de exemplu, alegerea sexului nu se admite decât în afecțiuni legate de sex) ;
- interzice clonarea pe ființe umane ca fiind contrară demnității umane, putând altera caracterele speciei umane și echivalând cu o eugenie pozitivă ce pretinde a elibera omul de fatalitățile genetice ;
- introduce necesitatea ca, în lipsa unor metode alternative și în absența riscurilor disproporționate, intervențiile să fie pertinente științific și etic și să aibă consimțământul explicit al persoanei, protecție ce se extinde și la cercetările pe om, la embrioni, donare de țesuturi sau organe, toate efectuate doar dacă nu există o altă metodă terapeutică, numai în interesul persoanei și fără a fi surse de profit.

Rezoluția pleacă de la adevărul că fiecare om este un unicat (genetica fiind în centrul științelor vieții) și, consecutiv, diferențierea individuală devine baza noii etici. Individualitatea umană devine astfel sursa fundamentală a evoluției speciei umane, chiar dacă rolul mediului în asigurarea acestei individualități devine ceva utopic.

Rezoluția menționată relevă drumul bioeticii în căutarea unui consens (după Habermas, adevărul devine dependent de împăcarea unor interese prin forța argumentelor superioare) care să devină, în baza principiilor de universalizare, baza normelor legale. Numai bioetica ne permite astfel să înțelegem că omul are o valoare intrinsecă, că natura este un sistem ce se autoreglează, că ea trebuie să fie scopul realizării omului înainte „*de a fi distrusă cu cele mai bune intenții*”. Aceasta în consens cu Hiroshima, prin care am devenit neputincioși (Hiroshima ca stare a lumii și sfârșit al siguranței, după Anders). Pentru a evita crearea prin clonare a unei noi linii filogenetice tehnice, pentru a evita riscul creării unei lumi antropofugale (Hortsmann), al producerii unui om „ca o creație ratată” (Emil

Cioran), prin faptul că progresul științific a devenit în mâinile noastre ca un brici în mâinile unui copil de trei ani (Albert Einstein), bioetica apără „prioritatea ființei umane în inegalabila ei unicitate”.

Evoluția relației drept-științe pozitive aduce în discuție, mai întâi, relația dintre stat și drepturile individuale, apoi aptitudinea științei de a garanta și întări adevărul judiciar și, în al treilea rând, domeniile *de lege ferenda* susceptibile procesului de aculturație actuală.

Relația comunitate-individ

Pentru a răspunde la aceste probleme este necesar a analiza relația actuală individ-stat.

Plecând de la H. Grotius și S. Putffendorf, vorbim de un stat de drept ca fiind bazat pe justiție și ordine și în care orice ființă are drepturi fundamentale în virtutea drepturilor naturale ce sunt universale și stau la baza sociabilității umane. Statul devine astfel doar o matrice a drepturilor omului și el este legitim doar atunci când individul păstrează libertatea deplină prin consensul general pe care statul îl impune (J. Habermas). Liberalismul devine astfel „*coincidența comunității morale cu cea juridică*” (Andrei Marga), prin care rolul statului devine minimal, acela de a asigura ordinea și justiția, de „a nu depăși așteptările rezonabile” prin maximizarea autoconstrângerilor eului și minimizarea constrângerilor etatice. În concepțiile marilor juriști și teoreticieni ai dreptului (Rawls, Nozick) interesele individului sunt anterioare societății și indivizii sunt mai importanți decât societatea, de aceea în societatea postmodernă individualul trebuie să predomine asupra universalului, psihologicul asupra ideologicului, diversitatea asupra omogenizării, permisivul asupra coercitivului, o societate deschisă, ca „joc comun al creativității și criticii așa cum biologia e jocul imitației și selecției” (Karl Popper), fiind superioară societății închise. Într-o societate deschisă vor domina și valorile sociale deschise de libertate, toleranță, cooperare și responsabilitate, dreptatea devenind calea de a dispune de șanse egale pentru dezvoltarea capacităților umane și legea – un indiciu al magnitudinii și modului de rezolvare a conflictelor sociale. Într-un astfel de demers cunoașterea trebuie să se convertească în mod obligatoriu în morală, tehnica trebuie subordonată spiritului, deoarece a fi om este a fi dincolo de om și acest drum trece obligatoriu prin valori.

Lupta cu criza contemporană ce răstoarnă ordinea valorilor și duce la retragerea sensului lor (P. Ricœur) motivează pentru ce individul trebuie

să devină o instanță autonomă și legitimă și morala să depindă de conștiința acestei libertăți (Johan Huizinga). Bioetica proclamă astfel autonomia voinței și nevoia de a fi sieși lege, ca un principiu etatic superior, sens în care drepturile omului devin o supralegalitate. Altfel, în lipsa acestei libertăți de voință și a consensului moral, relațiile stat-comunitate devin neclare și scade încrederea în instituții, statul abdică de la rolul său de a stimula competiția creatoare și se instalează anomia, iar omul unicat, prin care nimeni nu are puteri coercitive asupra lui, devine sufocat de puterile discreționare ale statului. Bioetica capătă în acest context o triplă putere: descriptivă, normativă și metaetică prin căile ce le deschide.

În secolul logicii științifice și al criteriologiei, orice activitate umană fără știință și bioetică, pe de altă parte, riscă, cum spunea Einstein, a rămâne primitivă și fără claritate.

De aici decurge consecința ca adevărul științific să devanseze orice legiferare sau incriminare judiciară.

Știință – bioetică – justiție

Problema limitelor de aplicabilitate a noilor tehnologii științifice în justiție are beneficii indiscutabile :

- de a garanta adevărul într-un coeficient mai mare și de a reduce marja erorii ;
- de a proteja justiția de riscul erorilor care, în final, pot crea ceea ce s-a numit un nondrept ;
- de a da opiniei publice imaginea de mai multă securitate socială. Dar aceste tehnologii pot avea riscuri de încălcare a drepturilor omului, motiv pentru care, pentru a le evita, trebuie să avem în vedere că nu tehnologiile științifice trebuie respinse, ci aplicarea lor incorectă, în disonanță cu aceste drepturi umane.

În scopul de a evita astfel de disonanțe dintre tehnologiile științifice și drepturile omului :

- tehnologiile științifice nu trebuie să transforme omul din obiect de comunicare în simplu obiect de informare ;
- tehnologiile științifice nu trebuie să estompeze dreptul la viață intimă al persoanei și să afecteze conștiința opiniei publice privind utilizarea lor.

Mai mult, ele nu trebuie :

- să ducă la creșterea puterii omului asupra semenului său și
- să deplaseze actul judiciar către extremitățile sale, și anume de detecție și supraveghere comportamentală, neglijând faza judiciară, îndeosebi în procesul penal.

Bazele bioetice ale practicii și expertizei psihiatrico-legale

În concordanță cu rezoluțiile și declarațiile Consiliului Europei, bolnavul mintal are drepturi absolute și inalienabile asupra corpului său, așa încât internarea și tratamentele efectuate se fac numai cu consimțământul său. În acest demers, atât terapia cât și cercetarea psihiatrică trebuie să minimalizeze riscurile și să maximizeze beneficiile, să se efectueze numai în scop terapeutic, iar pentru situații speciale să fie avizate de un comitet de bioetică. În orice procedură tehnică se va evita medicalizarea vieții și sănătății, în sensul că corpul bolnavului nu poate fi mijloc de probă împotriva sa, că boala sa beneficiază de confidențialitate și, în final, că o internare într-un spital de psihiatrie nu restrânge capacitatea psihică a bolnavului. Într-un astfel de demers, opiniile sociale și politice obstinate, cu inadaptare consecutiv, nu pot fi asimilate bolilor mintale, noțiunea de psihoză trimitând la definirea sa de către experții Consiliului Europei.

Mutatis mutandis, activitatea expertală implică consimțământul luminat al bolnavului și mai ales evitarea victimizării și/sau etichetării prin erori de diagnostic sau prin concluzii expertale ambivalente. Nu trebuie uitat că etichetarea psihiatrică antrenează etichetarea comunitară și implicit ajustarea comportamentului subiectului la noul statut oferit de etichetare și, drept consecință metaexpertală, la reiterarea devianței. Etichetarea expertală poate fi astfel consecința încadrării bolii într-un sistem rigid și exclusiv de clasificare, a rezolvării unor probleme sociale prin criterii subiectiv-psihiatrice, deci a unor diagnostice abuzive ori de complezență.

Sub acest aspect, spitalul de psihiatrie devine responsabil de gestiunea riscului când acțiunile civil-administrative contra sa se pot datora relei organizări ce duce la disfuncții sanitare, motiv pentru care spitalul, în cadrul gestiunii riscului, are obligația diminuării probabilității sale și a creării unui maxim de securitate pentru bolnav, fapt ce tinde, *per a*

contrario, a deveni încălcarea unei obligații de rezultat. În acest context se plasează și gestiunea corectă a plângerilor bolnavului și transparența lor, pentru a nu augmenta creșterea riscului de incriminare. Și în acest domeniu, cum ideea de bază a unui sistem juridic este dreptul la repararea prejudiciilor, multiplicarea situațiilor de risc impune trecerea indemnizării pe seama colectivității prin constituirea unor fonduri de asigurare consecutiv răspunderii obiective, pe bază de risc, chiar și în condiții de subsidiaritate (de epuizare a căilor judiciare).

Bioetica, punte între știință și drept

În ceea ce privește cuceririle științei și situațiile ce trebuie să facă obiectul unor soluții juridice, Convenția Consiliului Europei din 1996 privind drepturile omului și demnitatea umană în fața descoperirilor științifice introduce următoarele principii și reguli :

1. Obligativitatea protejării eului uman în demnitatea, identitatea și integritatea sa, fără nici o discriminare, interesul ființei umane prevalând asupra interesului științific și social. În spiritul Convenției, omul nu poate renunța la drepturile sale pentru că demnitatea este totdeauna superioară voinței celui ce o poartă. Drepturile omului sunt deci de esență individuală și ele nu pot fi restrânse sub justificarea legitimităților generale, decât dacă acestea din urmă sunt limitate, așa cum ar fi siguranța națională, securitatea publică și protecția sănătății. Principiul subsidiarității exprimat prin aceasta trebuie corelat cu cel al necesității, adică al lipsei altor mijloace de a limita aceste drepturi fundamentale.

2. Convenția cere apoi un consimțământ liber și clar, luminat, după o informare prealabilă asupra riscurilor la care este expusă o persoană prin noile tehnologii, cu excepția stărilor de necesitate și a urgențelor.

3. Convenția interzice expres intervențiile științifice ce ar modifica genomul uman, așa cum, în final, este clonarea ;

- cere apoi evaluarea adecvată a raportului risc/beneficiu în cercetările pe om și în prelevările de țesuturi pentru transplanturi ;
- obligă la repararea prejudiciilor eventuale, cu trecerea indemnizării lor pe seama colectivității, sub forma asigurărilor pentru riscuri, îndeosebi imprevizibile.

Bioetica, născută din impactul descoperirilor științifice cu drepturile inalienabile ale omului, are sarcina de a apăra omul de eventualele abuzuri ale descoperirilor științifice, cât timp acestea din urmă pot pune în pericol

drepturile sale. Bioetica are rolul de a devansa pe plan normativ-juridic ceea ce trebuie să ajungă util până la om și de a elabora astfel propuneri *de lege ferenda*. Ea are astfel sarcina de a umple golurile prea mari din sfera juridică prea largă față de polimorfismul situațiilor umane concrete. Ea pleacă de la realitatea faptului că dreptul la viață și sănătate constituie nucleul central al drepturilor omului din care decurg imperative precum :

- al concordanței depline dintre demnitatea ființei umane și resursele sale economico-sociale și juridice ;
- al filiației inevitabile dintre individualitatea drepturilor omului și universalitatea cuceririlor științifice și juridice ;
- al concordanței depline între primordialitatea drepturilor persoanei și cea a nevoilor comunității ;
- al dinamicii și flexibilității dintre bioetică și știință într-o societate deschisă ;
- al concordanței dintre declarațiile retorice în domeniu și realitatea realizării lor.

Consiliul Europei a elaborat peste 30 de rezoluții și declarații ce constituie tot atâtea căi *de lege ferenda* pentru legislația țării noastre. La ele se adaugă și o jurisprudență a Curții Europene de justiție în probleme cum ar fi, de exemplu, sterilizarea voluntară, internarea forțată a bolnavilor psihici, depistarea bolii SIDA în grupe populaționale cu risc, adopția de către cuplurile transsexuale, cercetările pe om etc.

Astfel, în recoltarea de organe pentru transplanturi, de la decedați, consimțământul familiei se prezumă dacă persoana nu s-a opus din timpul vieții. Recoltarea nu poate fi pecuniară, iar în donarea de țesuturi de la persoane, raportul beneficiu la primitor și risc la donator trebuie asigurat, răspunderea fiind de rezultat nu de mijloace.

- Amprenta genetică în justiție, ca formă exclusiv individuală de identificare, implică consimțământul persoanei, lipsa consimțământului fiind impusă doar de circumstanțe legale, iar protecția datelor se cere deplin asigurată.

- Boala psihică a obligat la o redefinire a *alienației* mintale, dificultățile de adaptare la normele morale și sociale nefiind considerate boli mintale. Decizia de internare o dă un tribunal și tot acesta evaluează oportunitatea și durata internării prin reexaminări periodice și încruciate.

– Transsexualismul, solicitarea obstinată de schimbare a sexului, obligă la un an de reflecție înainte de operație precum și la acordul autorității judiciare.

– SIDA a dus la incriminarea nedeclarării bolii sau a refuzului de tratament, rămânând la latitudinea statelor membre depistarea bolii în populațiile cu risc. În rest s-au elaborat moratorii, cum ar fi depistarea în populația generală, depistarea bolii pentru asigurări, la căsătorie sau la imigranți. Astfel de reglementări au scopul de a evita multitudinea de decizii controversate, date mai ales contra spitalelor, cum ar fi înălțarea confidenței *versus* interesele publice etc.

Atitudinea față de muribunzi și eutanasia

Atitudinea față de muribunzi constituie o problemă de *carrefour* între științele umaniste, religie, drept și medicină. În astfel de stări, a lua viața în mod deliberat constituie ceea ce s-a numit eutanasia, în vechime moarte dulce la cerere, astăzi, din compasiune, considerată moarte demnă. Pentru mulți și pentru unele legislații, eutanasia face parte din drepturile omului și, ca atare, din respectul ființei umane și nu este în realitate decât o scurtare a agoniei.

Pacientul se realizează în cel mai înalt grad ca suportând o probă, de această dată de viață, în stările terminale. În fața morții toți oamenii trebuie să facă această probă dar care însă, în mod paradoxal, transferă puterea medicului în mâinile bolnavului pentru a-și decide soarta. Ceea ce s-a numit tortura încăpățânărilor 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 stâng, cu un rinichi artificial la gambă etc.) pune în discuție limitele sau frontierele umane ale științei pe care bioetica, această punte dintre știință și teosofie, are a le rezolva. Într-un astfel de demers, adevărul științific trebuie să coincidă cu cel moral, pentru ca informația științifică să aducă liniștea socială, mai ales astăzi când biologia și medicina sunt domenii cu posibilități nelimitate (Sigmund Freud) și deci cuceririle lor nu pot fi prezise. Indiferent de aceasta, respectul ființei umane ca persoană cu capacitate de a discerne trebuie asigurat. Plecând de la principiul că *hic gaudet mors securrere vitae* și de la constatările paleontologilor că pietatea pentru morți a fost începutul apariției speciei *homo*, bolnavul conștient are dreptul de a decide soarta sa din timpul vieții (testamentul biologic), poate lăsa familiei această opțiune după moartea sa sau, corpul decedatului fiind un *res communis*, poate lăsa acest drept comunității, în baza unui consimțământ implicit ca în stările de necesitate sau a unui consimțământ explicit ca în stările ce nu amenință viața dar pot prezenta un risc oarecare. Toate aceste situații se întâlnesc în dreptul comparat.

Sub pretextul de moarte demnă, eutanasia a fost susținută de Platon, Aristotel, Toma d'Aquino, Voltaire, Th. Morus, Fr. Bacon, D. Hume, B. Shaw, B. Russel, Nobel, Fr. Jacob și astăzi de foarte mulți laureați ai premiului Nobel, dar ideea s-a născut o dată cu conștiința umană a suferinței și morții. La romani, la început a fost considerată o violență consimțită (*volenti et consentienti non fit injuria*), dar apoi a fost considerată un prejudiciu adus societății. În lume s-au înființat multiple societăți civile ce pledează pentru eutanasiu (în Anglia, Societatea de refuz a tratamentului leucemiilor, conceptul *Not to be resuscitation*, admis în SUA, suicidul asistat în Oregon, ce dă eutanasia în mâinile bolnavilor, sub pretextul că în astfel de împrejurări a muri înseamnă a te ridica deasupra condiției bolii) și a apărut o bogată literatură ce justifică eutanasia (*Final Exit, Suicidul și eutanasia ca mod de întrebuițare* etc.).

Există și numeroase puncte de vedere împotriva eutanasiu care, în general, pleacă de la ideea sacralității vieții, a valorizării etico-religioase a suferinței! Dar, pe de o parte, în serviciile de reanimare, doar 17% au cerut eutanasiu, în timp ce 47% din populația SUA cer legalizarea ei, dar liberalizarea concepțiilor despre eutanasiu este activă în toate țările, mai ales în cele dezvoltate.

Conceptul drepturilor omului, ca nouă ideologie etică după care viața e inalienabilă, sacră, unică și inviolabilă, atât fizic, cât și spiritual, condiționează și punctul de vedere juridic asupra eutanasiu.

Toate constituțiile consideră viața ca fiind demnă, și nu moartea, și majoritatea legilor incriminează nonasistența unei persoane în pericol. Dar, deși a fost incriminată în majoritatea statelor, eutanasiu s-a soldat aproape de regulă cu hotărâri clemente, cu pedepse simbolice sau cu suspendări de pedeapsă, mai ales când actul a fost făcut dintr-un sentiment de milă (*mercy killing*) și fără a urmări interese materiale. Majoritatea juriștilor au relevat că legitimarea eutanasiu ar genera noi concepții rasiste, fapt ce se reflectă în legislația majorității țărilor care incriminează eutanasiu.

Acolo unde a fost admisă (ex.: Codul penal român din 1937), se cerea ca boala să fie incurabilă și deci moartea inevitabilă, actul să fie cerut în mod repetat și consimțământul să fie dat în condiții legale – iar alte legislații introduceau și obligativitatea unei expertize și autorizarea tribunalului.

Dezincriminarea eutanasiu (legiferarea ei) a avut loc în Olanda, Australia, Oregon, după lungi dezbateri și puncte de vedere exprimate de opinia publică. În Olanda, eutanasiu este legală pentru bolnavi incurabili,

în lipsa unor alternative terapeutice, după o cerere conștientă și repetată avizată de medicul de familie și cu verificarea medico-legală a întregului dosar.

În Oregon, se adaugă condiția lipsei de supraviețuire peste 6 luni și o cerere făcută cu obstinție, adică de cel puțin trei ori.

În Australia, se adaugă monitorizarea actului prin computer, totul fiind reglat pentru o injecție letală cu efecte în 30 de secunde.

Tendențele actuale în lume sunt de admitere a eutanasiei pasive (renunțarea la insistențele terapeutice, poziție ce se observă, deși cu caracter ambivalent, și în Rezoluțiile Consiliului Europei care, deși proclamă dreptul de a muri demn, în pace și, dacă este posibil, și în confort, respectând testamentul biologic al bolnavului), cer informarea completă a bolnavului pentru a-și pregăti moartea. În moartea vegetativă (moartea cerebrală), familia poate cere întreruperea reanimării. Dar, în același timp, Rezoluțiile Consiliului Europei cer ca medicii și juriștii să fie primii care să respecte drepturile omului și să sesizeze încălcarea lor.

Autorizarea întreruperii reanimării se recomandă a fi făcută de comisiile formate din juriști, teologi, psihologi și medici, dar în definirea momentului morții în astfel de cazuri trebuie să se țină cont numai de interesele bolnavului.

Argumente peremptorii împotriva legitimării eutanasiei rezidă în aceea că ori de câte ori se va ceda la principiul că viața are valoare absolută se riscă a se distruge fundamentul culturii și moralei și societatea se va prăbuși pe panta lunecoasă a unor practici nejustificate, cum au fost practicile din perioada nazismului.

Drepturile fundamentale ale omului nu pot fi tranzacționate, iar mesajul medicinei este de a lupta pentru viață și nu de a justifica moartea. În același sens, Asociația Medicală Mondială a declarat că omorul din compasiune este contrar menirii profesiei medicale (1987). Viața este o valoare primordială, e sacră, deoarece este condiția fundamentală a împlinirii sensului vieții umane ce permite experiența valorilor vieții și medicul va informa familia sau bolnavul și, la cererea lor, în fazele terminale ale bolii, poate lăsa procesul natural al morții să-și urmeze cursul. Altfel, a lăsa bolnavul să moară din inițiativa medicului, din punct de vedere moral, este același lucru ca și cum l-ai omorî.

Riscurile morale (față de mesajele medicinei de a îngriji), sociale (de formare a unei concepții publice nejustificate despre puterile medicinei în a decide în probleme atât de grave cum sunt viața, moartea și limita dintre ele), psihologice (în stările terminale, datorită depresiei, conștiința

nefiind niciodată lucidă) și mai ales juridice (ascunderea sub eutanasiu a unor omoruri intenționate, în scopuri materiale, mai ales, și riscul glisării legitimei eutanasiu către crime de genocid) se opun cu pertință și în mod peremptoriu legalizării eutanasiu.

Mișcarea Universală pentru Responsabilitatea Științei (MURS) proclamă astfel principiul după care cunoașterea științifică nu trebuie utilizată decât pentru a servi demnitatea, integritatea și devenirea omului și cere, în acest sens, introducerea unui nou articol în Declarația Universală a Drepturilor Omului.

Cu toate reglementările actuale, se înregistrează încă nenumărate procese privind eutanasiu, printre care și cea cu indicație psihică, la cererea unei mame căreia, de exemplu, i-au murit ambiu copii. În contrast cu Statul Oregon, ce a legalizat sinuciderea asistată medical, Statul New York, în studiul *The taste force*, conchide că eutanasiu violează valorile fundamentale ale actului medical și relația medic-bolnav. Față de asemenea evoluției, Convenția Europeană de bioetică încearcă a cuprinde într-un tot prevederile bioetice și legale, deși știința aduce mereu noi dileme care ajung în fața justiției, așa cum sunt cazurile de eutanasiu, sinucidere asistată medical, transfuzii de sânge la martorii lui Iehova și cea pe care justiția a permis-o.

Adunarea Parlamentară. A 27-a sesiune ordinară

Rezoluția 613 (1976) în legătură cu drepturile bolnavilor și ale muribunzilor

Adunarea,

1. Estimând că, pentru motivele expuse în Recomandarea 779 (1976), în legătură cu drepturile bolnavilor, și analizate în raportul Comisiei de probleme sociale și de sănătate, recursul sistematic la tehnicile cele mai moderne de prelungire a vieții nu răspund întotdeauna la interesele adevărate ale bolnavului;
2. Convinsă că bolnavii muribunzi țin înainte de toate să moară în pace și demnitate, dacă este posibil cu susținerea familiei și a prietenilor;
3. Temându-se că incertitudinea asupra criteriilor cele mai pertinente ale morții nu poate fi o cauză de prelungire inutilă;
4. Insistând ca pentru definirea momentului morții să se țină cont numai de interesele muribunzului;

5. Invită organele competente ale profesiei medicale ale statelor membre să procedeze la o analiză riguroasă a criteriilor pe care se bazează acum deciziile relative ale aplicării tehnicilor de reanimare și a metodelor artificiale de menținere a vieții;
6. Invită Biroul regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății să examineze, în lumina cunoștințelor și tehnicii medicale actuale, criteriile în vigoare în diferite țări europene pentru a constata decesul și a formula criteriile care permit să se generalizeze aplicarea lor nu numai în spitale, dar în toată practica medicală.

A 28-a sesiune ordinară

Recomandarea 779 (1976) în legătură cu drepturile bolnavilor și ale muribunzilor

Adunarea,

1. Considerând că progresul rapid și constant al medicinei creează probleme și chiar amenințări pentru drepturile fundamentale ale omului și integritatea bolnavului;
2. Notând că perfecționarea mijloacelor medicale tinde să dea tratamentului un caracter din ce în ce mai tehnic și din ce în ce mai puțin uman;
3. Constatând că bolnavii nu pot întotdeauna să-și apere propriile interese, mai ales în marile spitale;
4. Considerând că se acceptă de mult timp că medicii, înainte de toate, trebuie să respecte voința bolnavului în ce privește tratamentul de aplicat;
5. Estimând că drepturile bolnavului la demnitate și integritate, ca și la informare, trebuie definite cu precizie și acordate la toți bolnavii;
6. Convinsă că profesia medicală este în serviciul omului, pentru protecția sănătății, pentru tratamentul bolilor, pentru alinarea suferințelor, cu respectul vieții umane și al personalității umane, și că prelungirea vieții nu trebuie să fie scopul exclusiv al practicii medicale, ci trebuie să se pună de acord cu alinarea suferințelor;
7. Considerând că medicul trebuie să aline suferințele și că nu are dreptul, chiar în cazurile care îi par disperate, de a grăbi intenționat procesul natural al morții;
8. Subliniind că prelungirea vieții prin mijloace artificiale depinde într-o largă măsură de factori ca echipamentul disponibil și că medicii, lucrând în spitale ale căror instalații tehnice permit prelungirea vieții de-a lungul unei lungi perioade, se găsesc adesea într-o

- poziție delicată în ceea ce privește tratamentul, în special în cazul unde oprirea tuturor funcțiilor cerebrale ale unei persoane este ireversibilă ;
9. Subliniind că medicii trebuie să acționeze conform cu știința și experiența medicală admisă și că nici un medic sau alt membru al profesiei medicale nu va fi pus în situația de a acționa împotriva conștiinței proprii, în corelație cu dreptul bolnavului de a nu suferi inutil ;
10. Recomandă Comitetului de miniștri să invite guvernele statelor membre :
- I.a. să ia toate măsurile necesare, în special în ceea ce privește formarea personalului medical și organizarea serviciilor medicale, pentru ca la toți bolnavii să se aline suferința atât cât permite stadiul actual al cunoștințelor medicale ;
- I.b. să atragă atenția medicilor asupra faptului că bolnavii au dreptul, dacă îl cer, de a fi informați complet despre boala lor și asupra tratamentului prevăzut, și asupra faptului că atunci când intră într-un spital să fie informați asupra regulamentului și funcționarea echipei medicale ;
- I.c. să vegheze ca toți bolnavii să aibă posibilitatea de a se pregăti psihologic pentru moarte și să prevadă asistența necesară pentru acest moment final – făcând apel la medici, infirmiere etc., care trebuie să primească o educație de bază pentru a putea discuta aceste probleme cu persoanele care simt sfârșitul aproape, ca și la psihiatri, miniștri ai cultelor sau la asistentele sociale specializate, atașate spitalelor ;
- II. să creeze comisii naționale de anchetă, compuse din reprezentanți ai profesiei medicale, din juriști, din teologi morali, din psihologi și sociologi, însărcinate să elaboreze reguli etice pentru tratamentul muribunzilor, să determine principiile medicale de orientare în problema utilizării măsurilor speciale de prelungire a vieții și să examineze situația în care ar putea să se găsească membrii profesiei medicale – de exemplu în eventualitatea sancțiunilor prevăzute de legislația civilă sau penală – dacă au renunțat să ia măsurile artificiale de prelungire a vieții la bolnavii la care agonia a început deja și a căror viață nu poate fi salvată în stadiul actual al științei medicale, și să examineze problema declarațiilor scrise de persoanele juridice abilitate, autorizând medicii să renunțe la măsurile de prelungire a vieții, în special în cazul opririi ireversibile a funcțiilor cerebrale ;

- III. să instituie, dacă nu există încă organizații comparabile, comisii naționale însărcinate să examineze plângerile depuse împotriva personalului medical pentru erori sau neglijențe profesionale, și acest lucru fără a aduce prejudicii competenței tribunalelor ordinare ;
- IV. să comunice Consiliului Europei rezultatele analizelor și concluziile sale pentru a armoniza criteriile asupra drepturilor bolnavilor și ale muribunzilor și mijloacele juridice și tehnice de a le asigura.

Codul de deontologie medicală, inspirat de aceste reglementări, are următoarele prevederi bioetice ce pot deveni baza unor reglementări juridice mai la obiect. Articolele 23-28 obligă medicul a reduce suferințele bolnavului incurabil, asigurând astfel demnitatea muribundului și nu îi acordă dreptul a-i provoca în mod deliberat moartea, chiar dacă a fost cerută insistent de un bolnav perfect conștient și când echivalează cu o crimă.

Deci se interzice cu desăvârșire eutanasia, adică utilizarea unor mijloace apte a provoca decesul, indiferent de gravitatea și pronosticul bolii.

De asemeni, este un atentat la viața unui embrion în cazul întreruperii unei sarcini în afara condițiilor legale. Medicul trebuie să refuze („este liber a refuza”) o atare cerere. Tot astfel, nici o mutilare nu poate fi efectuată fără motiv medical evident și foarte serios, cu excepția unor urgențe *quo ad vitam*. Mai mult, prin actele sale profesionale de investigație și tratament, medicul nu va supune bolnavul vreunui risc nejustificat. În final, Codul condamnă favorizarea sinuciderii prin prevederea ce menționează faptul că medicul nu va înlesni, la fel ca și autovătămările, indiferent dacă o face prin sfaturi, recomandări, împrumut de instrumente, oferirea de substanțe toxice etc. În acest sens, medicul trebuie să refuze orice explicație sau ajutor.

Dreptul de a dispune în privința morții

1. Eutanasia (din gr. *euthanasia*, moarte ușoară) este privită ca o metodă de provocare de către medic a unei morți precoce, nedureroase, unui bolnav incurabil, pentru a-i curma astfel suferința prelungită (DEX).

Distincția care se face este aceea între „moartea dulce”, sau eutanasia activă, realizată de un terț – și care nu este acceptată din punct de vedere legislativ – și eutanasia pasivă sau orthothanasie, care privește dreptul oricărei persoane majore, sănătoasă din punct de vedere psihic, de a se opune prelungirii vieții sale în mod artificial, prin folosirea tehnicilor moderne.

Prima formă nu este acceptată, considerându-se că nu poate fi inclusă în cadrul mai larg al dreptului la viață privată (la care ne-am referit când am analizat documentele internaționale și interpretarea acestora), și totuși există mișcări care cer legalizarea acesteia, cum este cea înființată în 1835 (!) în Anglia și extinsă ulterior în alte țări, afiliată la Federația Mondială a Societăților pentru dreptul de a muri. De altfel, această formă, sunt de părere unii autori (V. Marange), a fost folosită de către naștiți, pentru care întreaga practică medicală devenise „tehnică”. Utilizarea gazului otrăvitor – monoxid de carbon și apoi Zyklon-B – a fost considerată ucidere „omenoasă”. Intervenția medicului în astfel de practici s-a redus oare numai la alegerea modalității întreruperii vieții? Este zguduitoare afirmația unui neuropsihiatru nazist (Wehrmacht) care, întrebat fiind dacă suferă de anxietate sau are asemenea vise – urmare a asasinatelor la care asista sau a destăinuirilor colegilor săi pe care-i trata –, a răspuns că el nu a omorât niciodată, calitatea de medic permițând poziția de „outsider”.

Rolul jucat de biologi și medici în elaborarea teoriilor naziste și, mai târziu, în selectarea victimelor și exterminarea acestora a fost, considerăm noi, o mostră a crizei eticii medicale. Eutanasia a fost practică pe zeci de mii de bolnavi mintali în Germania între anii 1933-1945.

Istoricul ortothanasiei începe în anul 1976 (26 ianuarie), când Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei a analizat aspectul valabilității declarațiilor exprimând consimțământul persoanelor care abilitau medicul să renunțe la orice măsură cunoscută în situația încetării funcțiilor cerebrale.

La 20 aprilie 1977, Academia elvețiană de științe medicale a adoptat o directivă în conformitate cu care medicul, în cazul persoanelor ale căror afecțiuni evoluează ireversibil și care nu ar mai putea fi conștiente, este liber să nu mai folosească nici una dintre resursele terapeutice apte de a-i prelungi viața.

Pe plan jurisprudențial, unul dintre exemple este decizia Curții Supreme a Statului New York (decembrie 1979), care aviza debransarea aparatului respirator al unui bolnav în vârstă de 83 de ani.

Tot în anul 1976, Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei (în Rezoluția nr. 779) arăta că scopul exclusiv al practicii medicale nu este acela de a prelungi viața, ci și acela de a recunoaște bolnavului „dreptul de a nu suferi inutil”.

Adunarea Medicală Mondială (în Declarația asupra fazei finale a bolii, adoptată în cea de-a 35-a sesiune a Adunării Medicale în 1983) menționa

că medicul se va putea abține de la orice tratament extraordinar dacă nimeni nu poate spera că acesta este favorabil pacientului.

2. Suicidul reprezintă un drept al omului, o libertate fizică? Fără doar și poate, nu se poate răspunde tranșant la această întrebare, se pot doar provoca o serie de răspunsuri.

Unele persoane, atașate de o anumită religie sau împărtășind anumite convingeri filosofice, ar putea considera suicidul drept cea mai mare lașitate. Altele, dimpotrivă, ar putea considera acest act ca o dovadă supremă de exprimare a demnității persoanei în fața morții, prin libertatea de a decide ce anume să facă cu propriul corp, în ce moment și în ce modalitate.

Din punct de vedere juridic, suicidul nu este incriminat. Este o situație similară cu cea a concubinajului (căsătoria de „mâna a doua” sau în afara legii, cum s-a spus), care nu este definitiv interzisă și coexistă cu cea producătoare de efecte juridice. La fel și suicidul; el coexistă cu moartea neprovocată sau accidentală.

În legislația românească actuală este incriminată „determinarea sau înlesnirea sinuciderii” – în art. 179 Cod penal –, care vizează practic pedepsirea persoanelor care se fac vinovate de asemenea acte îndreptate împotriva minorilor sau a persoanelor care nu sunt în stare să-și dea seama de fapta lor sau nu pot fi stăpâne pe faptele lor – deci cele care au nevoie de ocrotire specială. Codul penal din 1948 prevedea în articolul 468 (al. 1) pedepsirea cu „temniță grea, de la trei la opt ani” a persoanei care „ucide un om în urma rugăminților stăruitoare și repetate ale acestuia”. Alineatul următor al aceluiași articol se referă la pedeapsa aplicată celui care „determină pe altul să se sinucidă, sau îi întărește hotărârea de a se sinucide, ori îi înlesnește în orice mod executarea, dacă sinuciderea a avut loc”. O pedeapsă mai ușoară (de la 1 la 5 ani închisoare corecțională) era prevăzută în ultimul alineat pentru aceeași faptă săvârșită „sub impulsul unui sentiment de milă, pentru a curma chinurile fizice ale unei persoane care suferea de o boală incurabilă și a cărei moarte era inevitabilă din această cauză”, text care nu face referire expresă după cum se observă, la calitatea specială de medic a făptuitorului.

Dacă revenim însă la dreptul persoanei de a dispune de corpul său, desigur, vom fi tentați să aflăm care este întinderea acestuia și, în același timp, care sunt limitele acestui drept. Care este, de pildă, deosebirea dintre suicidul generat de un eșec (școlar, profesional, familial etc.) și cel rezultat din refuzul de a primi o transfuzie sau, mai trist, rezultat al unui protest împotriva puterii (concretizat din ce în ce mai frecvent prin greva

foamei)? Sigur, pentru aceste ultime situații există remedii medicale (alimentarea artificială, supravegherea etc.) – a se vedea Declarația de la Tokio a Adunării Medicale Mondiale din octombrie 1975 – însă ele reprezintă forme de refuz al vieții.

Sunt cazuri în care intervenția medicului este posibilă, după cum există situații când acesta nu poate decât să constate că persoana a decedat. Cazurile fericite se finalizează cu dobândirea calității de pacient a persoanei care a avut tentativa de suicid – dar nu și de bolnav.

Un alt aspect despre care considerăm că favorizează recurgerea la acest gest disperat este exagerata și necontrolată mediatizare a cazurilor – indiferent dacă sunt sau nu spectaculoase metodele folosite. Publicarea pe primele pagini ale ziarelor, chiar dacă uneori este însoțită de bune intenții – cum ar fi, de pildă, încercarea de sensibilizare a guvernanților asupra unor greutăți cu care se confruntă populația –, de multe ori reprezintă o veritabilă instigare la sinucidere. Din punct de vedere juridic, al respectului dreptului la intimitate, asemenea acțiuni trebuie să atragă răspunderea ziariștilor.

O altă lumină trebuie să cadă, într-adevăr, asupra cazurilor care doresc să atragă atenția asupra condițiilor improprii de detenție în penitenciare, a abuzurilor, relelor tratamente sau torturilor practicate în asemenea instituții, sau a celor individuale care sunt făcute în scopul demonstrării nevinovăției într-un proces penal. Toate aceste exemple reprezintă o altă fațetă a înțelegerii drepturilor fundamentale, ca modalitate de a se pune în serviciul celorlați oameni.

Declarația AMM asupra eutanasiei

Eutanasia, adică oprirea vieții unui pacient printr-un act deliberat chiar la cererea acestuia sau a aparținătorilor, este contrară eticii.

Aceasta nu împiedică medicul să respecte voința pacientului de a lăsa ca procesul natural al morții să-și urmeze cursul în faza terminală a bolii.

Declarația AMM cu privire la moarte (Sydney, 1968, modificată în 1987)

1. Determinarea momentului morții este, în cea mai mare parte a țărilor, sub responsabilitatea legală a medicului și așa trebuie să rămână. Medicul va fi în general capabil să se pronunțe fără ajutorul special și pe baza criteriilor clasice cunoscute de toți medicii asupra decesului unei persoane.

2. Două procedee moderne medicale au făcut totuși necesar studiul mai aprofundat asupra momentului morții:
 - a) posibilitatea de a menține, prin metode artificiale, oxigenarea țesuturilor care puteau fi în mod ireversibil alterate și
 - b) utilizarea organelor de la cadavre, precum rinichii sau inima, pentru transplant.
3. Problema devine mai complexă prin faptul că moartea este un proces gradat la nivelul celulelor, țesuturile reacționând diferit la lipsa de oxigen. Interesul clinic nu rezidă totuși în menținerea celulelor izolate, ci a persoanei. Problema momentului morții diferitelor celule și organe este aici mai puțin importantă decât certitudinea că procesul a devenit ireversibil, oricare ar fi metodele de resuscitare ce pot fi utilizate.
4. Este esențial să se constate oprirea ireversibilă a tuturor funcțiilor creierului și trunchiului cerebral. Această constatare va fi bazată pe o judecată clinică susținută, dacă e necesar, de unele aparate, permițând un diagnostic. Totuși, nu există, în stadiul actual al cunoștințelor medicale, un criteriu unic care să dea deplină satisfacție și nici un procedeu tehnic actual nu poate înlocui judecata medicului. Dacă urmează o transplantare de organe, determinarea decedului va trebui făcută de doi sau mai mulți medici, iar medicii care determină momentul morții nu trebuie în nici un caz să fie implicați direct în transplantare.
5. Determinarea momentului morții va permite, din punct de vedere etic, oprirea efortului de reanimare și, în țările în care legea o permite, recoltarea organelor, având grijă să se respecte condițiile legale în materie de consimțământ.

Declarația Drepturilor Omului în ceea ce privește dreptul la viață are surse filosofice (ce vin din dreptul natural) și juridice (în *Habeas Corpus* din 1679 și Declarația drepturilor de libertate, egalitate și fraternitate a Revoluției franceze din 1789).

Din Declarația Drepturilor Omului a derivat Declarația Drepturilor Copilului, din 1959, care în principiu releva obligația de a oferi dragoste și înțelegere afectivă copilului și în final securitate, obligație ce revine părinților, și stipula că numai în situații excepționale copilul va fi separat de mama sa.

Drepturile omului ca stăpân pe corpul său au evoluat astăzi în două direcții pregnante, și anume către un drept la moarte și către libertatea de procreație. Dar astăzi se vorbește și de o Declarație universală a drepturilor omului, atât față de el, cât și față de familie, față de alții sau față de

mediu, declarație care se corelează cu evoluția justiției către umanizare progresivă prin formarea de magistrați ai relației cu publicul, prin simplificarea limbajului juridic, prin acordarea de consultații gratuite, prin creșterea opiniei publice în justiție consecutiv imparțialității și independenței tribunalelor, prin dreptul cetățeanului la a fi judecat de astfel de tribunale. Independența tribunalelor se asigură prin principiul inamovibilității magistraților și prin atribuțiile Consiliului Superior al magistraturii.

În ceea ce privește dreptul la viață și la integritate psihofizică, dreptul aduce în discuție următoarele probleme :

Deși drepturile și libertățile persoanei sunt inalienabile, societatea trebuie totuși să le protejeze, în care scop oamenii au obligația :

- de a-și prezerva și stabili starea de sănătate prin prevenirea bolilor, pentru aceasta trebuind să aducă toate ameliorările cuvenite mediului de viață și să accepte identificarea purtătorilor de riscuri de boală ;
- să se supună examenului medical prenuptial pentru a evita transmiterea bolilor, mai ales venerice, în cadrul cuplului ;
- să se supună prevederilor normative legale privind lupta contra bolilor venerice și psihice ;
- să respecte obligația juridică de a declara unele boli cu risc de extindere și de a suporta unele procese, precum vaccinarea, controalele, tratamentele impuse, ca de exemplu, pentru bolile venerice sau pentru bolnavii psihici periculoși etc. Astfel, deși pentru evitarea proliferării bolii SIDA depistarea în masă și carantina nu sunt fiabile, declararea bolii care rămâne însă sub anonim este obligatorie. În acest sens, medicul nu e obligat a informa partenerul despre boala soțului dacă nu este autorizat în mod expres de purtătorul virusului.

Dreptul la viață este asigurat de societate prin garantarea securității persoanei și a dreptului la viață decentă. În prima situație, Convenția Europeană stipulează că dreptul la viață al oricărei persoane este protejat de lege prin menținerea ordinii sociale, prin indemnizarea victimelor actelor infracționale, până la eliminarea armelor nucleare sau chimice, iar relativ la dreptul la o viață decentă, Declarația universală a drepturilor omului din 1948 consacră prevederea că orice persoană are dreptul la un nivel de viață în măsură să-i asigure sănătatea, starea sa de bine și a familiei sale.

Dreptul la integritate psiho-fizică se realizează prin limitarea violenței în caz de legitimă apărare, prin sancționarea infracțiunilor contra

persoanei, prin refuzul legal de a beneficia de drumul public prin conducerea unui vehicul, prin obligativitatea vaccinărilor sau chiar prin refuzul unui tratament, dar până la un anumit punct, încât să nu lezeze pe altul, prin sancționarea penală și civilă a atingerilor ilegale aduse integrității psiho-fizice. În acest cadru se include și interzicerea torturii prin Convenția ONU din 1986, a tratamentelor crude, inumane sau degradante și prin instituirea unui Comitet European de supraveghere a acestor abuzuri prin Convenția Comitetului de miniștri din 1987. Astfel, jurisprudența a considerat inumane sindromul culoarului morții de așteptare în ani a pedepsei capitale în SUA, tratamentul forțat cu calmante în arestul poliției, izolarea celulară prelungită, tehnicile ce provoacă frică, angoasă, inferioritate sau umilință. Într-un astfel de demers se pune problema posturii medicului ce execută pedeapsa capitală printr-o injecție letală sau a chirurgului arab ce amputează brațul, deși sub anestezie, dacă aceste roluri nu sunt similare tehnicilor de obținere a adevărului judiciar prin diferite seruri (serul adevărului practicat de naziști) și care trebuie considerate o colaborare la tortură deoarece ele sunt contrare jurământului Asociației Medicale Mondiale din 1948 ce prevede că „nici sub amenințare medicul nu trebuie să pună cunoștințele sale medicale în serviciul celor ce violează legile umanității”.

Această prevedere este întărită de Declarația Adunării Generale ONU din 1982 prin care se atestă că medicul nu are dreptul de a viola etica medicală fără a fi considerat astfel complice la tortură.

În aceeași idee de respect al integrității psiho-fizice a persoanei umane se încadrează și interzicerea experiențelor medicale pe om fără consimțământ liber (de exemplu, legea franceză din 1988), mai ales a cercetărilor cu finalitate terapeutică indirectă, adică a acelor ce nu au avantaje terapeutice pentru subiectul supus cercetării, față de cercetările cu finalitate terapeutică directă ce sunt legitime dacă se respectă condițiile prevăzute de reglementările în vigoare (de exemplu, Convențiile Europene din 1975, 1988). Nerespectarea acestor condiții duce la asumarea răspunderii penale și civile pentru vătămările produse. Pentru cercetările cu finalitate terapeutică directă, în lipsa greșelii, societatea a instituit un fond de asigurări din care victimele vor fi indemnizate.

Între obligațiile impuse în mod expres cercetărilor medicale pe om, consimțământul clar și liber după o informare detaliată ocupă primul loc. În caz de încălcare a consimțământului, în Franța pedeapsa este de la 6 luni la 3 ani, plus amendă, iar pentru evitarea abuzurilor, cercetările fără

finalitate terapeutică directă, în țările unde sunt admise, au nevoie de avizul prealabil al unui comitet de etică și se țin în evidența Ministerului Sănătății.

În scopul respectului integrității psiho-fizice a persoanei, legea interzice și munca forțată sau obligatorie, inclusiv în penitenciare, dacă „detenția e regulată și unde munca nu trebuie să fie lungă și penibilă, mai ales în raport cu vârsta”.

Dreptul la viață privată include mai multe aspecte :

- Secretul profesional de a fi (de exemplu, bolnav) și a avea (de exemplu, un patrimoniu) ;
- Dreptul la anonimat (de exemplu, la nedivulgarea corpului) ;
- Protecția informației nominative (a numelui ce duce direct sau indirect la identificarea unei persoane fizice, cu protejarea datelor din fișiere prin secret profesional) ;
- Respectul vieții relaționale și sentimentale.

Privire generală și metadeschideri privind relațiile dintre știință, drepturile omului și lege

Eutanasia, ca solicitare a unui test de suprimare a suferințelor prin moarte, este sancționată penal și civil în Franța, deși, în jurisprudență, jurații îi achită adesea pe acești „criminali din milă”. Dar în lume există o mișcare amplă pentru dreptul de a muri (cea mai veche societate înființată în 1835, în Anglia), afiliată la Federația Mondială a Societăților pentru dreptul de a muri. Tendința este astfel de a recunoaște un drept la ortotanasi (eutanasi pasivă), adică de a nu aplica „încăpățânarea terapeutică” unor astfel de „morti vii”. În Franța, Asociația pentru prevenirea copilăriei handicapate susține legalizarea acestui gen de eutanasi pentru cei 15 000 de nou-născuți anormali și nevindecabili și deci fără o perspectivă de viață demnă. Legea Caillavet recunoaște dreptul persoanei de a se opune la prelungirea artificială a vieții în caz de afecțiuni incurabile prin ceea ce s-a numit testamentul biologic, autentificat în prezența a doi martori. Rezoluția Consiliului Europei din 1976 autorizează medicii a renunța la măsurile de prelungire a vieții în baza unei declarații scrise făcute de o persoană juridic capabilă. O astfel de atitudine față de cei incapabili de o viață relațională conștientă o adoptă multe societăți științifice europene (de exemplu, Academia elvețiană). Mai mult, Curtea Supremă din Statul New York a autorizat întreruperea reanimării artificiale la un bătrân de 83 de ani și Curtea Supremă SUA a afirmat, în cazul Nancy Cruzan, că dreptul de a trăi include și dreptul de a muri și asociații similare de tip *exit* există în Elveția, Norvegia, Suedia, Danemarca, Japonia, Australia, Noua Zeelandă, Africa de Sud, SUA! În Franța, Asociația pentru dreptul de a muri cu demnitate militează pentru modificarea Codului penal ce pedepsește medicul dacă nu dă asistență unei persoane în pericol în astfel de cazuri, recunoscând dreptul legal la un testament biologic. Se cere proclamarea dreptului constituțional de a dispune liber de corpul și viața fiecărui individ și de a-și alege mijloacele și momentul terminării vieții de către persoanele majore cu facultățile sănătoase, în

caz de afecțiuni sau infirmități incurabile, invalidante, ireversibile sau în cazul amenințării senilității.

În 1976, Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei recomandă ca „prelungirea vieții să nu fie un scop în sine” și recunoștea bolnavului „dreptul de a nu suferi inutil”, dându-le statelor membre indicația de a se ocupa de asistența psihologică necesară sfârșitului vieții. Declarația de la Veneția a Asociației Medicale Mondiale din 1983 recomandă medicului a se abține de la tratamentele extraordinare ce nu aduc speranța unor beneficii pentru bolnav. Această abținție nu trebuie să priveze persoana de un tratament uman al suferințelor sale, ca și de menținerea în activitate a unor organe destinate grefelor. Comisia pentru mediu și sănătate publică a Parlamentului European stipulează astfel că „demnitatea este ceea ce definește viața umană” și că „eutanasia este respectul vieții” (1991). Faptul a determinat Comitetul Național de Etică a Științelor vieții din Franța să ceară o reglementare legitimă în acest sens.

Majoritatea legislațiilor nu pedepsesc suicidul și tentativa de suicid, dar care este atitudinea față de suicidul asistat, în care cineva dorește a da ajutor unei persoane ce s-a decis a se sinucide ?

Indiferent de punctele de vedere filosofice față de suicid, ca lașitate în fața încercărilor existenței sau încălcare a caracterului sacru al vieții ce nu aparține omului, mulți consideră suicidul ca expresie supremă a libertății individuale, și anume libertatea de a dispune de propria viață. În acest sens, în Franța jurisprudența a recunoscut dreptul celui în comă după o tentativă de suicid și care a lăsat scris că refuză reanimarea de a i se respecta voința (1973). Dar legislațiile pedepsesc abținerea voluntară de a da asistență unei persoane în pericol în condiții de lipsă a riscului pentru el și pentru terțe persoane. Astfel, când cineva l-a informat pe autorul ce a scris *Suicidul – mod de utilizare* despre intenția sa de a se sinucide, cerându-i precizări asupra modului de suicid descris în carte, autorul, care nu a întreprins nimic pentru a preveni gestul, a fost inculpat pentru acest gen de infracțiune (1988). Deci, până unde trebuie să respectăm voința de sinucidere? De exemplu, în cazul refuzului unei transfuzii la un traumatizat sau în cazul refuzului asistenței în greva foamei, medicul se află în fața unui bolnav sau a unui pericol pentru viață? Declarația de la Tokio din 1975 recomandă medicului a nu încălca demnitatea persoanei, dacă ea este capabilă a formula o judecată rațională și conștientă, de a nu interveni, după ce a prezentat persoanei riscurile atitudinii adoptate pentru viața sa. Dar voința liberă și conștientă a persoanelor aflate în astfel de situații nu trebuie încurajată. O lege din

Franța din 1987 condamnă suicidul asistat și pedeapsa e mai mare dacă această provocare se exercită asupra unui minor. De asemeni, se sancționează propaganda sau publicitatea în favoarea produselor, obiectelor sau metodelor de suicid.

Libertatea de procreare include :

1) Libertatea conștientă de a procrea (dreptul de a avea copii), dar natalitatea depășește câmpul strâmt al familiei și interesează întreaga societate. Aceasta înseamnă a decide momentul și numărul de copii (Declarația ONU din 1969 asupra dezvoltării sociale), de unde reglementarea nașterilor prin contracepție și sterilizarea nonvoluntară a bolnavilor psihici (100 000 persoane sterilizate anual în SUA). La fel în Danemarca sau Finlanda pentru femei cu QI sub 75.

Procrearea artificială e un paleativ al procreării naturale dificile și imposibile. Astfel, sterilitatea bărbatului poate fi remediată prin inseminare artificială cu sperma soțului, inclusiv cu sperma congelată a soțului decedat cu care e însămânțată văduva sa, dar religia se opune nașterii unor orfani pe această cale. Fecundarea artificială se poate realiza și cu un donator anonim de spermă. Spermă se donează de către bărbați sub 45 de ani, cu acordul soției și se păstrează congelată în stații de conservare aprobate prin lege (inseminare heterologă). Legea Caillavet a fost adoptată și include și inseminarea unei femei necăsătorite cu spermă unui donator, inseminarea putând avea loc în condițiile respectării a patru principii : consimțământul cuplului, confidențialitatea operației și a donatorului, evitarea indicațiilor eugenice și caracterul gratuit al procedurii.

În cazul sterilității femeii, pe lângă separarea actului sexual de fecundație, se separă și fecundația de gestație (o femeie donează ovulul și alta, gestatrice, poartă sarcina). FIVETE (fecundația *in vitro* cu transfer de embrioni) include trei tehnici, și anume stimularea ovariană, fecundarea *in vitro* și implantarea embrionului în uter.

FIVETE poate fi homologă (cu sperma soțului și implantarea embrionului în uterul soției), heterologă (cu sperma unui donator și cu donarea de ovul, fie cu sperma soțului dar fecundare *in vitro* și implantarea embrionului în uterul soției sau în uterul unei mame purtătoare). În acest caz, mama genetică va da numele copilului, mama purtătoare fiind doar un incubator. În cazul când o altă femeie donează ovulul și îl poartă în uter, soția va adopta copilul. Ea este doar mamă socială. Contractul de substituție a mamei în afara sterilității este ilicit (locația uterului). În caz de embrioni supranumerari, și Convenția Americană a drepturilor omului

stipulează că dreptul la respectul vieții e protejat de lege de la concepție. Deci embrionul e o persoană umană potențială și nu poate fi distrus.

2) Dreptul de a refuza procrearea. Întreruperea sarcinii este un drept la respectul vieții intime a mamei (Convenția Europeană a Drepturilor Omului). Alții, dimpotrivă, consideră că tocmai întreruperea de sarcină este o încălcare a drepturilor omului. Ca și în legislația noastră, în primele trei luni femeia are însă dreptul de a dispune singură de corpul său. În cazul nașterii unui copil prejudiciat, acesta are dreptul la repararea prejudiciului, mai ales atunci când o tentativă de întrerupere a sarcinii a eșuat? Un diagnostic prenatal poate duce la astfel de malformații și recomandă întreruperea sarcinii, dar totul rămâne la latitudinea soților, după informarea lor.

Utilizarea licită a fetoșilor în tratament și cercetare este supusă avizului unui Comitet de Etică și numai dacă altă soluție terapeutică nu mai există, iar cercetarea este fără scopuri comerciale sau industriale. Părinții au însă dreptul de a se opune unor astfel de utilizări.

Donarea de organe. Conceptul intangibilității corpului persistă încă, deși Vaticanul a admis oprirea reanimării artificiale pentru a dispune de organele decedatului.

Prelevările *in vitro*. Prelevarea de sânge uman și țesuturi se face exclusiv în scop terapeutic, față de prelevările *post-mortem* ce se pot face și în scop științific. Pentru prelevările *in vivo*, consimțământul persoanei (donatorului) este absolut necesar, după ce aceasta a fost informată cu privire la consecințele asupra sa și asupra receptorului. Consimțământul de a dona un organ neregenerabil (făcut scris și în prezența unui martor) se aprobă de tribunal. De la minori nu se pot recolta țesuturi decât pentru grefe între frați și surori. Avizul îl dau trei experți, iar consimțământul părinților se aprobă de către tribunal. În toate situațiile consimțământul se poate retrace în orice moment.

Prelevările *post-mortem*. Prelevarea de globi oculari pentru transplantele de cornee se face în Franța sub aprobarea medicului ce efectuează autopsia, indiferent de consimțământul familiei, cu excepția cazului când defunctul s-a opus din timpul vieții. Opoziția anturajului nu este valabilă. Deci consimțământul se prezumă în cazul prelevărilor *post-mortem*.

Prelevările de la cadavre implică o definiție a morții, iar prelevarea se face doar în instituții autorizate.

Comerțul cu corpul. Prostițuția. Prostițuția face o excepție de la principiul prin care corpul este în afara comerțului. Principiul e că, fiind

sacru și personal, corpul este în afara oricărei tentative de comercializare. Din acest motiv donările de țesuturi și organe sunt onorifice și nu pecuniare. Prostituția poate fi o măsură necesară pentru prevenirea infracțiunilor penale (a violului) și pentru protecția morală ori a sănătății. Azi, în multe țări, prostituția e un act privat, nici reprimat, nici interzis.

În aceste condiții, fiscalul cere impunerea unei activități din care se creează un profit, iar obligativitatea controlului sanitar al prostituatelor se face prin inspectori – femei – și nu prin registre de înscriere.

Spitalizarea psihiatrică. Legile actuale vizează protejarea libertăților individuale ale bolnavului psihic, chiar împotriva progreselor terapeutice. Într-un stat de drept și într-o societate pluralistă, spitalizarea bolnavului psihic nu trebuie utilizată pentru „îndepărtarea nonconformiștilor” (Declarația ONU, 1971, Convențiile Europene privind protecția bolnavilor mintali). Dar legislația trebuie să satisfacă obiective deseori contradictorii (de exemplu, pericolozitatea psihică).

Spitalizarea forțată. Deși frecvent internarea bolnavului psihic este voluntară, în 11 % din cazuri ea este forțată fie la cererea unui terț, fie din oficiu. În ambele situații starea mintală a unei persoane trebuie în prealabil evaluată prin diagnostic psihiatric. La solicitarea unui terț, internarea nu se poate face decât dacă supravegherea se impune a fi imediată și într-un mediu spitalicesc. Bolnavul e examinat de doi medici ce eliberează două certificate medicale cu indicația de internare și primul certificat trebuie confirmat de un altul pe timpul tratamentului. Primul certificat e dat de un medic ce nu lucrează în spitalul în care bolnavul se va interna și medicii nu vor fi rude până la gradul IV inclusiv cu bolnavul și cu terțul care cere internarea. Numai în caz de urgență în Franța legislația admite internarea fără certificat medical și îl obligă apoi pe directorul spitalului a elibera certificatul. Internarea fără astfel de formalități se sancționează penal.

Spitalizarea din oficiu. Se face la cererea poliției, pentru tulburarea ordinii publice sau periclitarea siguranței persoanelor și trebuie probată de un certificat medical al unui psihiatru ce nu lucrează în spitalul în care se va interna bolnavul. De asemeni, solicitarea externării unui bolnav periculos trebuie anunțată poliției pentru a decide (a se opune), ca și internarea la cererea unui terț.

Protecția bolnavului în spital. În spital există un serviciu și un registru cu informații nominative în care semnează opiniile lor prefectul, președintele tribunalului, comisia departamentală de spitalizare psihiatrică,

formată dintr-un psihiatru, un magistrat și doi reprezentanți, unul al familiei și un psihiatru al unei organizații civile. O persoană deci nu poate fi internată fără consimțământ decât în condițiile prevăzute de lege. Din acest motiv, persoana este examinată periodic și starea sa este comunicată autorităților competente. Un prim certificat se eliberează la 24 de ore de la internare și un al doilea în primele 15 zile de internare. Un al treilea certificat se elaborează la o lună sau, dacă spitalizarea se prelungeste, din lună în lună. De regulă, aceste certificate se eliberează de alți psihiatri decât cei curenți. Informarea prin aceste certificate se adresează poliției și procuraturii. Comisia Europeană a Drepturilor Omului, ca și cea privind prevenirea torturii, cere ca tratamentul aplicat să fie uman. Bolnavul va avea dreptul de comunicare cu oficialitățile, dreptul de a sesiza Comisia departamentală de spitalizare, de a avea un avocat, de a cere explicații etc. Externarea poate fi apoi de probă și astfel de supraveghere de către sectorul psihiatric competent. Se va urmări astfel readaptarea și reinsertia bolnavilor. Asupra evoluției după ieșirea din spital se informează autoritățile, mai ales tribunalul ce este „gardianul libertăților individuale”. În esență, organele judiciare exercită un mecanism de control încrucișat pentru a fi siguri de inexistența abuzurilor.

Dreptul la respectul identității. Este un drept revendicat de minoritățile sexuale, mai ales de transsexuali, astfel ca personalitatea să li se exteriorizeze în veritabila lor identitate, fără a fi determinați a o camufla. Acest drept la diferență se solicită îndeosebi în homosexualitate și transsexualism.

Homosexualitatea ca inversiune a instinctului sexual, dar fără suferințe mintale cere a se înlătura discriminarea la care sunt supuși, fapt ce duce la considerarea legilor ce o reprimă ca o violare a dreptului la respectul vieții private și la tratarea diferențiată față de heterosexuali. În Cipru și Islanda, homosexualitatea e interzisă. Suedia, Elveția, Franța fixează vârsta minimă pentru aceste relații la 15-18 ani. Danemarca, Italia, Norvegia nu menționează homosexualitatea în lege.

Transsexualismul este sentimentul probat de un individ normal constituit de a aparține sexului opus, cu dorința intensă și obsedantă de a-și schimba starea anatomică sexuală, pentru a trăi în conformitate cu ideea ce și-a făcut-o despre el însuși. Sindromul ridică două probleme :

Este operația de schimbare a sexului licită ? Pentru a nu fi considerată o mutilare, operația trebuie prevăzută de lege ca o necesitate imperativă de tratament și consimțită.

Apoi, cum se rectifică starea civilă a persoanei operate ? Jurisprudența franceză atestă ca licită operația dacă suferința este expresia unui deter-

minism constant, ireversibil, ce scapă voinței subiectului, fapt constatat printr-un diagnostic expertal de transsexualism adevărat, mai ales dacă tulburarea apare în copilărie și în timp persoana s-a comportat contrar sexului său fizic, când operația devine o stare de necesitate și doar dacă psihoterapia nu a dat rezultat (Suedia). Operația trebuie să dezvolte veritabilul sex ascuns al persoanei. Legislația franceză ce a respins schimbarea consecutivă a actului de naștere (a prenumelui) a fost combătută de Curtea Europeană a Drepturilor Omului ce a stabilit că respectul noii vieți private a persoanei justifică schimbarea prenumelui – prin noul rol social asumat și sub justificarea că sexul este un element esențial al personalității umane.

Boli cu extindere în masă. În epidemia actuală, SIDA, se luptă două valori fundamentale opuse: respectul drepturilor individuale și protecția intereselor generale. Datoria dreptului este de a asigura întâi respectarea drepturilor individuale. În 1989 Consiliul Europei a declarat că în lupta cu SIDA respectul drepturilor fundamentale ale individului este condiția reușitei luptei cu acest flagel, și anume evitarea lezării dreptului la libertate al individului și respectul vieții sale private. Această luptă include:

- informarea și revelarea diagnosticului ce interesează opinia publică, populațiile cu risc și practicienii. În acest sens, se pune problema dacă depistarea bolii pentru protejarea colectivității se poate face în detrimentul individului ca în alte tipuri de boli (de exemplu, bolile venerice). Comitetele de etică exclud depistarea sistematică și obligatorie, cu excepția donatorilor de sânge, de spermă, de organe și lapte matern. Depistarea este deci voluntară, anonimă și gratuită, cu acordul prealabil al persoanei. Testul poate fi propus femeilor gravide, în examenul prenuptial etc., dar rămâne a fi acceptat. Seropozitivitatea nu constituie un obstacol la căsătorie. Rezultatul testului (relevarea) este comunicat numai persoanei în cauză și nu și terților, în afara cazului în care există acordul scris al persoanei. Deci secretul medical e doar în interesul bolnavului și medicul nu poate informa decât colaboratorii ce îngrijesc bolnavul (secret partajat). Secretul fiind absolut, un terț neinformaț nu-l poate acuza pe medic de lipsă de ajutor dat unei persoane în pericol. Declarațiile statistice nu violează secretul pentru că sunt anonime;
- accesul la îngrijire e consacrat de Declarația universală a drepturilor omului (1948), de declarațiile ONU, de Carta și Convenția Europeană a Drepturilor Omului, ca și de Constituțiile statelor ce includ dreptul la sănătate ca drept de a beneficia de structuri adecvate de îngrijire a

sănătății. Prin aceste recomandări, Codul penal sancționează refuzul de a trata un bolnav de SIDA, Convenția Europeană a Drepturilor Omului stipulând în mod expres că discriminarea acestor îngrijiri este ilegală, în măsura în care ea disproporționată scopului cerut. Recomandarea 87/25 a Consiliului Europei prevede astfel nevoia luptei comune cu SIDA, fără restricții de mișcare și izolare a bolnavilor, prevedere care lasă loc ideii că prin excepție astfel de măsuri pot fi luate (ca de exemplu, în Suedia, Elveția ce prevăd internarea forțată a celor ce propagă infecția, dar sub control judiciar). Măsuri de constrângere ar putea fi luate și dacă persoana refuză spitalizarea sau este incapabilă a lua măsurile necesare de protecție a altuia ;

- anonimatul persoanei este baza concilierii dintre nevoia protecției vieții private și nevoile colective, inclusiv de cercetare sau epidemiologice care nu pot oculta drepturile recunoscute individului de respect al integrității și demnității sale, de nonrespect al vieții private. În unele țări, datele necesare cercetării sunt oferite cu aprobarea unui comitet de stat. Divulgarea informației nominative se sancționează ;
- medicul are datoria de a informa bolnavul și de a-l convinge (moral, nu juridic) de a-și informa, de exemplu, partenera. De tăcerea medicului se va face vinovată victima (bolnavul) ce va putea fi acuzată de neasistența unei persoane în pericol. Când bolnavul utilizează boala cu intenția de a contamina, se poate merge până la intenția de a ucide ;
- în recoltarea de sânge contaminat și consecutiv în transmiterea bolii, medicul are doar obligații de mijloace (a da îngrijiri atente, conștiente și conforme datelor științifice), în timp ce statul are obligația de a indemniza victimele dacă se dovedește în ce condiții a fost transmisă boala (prin transfuzie), dacă se atestă serologia pozitivă și legătura causală dintre ele. În acest sens, dreptul tinde a evita criminalizarea agentului contaminator.

Drepturile omului, știința și propuneri de lege ferenda

Afirmarea consecventă a drepturilor omului obligă la protejarea lor prin principii de drept (al raționalității, nediscriminării, proporționalității, securității juridice, încrederii legitime, respectului contradicționalității etc.) și consacrare legislativă. Atât procesul inevitabil de aculturație juridică, cât și nevoia de concordanță dintre realitățile și progresul științific cu normele de drept conduc spre adaptarea legilor europene la posibilitățile proprii (de exemplu Programul Demostene pentru țările de est), spre remodelarea legilor existente și spre consacrarea ubicuitar valabilă a drepturilor omului. Un astfel de proces se va realiza însă după criterii specifice de necesitate socială, după criterii democratice pluraliste de adoptare, după criterii axiologice de protejare nelimitată a valorilor prin lege și după criterii juridice de cerință judiciară pentru majoritate, de certitudine și celeritate a deciziilor juridice și, evident, de adevăr judiciar. Din acest punct de vedere, multiple instituții judiciare implică îmbunătățiri *de lege ferenda* dacă nu ne-am referi decât la cele legate de apărarea libertății și demnității persoanei în raport cu cuceririle actuale ale științei și cu unele instituții penale sau procesuale ca pruncuciderea, punerea în pericol a vieții, prejudiciile estetice, formele discernământului față de o faptă imputabilă, independența și contradictorialitatea expertală etc.

Relația știință-drept

Relația științei cu necesitatea de reglementare juridică aduce în discuție două aspecte: al aptitudinii științei de a întări adevărul judiciar și al rolului și aplicabilității noilor tehnologii științifice în domeniul dreptului.

În prima ipostază, justiția trebuie să subiectiveze convingerea de a găsi în știință un puternic ajutor în descoperirea, argumentarea și afirmarea adevărului judiciar. Sub acest aspect se poate raționa că, dacă nu poate exista drept în afara adevărului epistemic, iar adevărul cu coeficient maxim de fiabilitate este acela stabilit prin mijloacele științei, atunci se poate conchide că nu poate exista justiție fără știință. În secolul

actual al epistemologiei, al logicii științifice și al criteriologiei, orice activitate umană fără știință, fără epistemologie, riscă a deveni fără claritate, remarca Einstein. Epistemologia actuală obligă la dovedirea științifică a oricărei afirmații, cu atât mai mult a unei decizii umane, fapt ce aduce în discuție, pe lângă criteriul esențial al adevărului, și anume acela dintre realitatea faptului și constructele mintale umane (acel *adequatio rei intellectus*), și nevoia de a utiliza adevărul în prospectarea și devansarea nomotetică a unor teze socio-juridice, în procesul *de lege ferenda*.

În ceea ce privește aplicarea noilor tehnologii științifice în domeniul dreptului, este de remarcat utilitatea lor în garantarea, într-un coeficient mai mare, a adevărului și reducerea marjei de eroare în protejarea organelor judiciare de falsele acuze de abuz (de exemplu, înregistrările video), în a conferi opiniei publice o mentalitate de maximă securitate publică și în garantarea controlului de opinie publică și chiar în supravegherea unor comportamente reiterate, în scopul reinsertiei lor sociale. De aceea, nu tehnologiile în sine trebuie respinse, ci aplicarea lor incorectă, în disonanță cu drepturile omului. Aplicarea lor în drept devine utilă dacă nu transformă omul dintr-un obiect de comunicare în unul exclusiv de informare, dacă nu estompează dreptul la intimitate, la viața privată, dacă nu încalcă astfel consimțământul opiniei publice privind utilizarea lor. Astfel, noile tehnologii trebuie să evite sentimentele incerte al opiniei publice ce oscilează între dorința de progres și frica dezvoltării lor necontrolate, motiv pentru care ele vor înlătura orice tendință de opresiune, de creștere a puterii omului asupra omului. În esență, astfel de tehnologii trebuie să evite declinul fazei judiciare a procesului judiciar, îndeosebi penal, adică să nu deplaseze actul juridic doar la extremitățile sale de detectare a infracțiunii și de supraveghere penală.

În esență, cunoașterea umană este inevitabilă. În acest proces inevitabil de descoperire științifică, justiția caută semnificațiile sale umane prin care valorile și drepturile omului devin criteriul său principal de aplicare umană și judiciară și promovează neabătut respectul drepturilor și libertăților umane, în scopul de a înlătura orice neliniște generată de ambivalența descoperirilor noi. Este deci adevărat că orice descoperire științifică poate avea o față sumbră și alta clară, de unde nevoia ca omul ce le aplică să dea dovadă de o conștientizare clară a tuturor riscurilor posibile, a amenințărilor reieșite din utilizarea lor improprie. În acest proces, preeminența intereselor individuale în fața celor științifice și sociale, primordialitatea eului uman și numai în cazuri precis stipulate de

lege a celor de interes social sau științific (de exemplu, ca prevenire a infracțiunii și protecție a drepturilor altuia) constituie o regulă esențială a oricărui efort *de lege ferenda*. Sub acest aspect, apare legitimă diferențierea drepturilor în intangibile (care, indiferent de circumstanțe, nu pot face obiect al derogărilor și restricțiilor, ca de exemplu, dreptul la viață, care, deși nu este un drept absolut, dovadă legitima apărare sau în unele locuri pedeapsa capitală, nu poate fi supus unor tratamente degradante, retroactivității legii penale, încălcării principiului *non bis in idem* etc.), condiționale (ce beneficiază de o protecție relativă – de exemplu, dreptul la integritate psiho-fizică) și indirecte (consumate prin drepturi de rigoare).

Domenii de lege ferenda în procesul de aculturație legislativă actuală

Convenția din noiembrie 1996 a Consiliului Europei privind drepturile omului și demnitatea umană față de descoperirile științifice actuale introduce :

- obligativitatea protejării eului uman în demnitatea, integritatea și identitatea sa fără discriminări, interesele ființei umane prevalând asupra intereselor sociale și științifice (art. 1, 2) ;
- consimțământul liber și clar, după o informare adecvată asupra naturii riscurilor unor intervenții, ca și necesitatea protejării persoanelor fără capacitate de consimțământ (cu excepția stărilor de necesitate, de exemplu, a urgențelor) ;
- interdicția intervențiilor ce ar modifica genomul uman și elaborarea condițiilor de cercetare pe om ;
- condițiile prelevării de țesuturi și organe în care, de la cei vii, se va respecta raportul risc/beneficiu și numai onorific obținute.

Convenția introduce și obligativitatea reparării prejudiciilor nejustificate sub motivarea că ideea de bază a unui sistem juridic trebuie să fie și dreptul la reparație a prejudiciilor. Astfel, multiplicarea situațiilor de risc trece indemnizarea în sarcina colectivității sub forma asigurării și constituirii fondurilor de asigurare, motiv pentru care statul, ca responsabil al ordinii publice, trebuie să găsească și soluții de solidaritate și securitate pentru cei supuși riscurilor (accidente de muncă, de trafic, boli profesionale, sport, poluare, riscuri medicale imprevizibile, victime ale terorismului, intoxicațiile în masă, SIDA etc.). Consiliul Europei și Declarația ONU accentuează nevoia instituirii responsabilității obiective

pentru astfel de situații, chiar și în condiții de subsidiaritate (de epuizare a căilor judiciare de obținere a reparației).

Consiliul și Parlamentul European au elaborat 30 de rezoluții și declarații privind variate domenii de activitate umană, științifică, etică și judiciară, care constituie tot atâtea propuneri *de lege ferenda* pentru legislația țării noastre. Mai mult, în aceste domenii se constituie o jurisprudență a Curții Europene de Justiție, cum ar fi depistarea SIDA în rândul populației sau grupelor populaționale cu risc, adopția în cazul cuplurilor transsexuale, sterilizarea involuntară, cercetarea paternității pe baza frecvenței unor markeri în populație, internarea forțată etc.

Pe lângă elaborarea unei Convenții-cadru europene în domeniu, astfel de rezoluții privesc condițiile cercetării științifice pe om, ingineria genetică și experiențele pe embrioni umani sau eutanasia și eugenia. Ne vom opri asupra unor legiferări de viitor imediat, cum ar fi legalitatea prelevării de organe și țesuturi de la decedați (legiferare existentă în toate statele lumii, cu excepția Japoniei), când nu se mai cere consimțământul familiei dacă persoana nu s-a opus din timpul vieții și când consimțământul este prezumat, dar cu obligația donatorului de a cunoaște identitatea receptorului și invers (cu excepția rațiunilor de compatibilitate), condițiile aplicării amprentei genetice în justiție (cu consimțământul persoanei și fără consimțământ numai dacă circumstanțele legale o impun și cu protecția datelor și schimbului de informații transfrontiere) sau atitudinea socio-juridică față de bolnavii psihici, domeniu în care dificultățile de adaptare la normele sociale nu trebuie considerate boli mintale și unde se impune necesitatea definirii criteriilor de alienație mintală. Mai mult, decizia de internare o ia un tribunal care are sarcina reexaminării periodice și încrucșate a oportunității sale.

În domeniul transsexualismului și schimbării sexului, Rezoluția prevede necesitatea unui an de reflecție înaintea oricărei intervenții de conversiune, precum și acordul autorității judiciare după schimbarea legală a sexului. Pentru statele componente, Rezoluția acordă un termen de 5 ani pentru elaborarea „unor principii generale cu valoare constituțională”, deoarece unele state (Belgia, Franța) refuză acestor subiecți noul statut.

În problema pandemiei SIDA, ce atinge fiecare aspect al vieții, se sancționează nedeclararea bolii de către anturaj, transmiterea conștientă a bolii, refuzul tratamentului și se interzice (moratorii) depistarea HIV în populațiile cu risc, în vederea căsătoriei, la angajare, în vederea asigurării sau la imigranți. În acest mod se vor evita multiplele acțiuni și chiar

decizii controversate, cum ar fi acțiunile intentate spitalului ce a întârziat diagnosticul și tratamentul, decizii privind transmiterea bolii prin transfuzii, discriminările dintre respectul confidenței și interesele publice, neinformarea despre boală la căsătorie ori asigurări, tratamentele diverse făcute de o persoană seropozitivă sau nepăstrarea confidenței *versus* obligativitatea declarării cazurilor și purtătorilor etc.

Reproducerea medical asistată (RMA) a creat și va crea cele mai dificile situații și necesități *de lege ferenda*. Socotită de mulți contra naturii, după regula canonică prin care ce nu este natural este imoral, astăzi, în lume, se nasc 300 000 de copii pe an (3%) prin RMA și rata lor crește. Prin multiplele metode de RMA, un copil poate avea 6 părinți: doi genetici, doi adoptivi și doi sociali, încât problemele cele mai acute au privit dreptul copilului la filiație naturală și legitimă și de a fi considerat subiect de drept sau de a-și cunoaște tatăl și mama. Rezoluțiile nu admit RMA decât la cuplurile heterosexuale, căsătorite de cel puțin 2 ani, și numai în baza unui consimțământ scris, în cazul eșecului altor metode de fecundare, cu evitarea riscului de transmitere a unor boli, cu precizarea prealabilă a statutului noului-născut și fără alegerea prealabilă a sexului, cu anonimatul donatorului, cu garantarea metodei ca fiind lipsită de riscuri pentru mamă și viitorul copil (răspundere de rezultat), cu interdicția transferului de embrioni și cu excluderea profitului. Se cere în plus a fi testată și reacția opiniei publice, motiv pentru care, la televiziunea din SUA, prezentarea primului caz s-a făcut ca și cum RMA ar fi fost realizată în Australia. Consimțământul la RMA se va da în fața unui tribunal sau a unui notar, după informarea prealabilă privind consecințele RMA asupra filiației.

În mod concret s-a legiferat, și justiția a decis că, dacă gameții sunt donați, soțul este considerat tată legitim și soția ce naște este mamă, cât timp, dacă soțul a consimțit la inseminarea artificială, el nu poate contesta legitimitatea copilului.

Rezolvarea s-a considerat similară și în situații de concubinaj. Astfel, între donatorul de gameți și copilul conceput prin procreare artificială nu se poate stabili nici o legătură de filiație și nici o acțiune pentru pensie alimentară nu se poate intenta contra sa. Cel mult, în circumstanțe particulare, donatorul ce a consimțit la donare nu poate avea decât dreptul eventual de a fi tată adoptiv. În Franța, consimțământul la RMA nu obligă la recunoașterea paternității, față de Suedia, unde situația este diferită. În majoritatea statelor însă, consimțământul interzice orice acțiune în contestarea filiației, precum și filiația între un donator terț și copil.

În RMA cu mame de substituție se admite că cine consimte a fi mamă de substituție nu poate obține nici un avantaj din această închiriere de organ, așa încât nici un contract dintre ea și cuplu nu poate fi invocat, deși ea poate îngriji copilul după naștere. Astfel, consimțământul la RMA în interesul altuia este nul și neavenit, iar copilul nu are dreptul de a-și cunoaște mama și tatăl genetic (ca și în caz de adopție sau de incest).

Cu toate aceste reglementări, noi situații *de lege ferenda* pot rezulta : cum se va rezolva filiația în caz de RMA cu gameții soțului după divorț, când soțul poate invoca un avort pentru a nu fi declarat tată fără voia lui, iar mama invocă dreptul ei inalienabil de a decide asupra corpului său. Viața poate aduce și alte situații judiciare de acest gen.

Este interzis a crea ființe umane identice (clonaj) sau a realiza progeni prin fuziunea gameților umani cu gameții altor specii.

Bioetica, punte între științele vieții și drept

Bioetica s-a născut în secolul revoluției tehnico-științifice din impactul descoperirilor științifice cu drepturile inalienabile ale omului. Sarcina sa rezidă în a apăra omul de eventualele abuzuri ale descoperirilor științifice, în cadrul ONU afirmându-se deja că știința poate pune în pericol drepturile omului. Rolul bioeticii este de a devansa ceea ce trebuie să ajungă util din știință pentru om și astfel de a constitui propuneri *de lege ferenda*. Bioetica devine astfel o punte între știință și drept, o legătură de filiație firească între ele și, mai mult, ei îi revine rolul de a umple golurile din sfera juridică prea largă față de polimorfismul situațiilor umane.

Bioetica pleacă de la realitatea faptului că dreptul la viață și sănătate constituie nucleul central al drepturilor omului, de unde decurg consecințe inevitabile, și anume :

- ca între demnitatea ființei umane și resursele sale economice, sociale și juridice să fie o concordanță ;
- ca între individualitatea drepturilor omului și universalitatea cuceririlor științifice și juridice să fie o inevitabilă filiație ;
- ca într-o societate pluralistă și deschisă, prin bioetică și știință, legea să fie dinamică și flexibilă ;
- ca între primordialitatea drepturilor persoanei și nevoile comunității să fie o concordanță deplină pentru ca, astfel, declarațiile în domeniu să nu fie doar retorice.

Într-un astfel de demers, bioetica este ajutată și de oamenii de știință înșiși, conștienți de riscurile descoperirilor științifice în aplicările lor

umane. Mișcarea Universală pentru Responsabilitatea Științei militează astfel pentru introducerea unui nou articol privind responsabilitatea omului de știință în Declarația universală a drepturilor omului.

Activitatea unor organizații internaționale și naționale, printre care a Consiliului Europei, include 30 de rezoluții și declarații date în ultimii 15 ani și instituirea unor comisii de experți pentru avizarea lor în spiritul demersului *de lege ferenda*. Mai mult, competența Curții de Justiție Europene s-a extins și asupra acestor rezoluții și declarații, chiar dacă încă nu au fost legiferate.

Pentru legislația viitoare a țării noastre, experiența acestor organisme și conținutul acestor rezoluții, declarații sau legi trebuie să constituie condiții *sine qua non de lege ferenda*.

Metadeschideri de lege ferenda. Aculturație și racordare la legislația europeană

Grupurile sociale, ca și comunitățile umane, se află în interdependență relațională și una din manifestările cele mai frapante ale acestei interdependențe o constituie fenomenul de aculturație. În lucrările antropologilor americani, fenomenul reprezintă o difuziune a culturilor pentru ca astăzi să reprezinte „procesul de interacțiune a două culturi, precum și modificările ce se produc ca urmare a comunicării dintre ele”. Aculturația este deci o întrepătrundere a două culturi, precum și o sinteză ca efect al acestei întrepătrunderi. Astfel, cultura europeană este rezultatul interacțiunii dintre cultura nordică și cea sudică, dezvoltându-se apoi într-o entitate nouă care astăzi se manifestă ca o cultură deschisă altor tipuri de influențe culturale intercontinentale. O astfel de cultură nouă este totdeauna mai bogată în conținut.

Cum în cultură se încadrează și dreptul, interacțiunile juridice (aculturația juridică) constituie un avantaj pentru societate. În Roma antică, receptarea legilor grecești date de Solon în secolul VI î.Hr. au dus la sinteza Legii celor XII table (*Lex Duodecim Tabularum*) de la începutul secolului V î.Hr. și apoi a întregului drept roman ce dăinuie și astăzi ca valabilitate prin paradigmele sale. Mai târziu (începând cu secolul III î.Hr.), pe fenomenul juridic romanist se va greșa influența covârșitoare a gândirii aristotelice. Interferența dreptului roman (ca fundament al dreptului bizantin) cu cutumele specifice fiecărui popor s-a manifestat într-o legislație pozitivă și în Principatele române, caz ce a dus la elaborarea *Pravilelor* lui M. Basarab și V. Lupu, iar în secolul al XIX-lea

era evidentă influența dreptului francez în legislația Principatelor. Fenomenul de aculturație juridică se produce și în țări cu puternică tradiție cutumiară, ca de exemplu Japonia, unde sistemul juridic feudal s-a înlocuit cu altul modern de influență germanică prin constituirea unui nou Cod civil. Sistemul juridic turc a înglobat codurile de legi elvețiene în cadrul Codului civil, comercial și de procedură civilă.

Fenomene interne de aculturație juridică se înregistrează astăzi în Europa Centrală și de Est, unde tranziția spre regimuri democratice și structuri statale de drept impune înlocuirea legilor vechi sau a vidului legislativ cu legislații specifice țărilor cu vechi tradiții democratice. Astfel, dinamica legiferării se află în schimbare lentă sau rapidă, profundă sau superficială.

Fenomenul de aculturație este cu atât mai important în domeniul drepturilor omului, cu cât diferențele culturale sunt extrem de mari. Statele și popoarele se identifică practic printr-o multitudine de obiceiuri, religii, norme morale și practici politice. Există grupuri sau culturi mult mai receptive la anumite alte culturi, și mai tolerante, iar altele care practică o intoleranță nejustificată. Este, totodată, recunoscut și încurajat, în unele culturi un individualism exacerbant. În altele, primatul îl deține colectivismul, considerat a fi mai oportun pentru realizarea binelui general. Exemplele pot fi cele din societățile tradiționale africane, unde a fi persoană înseamnă a fi încorporat într-un fel sau altul într-un grup, sau cele din China, unde comunitatea și obligația (și nu obligațiile reciproce) sunt puse înaintea individului și a drepturilor (R. Vincent).

Persistă, de asemenea, anumite practici dictate de tradiție, acel „despotism al cutumei” (John Stuart Mill), dintre care unele vin în contradicție cu drepturile omului, cum ar fi acoperirea feței și trupului femeilor musulmane, mutilările genitale ale tinerilor din Africa, interzicerea avortului, a divorțului etc. Diferă de la stat la stat practicile privind pedepsele, privind scopurile politice, posibilitatea de a-și exprima liber opinia cu privire la activiștii puterii, privind responsabilitatea societății întregi vizavi de bolnavi, bătrâni, handicapați, privind rolul femeii etc.

Și totuși, drepturile omului, în ciuda acestei diversități, au reușit să capete un caracter universal prin ubicuitatea lor, prin provocarea cel puțin a dialogului, prin observarea modului și a măsurii în care anumite acțiuni specifice lor se repetă, într-un număr de culturi.

Dacă inițial au existat rezerve formulate față de drepturile omului considerate o „westernizare” a culturilor și o renunțare la o parte din

suveranitatea statelor, ele s-au risipit ulterior. Și aceasta pentru mai multe motive. În primul rând, s-a demonstrat că drepturile omului aparțin tuturor oamenilor, nu numai celor bogați. O a doua rațiune a fost aceea de a nu face – ca țară – opinie separată în cadrul comunității internaționale și de a se integra acesteia. De asemenea, considerăm că drepturile omului au constituit un instrument pentru condamnarea colonialismului, a rasismului – tare mult mai grave cu care se confrunta omenirea – și pentru justificarea unei noi ordini economice. În fine, crearea unor sisteme juridice eminentemente autohtone s-a dovedit utopică, încă de la adoptarea Declarației universale, idealurile umaniste constituind impulsul unificării, al mondializării dreptului. Izolaționismul juridic, tribalismul au fost înlăturate grație cunoașterii comparative, a contactului cu alte modele, care au avut ca efect permanente „grefe”, dar și un veritabil dialog.

Chiar și în statele arabe, membre ale Ligii Arabe (înființată în martie 1945 și cuprinzând lumea islamică din unele țări din Asia de vest, sud și centrală, state africane și zone din Europa balcanică), unde numai legea divină este recunoscută ca cea care coordonează acțiunile umane și căreia i se datorează supunere necondiționată, a fost adoptată în 1981 o Declarație islamică a drepturilor omului. Chiar pornind de la baze total diferite de cele consacrate de documentele internaționale ale drepturilor omului, faptul de a accepta ideea de drepturi ale omului dovedește o anume racordare la viața internațională și forța acestui concept.

Sentimentul de securitate și solidaritate umană generat de existența mecanismelor la care ne-am referit și accesul din ce în ce mai puțin mediat de state al individului la instanțele supranaționale vin să suplinească, de multe ori, lipsa unor reglementări de amănunt sau golurile în ceea ce privește executarea de către state a deciziilor organismelor internaționale.

Notorietatea unor cazuri pentru apărarea drepturilor omului pe plan internațional a făcut să fie reclamate recunoașterea și respectul drepturilor fundamentale de tot mai mulți oameni, care militează pentru aderarea țărilor lor la documentele internaționale sau pentru îmbunătățirea legislațiilor și alinierea lor la nivelul celor care deja și-au dovedit eficiența prin influența factorilor juridici externi, încât preluarea unor norme sau instituții reprezintă interacțiunile dintre sistemele de drept, care pentru țările candidate la comunitățile europene trebuie să fie rapide și profunde. Comunicarea juridică interstatală reprezintă fenomenul de aculturație juridică (adică fiecare sistem juridic împrumută elemente pe care apoi le integrează în sistemul său propriu). Uneori, sistemul juridic importator

împrumută pur și simplu elemente juridice tehnic superioare, dar alteori împrumutul transformă complet un sistem juridic dând naștere unui sistem juridic nou, îmbogățit și cuprinzător. Se poate astfel prelua o normă, o instituție sau un sistem juridic, așa cum a fost preluarea dreptului roman în Europa occidentală sau a dreptului englez în Australia, Canada etc.

În caz de război, fenomenul de aculturație se manifestă prin impunerea sistemului juridic țării ocupate (de exemplu, Codul civil napoleonian în Belgia, Luxemburg, Elveția etc.) și când cultura locală era aplicată în măsura în care nu contravenea dreptului impus (de exemplu, țările aparținând sistemului juridic de *Common law*). Alteori, sistemul juridic al ocupantului fuzionează cu al ocupatului, dând naștere unui sistem juridic nou (de exemplu, dreptul daco-roman sau, astăzi, contopirea dreptului hindus tradițional al Indiei cu cel britanic). Există și posibilitatea respingerii dreptului ocupantului de către țara ocupată, așa cum a fost respingerea Constituției napoleoniene de către spanioli. Prin aculturație juridică, societățile umane trec de la „lumea juridică a mitului”, la „lumea juridică a legii” (M. Alliot) și aceasta influențează în final și conștiința juridică a populației.

Carbonnier distinge o aculturație juridică organizată și alta spontană. Organizat ca fenomen de aculturație, s-au elaborat sub Al.I. Cuza Codul penal, civil și de procedură penală și civilă prin autoritatea publică față de aculturația spontană ce reprezintă acțiunea unor agenți privați și mai ales pe seama contractelor (de exemplu, preluarea *leasing*-ului de la englezi în dreptul civil francez).

Aculturația juridică poate fi globală (ca de exemplu, reformele juridice ale lui Caracala sau Atatürk), dar mai frecventă astăzi este aculturația parțială (realizată prin ameliorări legislative).

Alliot distinge o aculturație a societăților arhaice către lege (de exemplu, extinderea dreptului islamic), aculturația societăților ce abandonează dreptul tradițional (preluarea Codului civil de către multe state din Europa) sau o aculturație corespunzătoare modelului de societate ce își propun a-l constitui (de exemplu, aculturația actuală a țărilor în curs de dezvoltare) și care realizează un sistem juridic sincretic de îmbinare a dreptului preluat cu cel autohton. Deci, aculturația juridică se manifestă prin recepție, fuziune, împrumut și respingere.

Aculturația juridică se soldează cu efecte asupra sistemului juridic, cât și asupra indivizilor, asupra corpului social unde poate genera coeziune, adeziune sau, dimpotrivă, conflicte, dezorganizare socială etc. Disescu remarca felul în care, în țara noastră, Codul civil francez a dus la nașterea

unei oligarhii a cunoscătorilor legii ce profită de pe urma necunoașterii legii de către populație.

M. Djuvara atrăgea atenția că „rigoarea științifică impune o cât mai perfectă adaptare a legilor la împrejurările de fapt ale fiecărei societăți, împrejurări care obligă a nu aplica după același tipar tuturor statelor aceleași formule, ignorându-se împrejurările de fapt și de mentalitate specifice fiecărei populații”.

Reflectarea pozitivă a aculturației în conștiința juridică a populației va garanta reușita „transplantului juridic” (introducerea monogamiei în societățile africane a accelerat poligamia).

Pentru a evita astfel de consecințe negative ale aculturației juridice, sistemul împrumutat trebuie să corespundă particularităților politice, morale, religioase și culturale ale societății ce importă. Aculturația juridică duce la o mai eficace afirmare a drepturilor fundamentale ale individului. Caracteristică epocii contemporane este o „unificare progresivă a dreptului” până la un drept comun al comunității sau umanității viitoare (H. Levy Bruhl).

Bioetică *versus* responsabilitate medicală

Progresul științelor vieții asigură dar și complică misiunea medicinei moderne. Dintotdeauna, dar mai acut astăzi, o dată cu desacralizarea prin știință a actului medical, misiunea medicinei a fost aceea de a asigura persoanei a se naște, a trăi și chiar a muri în sănătate și demn. Cineva spunea că penetrarea tehnologiilor în medicină face riscurile și erorile mai ușor detectabile, dar și mai frecvente. Accidentele medicale și mai ales riscul solitar sau în serie revoltă, în mod evident, publicul, încrezător în puterea actuală a medicinei. În Franța, de exemplu, la 1 milion de acte medicale se întâlnesc 2-3 plângeri (1300 plângeri în 1991), dar se estimează că circa 10 000 de astfel de nemulțumiri nu sunt luate în evidență (nu sunt reclamate). În spitalele din New York, la 2,7 milioane spitalizări în 1984, s-au produs 98 609 fenomene adverse (3,7%), iar dintre acestea 14% s-au soldat cu decese (L. Leape). Fenomenul este intolerabil sub aspect public și augmentat de faptul că într-o medicină liberală, relația medic-bolnav este contractual-sinalagmatică, bazată pe garantarea de îngrijiri atente, conștiente și, cu rezerva cazurilor excepționale, conforme datelor actuale ale științei, pe dreptul bolnavului la informare și confidențialitate și pe consimțământ și codecizie. Adesea, nerespectările acestor drepturi sunt cauze de supravictimizare, de unde ideea constituirii unui fond de garanție pentru riscuri și reparare a prejudiciilor, ca în multe alte domenii ale vieții sociale.

Declarația AMM privind drepturile bolnavilor (Lisabona, 1981)

Dat fiind că dificultățile de ordin practic, etic sau legal sunt posibile, un medic trebuie întotdeauna să acționeze după conștiința sa și în interesul maxim al bolnavului. Prezenta declarație cuprinde unele din principalele drepturi prin care profesiunea medicală caută să aducă beneficiu bolnavilor.

Dacă legislația sau o acțiune din partea guvernului neagă aceste drepturi ale bolnavului, medicii au datoria să caute mijloace potrivite pentru a le asigura ori a le restabili.

- a. Bolnavul are dreptul să-și aleagă singur medicul.
- b. Bolnavul are dreptul de a fi îngrijit de un medic liber de a lua o decizie clinică și etică, independentă de orice intervenție exterioară.
- c. După ce a fost informat asupra tratamentului propus, bolnavul are dreptul să-l accepte ori să-l refuze.
- d. Bolnavul are dreptul ca medicul să respecte natura confidențială a tuturor datelor medicale și personale ce-l privesc.
- e. Bolnavul are dreptul de a muri în mod demn.
- f. Bolnavul are dreptul să primească sau să refuze ajutor spiritual și moral, inclusiv acela al unui preot al religiei potrivite.

Hotărârea AMM asupra drepturilor omului (California, 1990, modificată în 1993)

Considerăm că :

1. Asociația Medicală Mondială și asociațiile membre sunt preocupate permanent de a promova cauza drepturilor omului la toate popoarele și de a lua măsuri privind înlăturarea violărilor drepturilor omului.
2. Membrii profesiei medicale sunt deseori primii care constată violări ale drepturilor omului.
3. Asociațiile medicale au un rol capital în atenționarea asupra existenței acestor violări în țările lor.

Asociația Medicală Mondială invită din nou asociațiile membre :

- 1) să examineze situația din țara lor pentru a se asigura că nu există violări ascunse, din teama de represalii din partea autorităților competente și să ceară respectarea cu strictețe a drepturilor omului ;
- 2) să formuleze în termeni expliți principiile etice după care să se conducă medicii care lucrează în sistemul penitenciar ;
- 3) să-și procure materialul necesar în urmărirea practicilor medicale contrare eticii în domeniul drepturilor omului ;
- 4) să facă tot posibilul pentru a obține îngrijiri de calitate a sănătății pentru toți, fără deosebire de naționalitate, rasă, origine etnică, credință, apartenență politică, clasă socială, vârstă, sex, boală sau infirmitate ;
- 5) să se ridice împotriva oricărei violări prezumate a drepturilor omului prin întreprinderea de mesaje cu recomandare de tratament uman al prizonierilor, căutând totodată să obțină eliberarea imediată a persoanelor reținute fără motiv.

Declarația AMM asupra protecției intereselor bolnavului și secretului profesional (Budapesta, 1993)

Medicul are datoria morală și responsabilitatea să acționeze, în toate împrejurările, în interesul deplin al pacientului său.

Dacă medicul constată o împrejurare susceptibilă să afecteze sănătatea pacientului, este dator să informeze autoritățile responsabile cu scopul de a lua măsuri pentru remediere.

Dacă autoritățile responsabile refuză să ia astfel de măsuri, motivele deciziei lor vor trebui notificate medicului care a raportat împrejurarea. În cazul în care notificarea nu se face sau ea nu este convingătoare, medicul în chestiune are datoria să ia alte măsuri.

Este posibil ca aceste măsuri să fie în contradicție cu clauzele privind secretul profesional, figurând în contractul de muncă al medicului, creându-se în acest fel pentru medic o dilemă socială, profesională și etică.

De câte ori resursele pentru sănătate sunt modificate, măsurile de constrângere bugetară întrețin discordia între medici și autoritățile care se folosesc de aceste constrângeri în serviciile de sănătate corespunzătoare și necesare.

Administratorii serviciilor de sănătate sunt răspunzători de punerea în aplicare a măsurilor guvernamentale și este posibil ca ei să aleagă măsuri pe care medicii angajați să le dezaprobe. Cei ce se opun măsurilor guvernamentale de îngrijire de sănătate și administratorilor care le aplică trebuie să adreseze critici celor responsabili cu deciziile sau cu aplicarea măsurilor considerate nesatisfăcătoare.

Ar trebui să aibă loc un proces mutual acceptat și acceptabil, care ar permite medicului să-și exprime preocuparea față de pacient sau de sănătatea publică, fără să intervină o ruptură în termenii contractului de muncă.

Acest proces va trebui să figureze în contractul de muncă al medicului. Contractul va trebui să recunoască faptul că obligația morală a medicului depășește obligațiile contractuale de serviciu.

Dificultățile particulare pot surveni atunci când medicul are sentimentul că deciziile administrative sunt motivate de rațiuni înșelătoare, precum prejudiciul religios, rasial sau sexual, sau de urmărire a unui câștig financiar, sau că cercetarea clinică este condusă fără luarea în considerație a unui control etic corespunzător.

Când astfel de considerații există, este posibil ca obiecțiile formulate de medic să apară sau să se considere ca fapt defăimător în unele jurisdicții. În astfel de situații, problemele specifice ridicate vorfi

trimise de medic instanței profesionale corespunzătoare, precum organismul la care este înscris sau care acordă dreptul de a profesa în cadrul jurisdicției respective.

Organizația Mondială a Sănătății. Biroul regional pentru Europa

Drepturile pacienților

Drepturile umane și valorile în îngrijirea sănătății

Instrumentele vor fi înțelese în sens specific cu aplicare la domeniul îngrijirii sănătății și se va reține faptul că valorile umane prezentate în aceste instrumente vor fi reflectate în sistemul de îngrijire a sănătății.

De asemenea, trebuie reținut faptul că acolo unde se impun limitări excepționale ale drepturilor pacienților, ele trebuie să fie în acord cu documentele privind drepturile omului și având o bază legală în conformitate cu legislația țării. Se poate observa că drepturile specificate mai jos incumbă o răspundere corespunzătoare față de grija pentru sănătatea celorlalți și drepturile lor.

1. Fiecare persoană are dreptul de a fi respectată ca ființă umană.
2. Fiecare persoană are dreptul la autodeterminare.
3. Fiecare are dreptul la integritate fizică și mintală și la securitatea persoanei sale.
4. Fiecare are dreptul de a pretinde respectarea intimității sale.
5. Fiecare are dreptul la respectarea valorilor sale morale și culturale și convingerilor sale filosofice.
6. Fiecare are dreptul la o protecție corespunzătoare a sănătății, asigurată prin măsuri preventive și de îngrijire a sănătății, urmărind atingerea nivelului personal optim de sănătate.

Informarea

1. Informația privind serviciile de sănătate și modalitatea optimă de utilizare a acestora vor fi puse la dispoziția publicului pentru ca toți cei interesați să poată beneficia.
2. Pacienții au dreptul de a fi informați complet asupra stării de sănătate, inclusiv elementele medicale, asupra procedurilor medicale propuse, riscurilor potențiale și beneficiilor pe care le incumbă fiecare procedură, asupra alternativelor la procedurile propuse, inclusiv a efectului refuzării tratamentului, asupra diagnosticului, prognozei și progresului tratamentului.
3. Informația nu va fi comunicată pacientului numai în mod excepțional, când există motive serioase să se creadă că informația, fără a avea un efect pozitiv, ar produce pacientului un rău foarte grav.

4. Informația trebuie comunicată pacientului într-un mod corespunzător capacității sale de înțelegere, minimalizând utilizarea terminologiei tehnice de strictă specialitate. Dacă pacientul nu vorbește aceeași limbă sau o limbă comună, se va asigura o formă de traducere.
5. Pacientul are dreptul de a nu fi informat, la cererea sa expresă.
6. Pacienții au dreptul de a alege cine, dacă există, trebuie informat în numele lor.
7. Pacienții trebuie să aibă posibilitatea de a obține o a doua opinie.
8. Atunci când sunt internați într-o unitate de îngrijire a sănătății, pacienții trebuie informați asupra identității și statutului profesional al personalului de îngrijire a sănătății care le acordă asistență și asupra regulilor și reglementărilor de rutină la care trebuie să se supună pe durata internării și îngrijirii.
9. Pacienții trebuie să aibă dreptul de a cere și de a primi rezumatul în scris al diagnosticului, tratamentului și îngrijirii lor la externarea dintr-o unitate de îngrijire.

Consimțământul

1. Consimțământul informat constituie o condiție preliminară pentru orice intervenție medicală.
2. Un pacient are dreptul de a refuza sau de a opri o intervenție medicală. Implicațiile refuzului sau ale opririi unei astfel de intervenții vor fi explicate în detaliu pacientului.
3. Atunci când pacientul este incapabil să-și exprime voința și este necesară intervenția medicală de urgență, consimțământul poate fi presupus, dacă nu există elemente exprimate anterior de pacient care să ateste refuzul consimțământului.
4. Atunci când este necesar consimțământul unui reprezentant legal, iar intervenția este necesară de urgență, actul medical poate fi făcut dacă nu este posibil să se obțină, la timp, consimțământul reprezentantului.
5. Atunci când consimțământul reprezentantului legal este solicitat, pacienții (minori sau adulți) vor fi totuși incluși în procesul de luare a deciziilor în măsura posibilităților permise de situația lor.
6. Dacă reprezentantul legal refuză să-și dea consimțământul, iar medicul sau alt personal de sănătate este de părere că intervenția este în interesul pacientului, decizia trebuie să fie solicitată unui tribunal sau unei alte forme de arbitraj.
7. În orice altă situație în care pacientul este incapabil să-și dea consimțământul informat și unde nu există un reprezentant legal sau un reprezentant desemnat de pacient în acest scop, vor fi luate

măsurii corespunzătoare pentru a asigura un proces de înlocuire a deciziei ținându-se seama în cea mai mare măsură posibilă de cele cunoscute privind dorințele probabile ale pacientului.

8. Consimțământul pacientului este necesar pentru prezervarea sau utilizarea tuturor componentelor corpului uman. Consimțământul poate fi presupus atunci când este vorba de utilizarea acestor componente (substanțe) în timpul diagnosticului, tratamentului sau îngrijirii pacientului respectiv.
9. Consimțământul informat al pacientului este necesar pentru participarea la procesul de învățământ medical.
10. Consimțământul informat al pacientului este o condiție preliminară pentru participarea la cercetarea științifică. Toate protocoalele trebuie supuse procedurilor etice corespunzătoare. Astfel de cercetări nu pot fi efectuate cu cei care nu sunt capabili să-și exprime voința, dacă nu a fost obținut consimțământul unui reprezentant legal și cercetarea nu este în interesul pacientului.

Ca excepție la cererea de aplicare în interesul pacientului, o persoană cu incapacitate poate fi inclusă într-o cercetare observațională care nu este în beneficiul său direct sau indirect, cu condiția ca această persoană să nu aibă obiecții, riscul sau efortul său să fie minim, cercetarea să aibă o valoare semnificativă și să nu existe metode alternative sau alți subiecți de cercetare disponibili.

Confidențialitatea și intimitatea

1. Toate informațiile privind starea de sănătate a pacientului, condiția sa medicală, diagnosticul, pronosticul și tratamentul, precum și alte informații de natură personală vor fi prestate în regim de confidențialitate, chiar și după moartea pacientului.
2. Informația confidențială poate fi divulgată numai cu consimțământul explicit al pacientului sau când există dispoziții judiciare exprese în acest sens. Consimțământul este presupus atunci când divulgarea se face către un alt membru al personalului de îngrijire implicat în tratamentul pacientului.
3. Toate datele identificabile ale pacientului trebuie protejate. Protecția datelor trebuie să fie corespunzătoare manierei de stocare a acestora. Substanțele umane din care pot fi derivate date identificabile trebuie protejate ca atare.
4. Pacienții au dreptul de a avea acces la fișele lor medicale sau la orice evidențe legate de diagnosticul, tratamentul și îngrijirea lor și de a primi o copie după dosarul și fișele lor medicale sau părți din acestea. Astfel de date exclud datele care privesc o terță persoană.

5. Pacienții au dreptul de a solicita corectarea, completarea, eliminarea, clarificarea și/sau aducerea la zi a datelor personale și medicale care sunt necorespunzătoare, ambigue sau depășite sau care nu sunt relevante pentru diagnostic, tratament și îngrijire.
6. Nu este admisă intervenția în viața particulară a pacientului sau în viața de familie decât în cazul în care, pe lângă consimțământul pacientului, aceasta poate fi justificată ca necesară diagnosticului, tratamentului sau îngrijirii pacientului.
7. Intervențiile medicale pot fi efectuate numai atunci când există respectul necesar față de intimitatea individului. Aceasta înseamnă că o intervenție poate fi efectuată numai în prezența acelor persoane care sunt necesare acesteia, dacă pacientul nu a solicitat altfel.
8. Pacienții internați în unități medicale au dreptul la facilități fizice care să le asigure dreptul la intimitate, îndeosebi în situațiile în care li se acordă îngrijire personală, examinări sau tratament.

Îngrijire și tratament

1. Fiecare are dreptul de a primi o îngrijire corespunzătoare cerințelor de sănătate, inclusiv o asistență preventivă și alte măsuri pentru promovarea sănătății. Serviciile trebuie să fie accesibile permanent și în mod echitabil pentru toți, fără discriminări și în conformitate cu resursele financiare, umane și materiale disponibile într-o societate dată.
2. Pacienții au dreptul colectiv la o formă de reprezentare la fiecare nivel al sistemului de îngrijire a sănătății, în probleme privind planificarea și evaluarea serviciilor, inclusiv gama, calitatea și prestarea îngrijirilor acordate.
3. Pacienții au dreptul la îngrijiri medicale marcate atât de existența unor standarde înalte de calitate, cât și de bune relații interumane cu personalul sanitar.
4. Pacienții au dreptul la continuitate în îngrijire, inclusiv cooperare între toți cei care acordă servicii de îngrijire a sănătății și/sau unitățile care pot fi implicate în diagnosticul, tratamentul sau îngrijirea lor.
5. În condițiile în care personalul medical trebuie să aleagă pacienții potențiali pentru un anumit tratament pentru care nu există suficiente posibilități de acoperire a cererii, toți pacienții respectivi au dreptul la o procedură de selecție corectă pentru acest tratament. Alegerea trebuie să fie bazată pe criteriile medicale și să fie făcută fără discriminare.
6. Pacienții au dreptul să-și aleagă și să-și schimbe medicul sau alt personal de îngrijire a sănătății sau unitatea medicală, cu condiția

- ca această alegere să fie compatibilă cu modul de funcționare a sistemului de îngrijire a sănătății.
7. Pacienții pentru care nu mai există motive medicale de prelungire a șederii într-o unitate medicală sunt îndreptățiți să primească explicații exhaustive înainte de a fi transferați într-o altă unitate sau trimiși acasă. Transferul poate avea loc numai după ce unitatea primitoare și-a exprimat acordul pentru primirea pacientului. Atunci când pacientul este externat la domiciliu, iar condiția sa o solicită, vor fi asigurate serviciile la domiciliu.
 8. Pacienții au dreptul de a fi tratați cu demnitate în legătură cu diagnosticul, tratamentul și îngrijirea lor, în respect pentru valorile lor culturale.
 9. Pacienții au dreptul de a se bucura de sprijinul familiei, rudelor și prietenilor în timpul îngrijirii și tratamentului și de a primi sprijin spiritual și îndrumare tot timpul.
 10. Pacienții au dreptul la ușurarea suferințelor lor în conformitate cu stadiul actual al dezvoltării științei.
 11. Pacienții au dreptul la o îngrijire umană și dreptul de a muri cu demnitate (îngrijirea terminală).

Aplicare

1. Exercițarea setului de drepturi stipulat în acest document implică stabilirea unor măsuri corespunzătoare în acest scop.
2. Dreptul de a se bucura de aceste drepturi trebuie asigurat fără discriminare.
3. În exercitarea acestor drepturi, pacienții vor fi supuși numai acelor limitări care sunt compatibile cu instrumentele privind drepturile omului și în conformitate cu procedura prevăzută de lege.
4. În cazul în care pacientul nu poate dispune de drepturile mai sus menționate în acest document, aceste drepturi vor fi exercitate prin reprezentantul său legal sau o altă persoană desemnată de pacient în acest scop, iar acolo unde nu a fost numit un reprezentant legal sau un înlocuitor, vor fi luate alte măsuri de reprezentare a pacientului.
5. Pacienții trebuie să aibă acces la acele informații și sfaturi care să le dea posibilitatea să-și exercite drepturile stipulate în acest document. Acolo unde pacientul simte că nu i-au fost rezolvate problemele, să beneficieze de consultanță pentru a depune o plângere.

Evoluția tehnologică a medicinei cere deci competență și conștiințiozitate în cel mai înalt grad, mai ales în sectoarele practicii medicale de înalt risc, în scopul evaluării științifice a riscurilor și pentru a stăvili astfel

riscul unei medicine defensive la care evoluția actuală a medicinei poate duce. Astfel de riscuri pot fi prevenite și tratate, ca singură cale de reducere a ceea ce s-a numit iatrogenie juridică, adică de creștere a răspunderii medicale. Indemnizarea unor astfel de riscuri se impune ca o cale de reducere a acestei iatrogenii, în condițiile protecției bolnavului. Sub acest aspect, codificarea conduitei medicale, așa cum o prevedea deontologia clasică, este depășită de aleatoriul reacțiilor biologice la diferite tipuri de acte medicale, iar medicul, pus din ce în ce mai frecvent în fața unor dileme situațional-medicale pe care le aduce progresul tehnic, nu are altă acoperire decât nevoia de a respecta dreptul la informare și consimțământ al bolnavului de a face din actul medical o decizie medicală. Cuplul competență-conștiință este deci calea cea mai eficientă de luptă cu riscurile practicii medicale aduse de noile tehnologii medicale. În esență, progresul tehnic medical creează o imagine publică despre medicină ca fiind atotputernică, iar acolo unde apare eșecul, apare și o anumită suspiciune publică care antrenează inevitabil forța dreptului. Asigurările pentru risc, introduse în din ce în ce mai multe țări, reprezintă o confirmare a faptului că bolnavul „nu iartă” eșecurile medicale.

Dar progresul medicinei trebuie să aducă, în mod inevitabil, și progresul dreptului. În domeniu, medicina legală se constituie ca o punte între paradigmele dreptului și situațiile medicale reclamate. Viața medicală și juridică a dus la constituirea unei astfel de specialități ce conciliază legitimitatea intereselor bolnavului cu exercițiul deseori dificil al practicii medicale. Cu atât mai mult noile achiziții în științele vieții nu pot fi ignorate de drept, vechile prevederi penale și civile necesitând a fi adaptate la noile imperative ale sănătății publice. De la Hipocrate, care a fost primul ce nu a mai acceptat fatalitatea bolii și morții, la A. Paré, ce a lansat paradigma obligației medicale de mijloace (*medicus curat, natura sanat*), au apărut astăzi noi instituții medico-legale ce introduc progresiv medicina într-o epocă a obligației de rezultat. Astfel, prezumția de greșală, răspunderea fără greșală (obiectivă), cvasiobligația și obligația de rezultat, privarea de ajutor a unei persoane în pericol, răspunderea pentru faptele altuia etc. stau la baza unei noi jurisprudențe medicale, străbat spiritul rezoluțiilor și declarațiilor analizate, contribuie la constituirea unui adevărat drept medical. În acest demers, regimul răspunderii medicale devine un compromis constant între două contrarii (D. Malicier), iar legislația țărilor Comunității Europene, ca și jurisprudența Curții Europene de Justiție, o confirmă în mod elocvent. Discursul nostru bioetic se inserează astfel și ca o pledoarie pentru

prevenirea riscurilor medicale aduse de progresul tehnologic medical. Institutele de bioetică create își vor justifica și profilactic existența lor.

Gia Galeno (120-200 d.Hr.) socotea că „un bun medic trebuie să fie și un bun filosof”. Bioetica este definită ca parte a filosofiei morale care se ocupă de aspectele intervenției omului în câmpul biologic și medical. În trasarea limitelor acestei intervenții trebuie, probabil, să constea înțelepciunea cerută medicilor. Astăzi, cu atât mai mult cu cât asistăm la înlocuirea de către laborator a maternității naturale, a paternității și la acceptarea, treptat, de către stat, a altor reguli care să guverneze tradiționalele formule ale căsătoriei și familiei.

Cercetarea medicală, rezultatele spectaculoase sunt, este adevărat, tentante. Aceasta nu înseamnă însă că trebuie să dăm credit unor afirmații incredibile ca cele din revista *Médecine et Hygiène* din 1964 (*apud* M. Cotrău), după care „animalul experimental ideal este omul. Atunci când este posibil, omul trebuie luat drept cobai... Nu există cercetări mai satisfăcătoare, mai interesante și mai productive decât cele efectuate asupra celui mai evoluat dintre animale : omul”.

Mecanismul de alarmă o dată declanșat, în SUA, la Georgetown University, s-a înființat în 1971 primul institut universitar de bioetică. În 1988, existau deja 118 catedre de bioetică. În Europa, în 1983, Universitatea de medicină Louvain creează un centru de bioetică, după care centre de bioetică se înființează și la universitățile teologice din Barcelona și Roma, iar astăzi, în toate statele lumii.

O activitate paralelă, generată de prima, este cea legislativă, noi provocări fiind propuse juriștilor și legiuitorilor, care, dintr-o altă perspectivă, pun în centrul preocupărilor tot omul. Există însă situații – și numărul imens de semne de întrebare din această lucrare este edificator – în care spații mari nu sunt acoperite din punct de vedere juridic, rămânând în sfera incertă a non-dreptului. Este rațiunea pentru care am analizat comparativ – fără pretenția unei prezentări exhaustive – documente internaționale, activitatea organismelor deja existente, modelele propuse de unele state și, nu în ultimul rând, rolul fenomenului de aculturație în această mișcare universală.

Bibliografie selectivă

1. Aftincă, E., *Valoare și valorizare*, Ed. Academiei, 1994.
2. Alliot, M., *L'acculturation juridique*, Paris, 1968.
3. Annas, I.G., *Judging Medicine*, Human Press, 1990.
4. Ariès, Ph., Duby, G., *Istoria vieții private*, Ed. Meridiane, vol. IX, 1997.
5. Berg, K., *Questions de confidentialité en génétique*, Strasbourg, 1993.
6. Bogner, Marilyn, *Human Error in Medicine*, Lawrence Publish., 1994.
7. Bousquet, G.H., *L'éthique de l'Islam*, P.U.F, 1990.
8. Bruhl, H. Levy, *Sociologie du droit*, P.U.F., 1971.
9. Buchanan, M.J., *Limitele libertății*, Ed. Institutul European, 1997.
10. Buergenthal, Th., Weber, R., *Dreptul internațional și drepturile omului*, Ed. All, București, 1996.
11. Byk, K.C., „Medical and Biological Progress and European Convention on Human Rights”, *Medicine and Law*, 1992, 3-4, 187.
12. Cabrillac, R., *Droits et libertés fondamentaux*, Ed. Dalloz, 1995.
13. Carbonnier, R., *Sociologie juridique*, P.U.F., 1978.
14. Casabona, R.C., *Questions de droit de l'homme dans la recherche en génétique*, Strasbourg, 1993.
15. Cavoukian, A., *Confidentialité et génétique*, Strasbourg, 1993.
16. Chiriță, V., Chiriță, Roxana, *Etică și psihiatrie*, Ed. Symposion, 1994.
17. Ciucă, Aurora, *Protecția internațională a drepturilor omului*, Ed. Sanvialy, 1998.
18. Ciucă, V., *Lecții de sociologia dreptului*, Ed. Polirom, 1998.
19. Deleanu, I., *Biologie și drept*, Ed. Dacia, 1983.
20. Djuvara, M., *Probleme de filosofia dreptului*, Ed. All, 1997.
21. Dobrescu, A., *Studii de drept românesc*, 1995, 3, 329.
22. Dunstan, R.G., *Doctor's Decisions*, Oxford Univ. Press, 1989.
23. Gluvoski, G., *Progrese în medicină*, Ed. Helicon, 1997.
24. Gomien, Donna, *Introducere în Convenția europeană a drepturilor omului*, Ed. All, 1991.

25. Kennedy, J., *La réglementation des applications de la génétique*, Strasbourg, 1993.
26. Lappierre W.J., *Viață fără Stat ?*, Ed. Institutul European, 1997.
27. Lienhard, C., *Médecine des maladies infectieuses*, 1998, 4, 14.
28. Loevy, H.E., *Textbook of Healthcare Ethics*, Plenum Press, 1996.
29. Lopez G., Bornstein, S., *Victimologie clinique*, Ed. Maloine, 1995.
30. Luminosu, S.D., Popa, V., *Sociologie juridică*, Ed. Helicon, 1995.
31. Mac Intre, A., *Tratat de morală*, Ed. Humanitas, 1998.
32. Malaurie, Th., *Antologia gândirii juridice*, Ed. Humanitas, 1998.
33. Malicier, D., Miras, A., *La responsabilité médicale*, Ed. A. Lacassagne, Lyon, 1995.
34. Manolache, O., *Drept comunitar*, Ed. All, 1996.
35. Marange, Valérie, *Amnesty International Medical Commission, Doctors and Torture, Colaboration or resistance ?*, 1992.
36. Marga, A., *Explorări în actualitate*, Ed. Apostrof, 1994.
37. Marty Delmas, Mireille, *Liberté et droit fondamentaux*, Ed. Seuil, 1996.
38. Mason, K.J., *Human Life and Medical Practice*, Edinburgh Univ. Press, 1989.
39. Maximilian, C., Milcu, Șt., Poenaru, S., *Fascinația imposibilului. Bioetica*, Ed. Editis, 1994.
40. McLean, Sheila, *Law-Reform and Human Reproduction*, Ed. Dartmouth, 1992.
41. Motulsky A., *Eugénisme et erreurs passées*, Strasbourg, 1993.
42. Munteanu, Roxana, *Studii de drept românesc*, 1997, 1-2, 63.
43. Popescu, E., „Statul de drept”, *Revista de drept public*, 1995, 1, 42.
44. Robert, J., Duffar, J., *Droits de l'homme et libertés fondamentales*, Ed. Montchrestien, 1996.
45. Samih, A. Abu, „Legitimization of Female Circumcision”, *Méd. and Law*, 1997.
46. Scheler, M., *Omul resentimentului*, Ed. Trei, 1998.
47. Scripcaru, Gh., Astărăstoae V., Scripcaru, C., *Principii de bioetică, deontologie și drept medical*, Ed. Omnia, 1994.
48. Scripcaru, Gh., *Bioetica în perspectivă europeană*, Ed. Symposion, 1995.
49. Scripcaru, Gh., „Bioetica și drepturile omului”, în vol. *Psihiatria și condiția umană*, Ed. Psihomnia, 1995.
50. Scripcaru, Gh., „De la drepturile omului la bioetică”, *Rev. Med. leg.*, București, 1994, 4, 820.

51. Soutoul, H.J., Pierre, F., *La responsabilité médicale en gynécologie et reproduction*, Ed. Maloine, 1989.
52. Trebici, V., *Genocid și demografie*, Ed. Humanitas, 1991.
53. Vecchio, del G., *Lecții de filosofie juridică*, Ed. Nova, 1992.
54. Weissbrodt, D., „Human Rights, A Historical Perspective”, *Human Rights Agenda for the Next Century*, Ed. Henkin and Hargrove, 1994.
55. Widmer, P., *Questions de droit de l’homme dans la recherche en génétique*, Strasbourg, 1993.
56. Wiewiorka, M., *Spațiul rasismului*, Ed. Humanitas, 1994.
57. *** *Individualitate, libertate și mituri politice*, Ed. Institutului de Teorie Socială, 1997.
58. *** *Legislație medicală*, Colegiul medicilor din România, Ed. Infomedica, 1998.
59. *** *Textes du Conseil de l’Europe*, Strasbourg, 1993.
60. *** *Textes du Conseil de l’Europe*, Strasbourg, 1996.
61. *** *Textes du Conseil de l’Europe en matière de bioéthique*, Strasbourg, 1993.
62. *** *Volum omagial*, Ed. Apollonia, 1998.

Cuprins

De la dreptul natural la dreptul pozitiv	5
Originile naturale ale moralei și dreptului (ca minimum de morală)	5
Evidențe evolutive în sprijinul relației drept natural – lege	6
Dreptul natural și justiția în fața integrității psiho-fizice umane	8
Relația dintre dreptul natural și drepturile omului	9
Drepturile naturale ale omului și statul de drept	13
Inter și transdisciplinaritatea biologiei și dreptului	14
Principii bioetice de evaluare expertală	15
Știința, drepturile omului, bioetica și legea	17
Științele vieții și drepturile omului. Analize și perspective în plan global și regional european	22
Atribuții ale organelor Consiliului Europei în legătură cu bioetica	30
Dreptul comunitar, drepturile omului și bioetica	32
Bioetica, nou palier de integrare a cercetării științifice medicale	34
Substratul natural, etic, științific și legal al drepturilor omului și riscul încălcării lor	38
Relația moralei și dreptului natural cu dreptul pozitiv și drepturile omului	38
Relația drepturilor omului cu științele vieții	39
Riscuri ale încălcării drepturilor omului	41
Bioetica și cercetarea biomedicală	58
Constituie bioetica o preocupare <i>ex novo</i> ?	58

Problemele drepturilor omului în genetica umană	70
Ingenieria genetică și drepturile omului	74
Știință, genetică și lege	78
Genetică și <i>de lege ferenda</i>	102
Avort, sterilizare, contracepție și reproducere asistată	105
Reproducerea medical asistată și reglementări actuale	125
Filiație și reproducere medical asistată (Posibile soluții <i>de lege ferenda</i>)	132
Homosexualitatea și transsexualismul	136
 Transplanturile de țesuturi, organe și reglementarea lor legală	 140
Reacții bioetice și legale privind mutilările corporale	153
 Paradigme și dileme bioetice și legale în psihiatrie	 159
Bioetică și asistență psihiatrică	159
Bioetica și asistența nocivității psihice	160
Bioetică și psihiatrie expertală	161
Bioetică și cercetare psihiatrică	162
Bioetica unor situații psihiatrice particulare	162
Psihiatrie și management bioetic	166
 Bazele bioetice ale practicii psihiatrice	 178
Deontologie versus bioetică	178
Bioetică <i>versus</i> știință	179
Relația comunitate-individ	181
Știință – bioetică – justiție	182
Bazele bioetice ale practicii și expertizei psihiatrico-legale	183
Bioetica, punte între știință și drept	184
 Atitudinea față de muribunzi și eutanasia	 187
Dreptul de a dispune în privința morții	193
 Privire generală și metadeschideri privind relațiile dintre știință, drepturile omului și lege	 201
 Drepturile omului, știința și propuneri <i>de lege ferenda</i>	 209
Relația știință-drept	209

Domenii <i>de lege ferenda</i> în procesul de aculturație legislativă actuală	211
Bioetica, punte între științele vieții și drept	214
Metadeschideri <i>de lege ferenda</i> . Aculturație și racordare la legislația europeană	215
Bioetică versus responsabilitate medicală	220
Bibliografie selectivă	231

În colecția **BIOS**

au apărut :

1. Aurel Ivan, Doina Azoicăi – *Vaccinologie*
2. Vasile Mihăescu – *Psihosomatică și psihoterapie*
3. M. Wirsching și V. Mihăescu – *Psihoterapia încotro ?*
4. Marius V. Cîrlan – *Elemente de genetică animală normală*
5. Ioan Bostaca – *Diabetul zaharat*
6. Susan McDaniel, Jeri Hepworth, William J. Doherty, Vasile Mihăescu –
Psihoterapia ca sistem
7. George Popa – *Vademecum de urgențe medicale*
8. Aurel Ivan, Doina Azoicăi, Raluca Grigorescu – *Epidemiologie
generală și specială*
9. Mihai Nechifor – *Lipoxine, hepoxiline, izoprostani – implicații
normale, patologice și terapeutice*
10. Ioan Bostaca, Eduard Dabija – *Dicționar de medicamente
în cardiologie '97*
11. C.D. Popescu – *Îmbătrânirea creierului și a sistemului său arterial*
12. Iuliana Popovici, Dumitru Lupuleasa – *Tehnologie farmaceutică*
13. Marius V. Cîrlan – *Elemente de genetică animală patologică*
14. Doina Azoicăi – *Ancheta epidemiologică în practica medicală*
15. Victoria Hîrjău, Dumitru Lupuleasa, Ana Maria Dumitrescu –
Dermo-cosmetologie
16. Gheorghe Scripcaru, Aurora Ciucă, Vasile Astărăstoae, Călin Scripcaru –
Bioetica, științele vieții și drepturile omului

Bun de tipar : decembrie 1998. Apărut : 1998
Editura Polirom, B-dul Copou nr. 3 • P.O. Box 266,
6600, Iași • Tel. & Fax (032) 214100 ; (032) 214111 ;
(032) 217440 (difuzare) ; E-mail : polirom@mail.dntis.ro
București, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7 ;
Tel. : (01) 3138978 ; E-mail : polirom@dnt.ro



Tiparul executat la Polirom S.A., 6600, Iași
Calea Chișinăului nr. 32
Tel. : (032) 230323 ; Fax : (032) 230485
